

UNIVERSIDAD PRIVADA DE SAN JUAN BAUTISTA

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION MAYOR EN PERSONAS
QUE VIVEN CON EL VIH /SIDA EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL
EN EL CENTRO DE SALUD LINCE, SEPTIEMBRE - NOVIEMBRE DEL
2022.**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

VERA SALVADORA , KAREN SAMELI

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

LIMA- PERÚ

2023

ASESOR

FAJARDO ALFARO VICTOR WILLIAMS

AGRADECIMIENTO

Agradezco al Dr Simón Ccoyllo Sánchez y a la Dra Milagros Manrique, quienes me brindaron su apoyo incondicional para poder realizar este trabajo de investigación. También agradecer al Dr. Víctor Fajardo Alfaro por brindarme sus conocimientos y guiarme en este camino de la investigación.

DEDICATORIA

El estudio en mención es en homenaje al esfuerzo constante de mis padres, que sin ellos sería imposible concluir este logro y a mis hermanos por darme ánimos y fortaleza.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados más frecuentes para desarrollar depresión mayor en personas que viven con VIH /SIDA en tratamiento antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre a noviembre del 2022.

Materiales y método: Estudio con enfoque cuantitativo, no experimental , transversal, prospectivo. Conformado por 195 pacientes que viven con VIH/SIDA que reciben tratamiento antirretroviral en el centro de salud lince. Se emplearon encuestas para detectar depresión mayor , incluidas preguntas sobre el VIH y fueron procesados en SPSS versión 26.0 , Excel Microsoft 2019 y . la técnica empelada fue

Resultados: Las características sociodemográfico más frecuentes de las personas que viven con VIH /SIDA se encuentra que la edad media es de 31.17 años con un 95.4 % del sexo masculino que en su mayoría provienen del área urbana , soltero un 83.6% y trabajan un 81%. La prevalencia de depresión mayor fue de 75.9%. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre depresión mayor y los factores clínicas - inmunológicas, algunos factores psicosociales como cohabitación , drogas, agente de soporte personal además de diagnóstico revelado y la duración y efecto secundarios del tratamiento antirretroviral.

Conclusiones: Según el análisis estadístico se encontró factores asociados a depresión mayor con factores psicosociales como la identidad sexual y el estigma percibido por las personas que viven con VIH/SIDA.

Palabras claves: Depresión mayor , cuestionario de salud del paciente PQH-9, factores asociados , pacientes que viven con VIH/SIDA

ABSTRACT

Objective: To determine the most frequent factors associated with the development of major depression in people living with HIV/AIDS under antiretroviral treatment at the Lince Health Center, September to November 2022.

Method: A quantitative, non-experimental, cross-sectional, prospective study. Conformed by 195 patients living with HIV/AIDS receiving antiretroviral treatment at the Lince Health Center. Surveys were used to detect major depression, including questions about HIV and were processed in SPSS version 26.0, Microsoft Excel 2019 and . the technique employed was

Results: The most frequent sociodemographic characteristics of people living with HIV /AIDS found that the average age is 31.17 years with 95.4% male, mostly from urban areas, 83.6% single and 81% working. The prevalence of major depression was 75.9%. No statistically significant association was found between major depression and clinical-immunological factors, some psychosocial factors such as cohabitation, drugs, personal support agent in addition to revealed diagnosis and the duration and side effect of antiretroviral treatment.

Conclusions: According to statistical analysis factors associated with major depression were found with psychosocial factors such as sexual identity and stigma perceived by people living with HIV/AIDS.

Key words: Major depression, patient health questionnaire PQH-9, associated factors, patients living with HIV/AIDS.

INTRODUCCION

La depresión mayor es una enfermedad mundial con cifras altas de incapacidad. Las grandes investigaciones mencionan que los eventos depresivos son consultados por partes de los pacientes , primero en los centros de atención primaria antes que en los propios servicios de psiquiatría. Por lo que el diagnóstico del trastorno depresivo es dado por el cuadro clínico y la entrevista a través de instrumentos validados internacionalmente para identificar la depresión. Es importante identificar los factores asociado a depresión en este tipo de individuos , ya que la depresión en las personas que conviven con VIH resultara en un cuadro clínico deteriorado , también falla del sistema inmune , mala adherencia al tratamiento antirretroviral por lo tanto las personas con VIH presentaran altos índices de infecciones oportunistas. La actual investigación tiene como objetivo Determinar los factores asociados más frecuentes para desarrollar depresión mayor en personas que viven con VIH /SIDA en tratamiento antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre a noviembre del 2022.

La presente investigación consta de 5 capítulos, en el primero se detalla el planteamiento del problema , donde se brinda de manera general información y datos estadísticos nacionales e internacionales sobre el tema en mención. Así mismo, se describe la justificación para permitir esta investigación , las limitaciones y delimitaciones de la investigación, terminando este capítulo con los objetivos y el propósito de la investigación.

En el segundo comprende el marco teórico, integrado por los antecedentes internacionales y nacionales relacionados al estudio, las bases teóricas, marco conceptual , también la definición de las variables del estudio.

En el tercer capítulo , se menciona las hipótesis formuladas en el estudio y al análisis operacional de las variables. Podemos mencionar que el cuarto capitulo se describen los resultados e interpretación. Y el quinto capitulo está

estructurado por la conclusiones y recomendaciones de la actual investigación ; las que pueden ser empeladas y extrapoladas para investigaciones futuras relacionadas al tema.

INDICE

CARÁTULA.....	I
ASESOR.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
DEDICATORIA.....	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VI
INTRODUCCIÓN.....	VII
INDICE.....	IX
INFORME ANTIPLAGIO	XI
LISTA DE TABLAS	XIII
LISTA DE GRÁFICOS.....	XIV
LISTA DE ANEXOS.....	XV
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.2.1 PROBLEMA GENERAL.....	3
1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS.....	4
1.3 JUSTIFICACIÓN	5
1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	6
1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
1.6 OBJETIVOS	6
1.6.1 OBJETIVO GENERAL	6
1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
1.7 PROPÓSITO	8
CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	9
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	9
2.2 BASES TEÓRICAS	15
2.3 MARCO CONCEPTUAL	34
2.4 HIPÓTESIS.....	37
2.1.1. HIPÓTESIS GENERAL	37



2.1.2. HIPÓTESIS ESPECIFICAS	38
2.5 VARIABLES	39
2.6 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES.....	39
CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	41
3.1 DISEÑO METODOLOGICO	41
3.1.1 TIPO DE INVESTIGACION	41
3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACION	41
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	42
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	43
3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	43
3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	44
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	44
CAPÍTULO IV: ANALIS DE LOS RESULTADOS	46
4.1. RESULTADOS.....	46
4.2. DISCUSIÓN	56
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	62
5.1 CONCLUSIONES	62
5.2 RECOMENDACIONES	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
ANEXOS	72

INFORME ANTIPLAGIO

Document Information

Analyzed document	TESIS.docx (D153586975)
Submitted	12/16/2022 3:58:00 AM
Submitted by	JOSE FERNANDO SALVADOR CARRILLO
Submitter email	JOSE.SALVADOR@upsjb.edu.pe
Similarity	0%
Analysis address	jose.salvador.upsjb@analysis.arkund.com

Sources included in the report

W	URL: https://www.academia.edu/32589250/GUIA_PACIENTES_VIHSIDA Fetched: 10/29/2022 8:10:39 PM		1
W	URL: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-prevention-of-opportunistic-infections-in-patien... Fetched: 12/16/2022 3:58:00 AM		1

1/2	SUBMITTED TEXT	14 WORDS	87% MATCHING TEXT	14 WORDS
	Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) [INTEGRAL DEL ADULTO CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) *	
W	https://www.academia.edu/32589250/GUIA_PACIENTES_VIHSIDA			

2/2	SUBMITTED TEXT	1 WORDS	100% MATCHING TEXT	1 WORDS
	overview-of-prevention-of-opportunistic-infections-in-patients-with-hiv?		Overview of prevention of opportunistic infections in patients with HIV	
W	https://www.uptodate.com/contents/overview-of-prevention-of-opportunistic-infections-in-patients- ...			



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
"Dr. Wilfredo E. Gardini Tuesta"

INFORME DE PORCENTAJE DE COINCIDENCIAS

NOMBRE DEL ESTUDIANTE/ PROFESOR/INVESTIGADOR:

KAREN SAMELI VERA SALVADOR

TIPO DE PRODUCTO CIENTÍFICO:

- MONOGRAFÍA ()
- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA ()
- PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ()
- TRABAJO DE INVESTIGACIÓN ()
- PROYECTO DE TESIS ()
- TESIS (X)
- OTROS ()

INFORME DE COINCIDENCIAS. (SEGÚN PLATAFORMA SOFTWARE ANTIPLAGIO): 0 %

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION MAYOR EN PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH /SIDA EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN EL CENTRO DE SALUD LINCE, SEPTIEMBRE - NOVIEMBRE DEL 2022.

COINCIDENCIA: 0 %

Conformidad Investigador:

Nombre: Karen Vera Salvador

DNI: 44125336

Huella:



Conformidad Asesor:

Nombre: William Fajardo Alfaro

LISTAS DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas más frecuentes en personas que viven con VIH /SIDA en tratamiento antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre a noviembre del 2022.

Tabla 2. Asociación entre los factores clínicas - inmunológicas y la depresión en personas que viven con VIH /SIDA en tratamiento antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre a noviembre del 2022.

Tabla 3. Asociación entre los factores psicosociales y la depresión en personas que viven con VIH/SIDA en terapia antirretroviral en el centro de salud lince, septiembre a noviembre del 2022.

Tabla 4. Asociación entre la duración del tratamiento antirretroviral y la depresión en personas que viven con VIH/SIDA y en terapia antirretroviral en el centro de salud lince, septiembre a noviembre del 2022.

Tabla 5. Asociación entre los efectos adversos del TARV y la depresión en personas que viven con VIH/SIDA en terapia antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre a noviembre del 2022.

Tabla 6. Asociación entre el tiempo de diagnóstico de VIH y la depresión en los pacientes que viven con VIH/SIDA que reciben terapia antirretroviral en el centro de salud lince septiembre a noviembre del 2022.

Tabla 7. Factores asociados más frecuente para desarrollar depresión mayor en personas que viven con VIH /SIDA en tratamiento antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre a noviembre del 2022.

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1. Prevalencia de depresión en personas que viven con VIH/SIDA en tratamiento antirretroviral en el Centro de Salud Lince.

Gráfico 2. Nivel de depresión en personas que viven con VIH/SIDA en tratamiento antirretroviral en el Centro de Salud Lince.

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1: Operalización de las variables

ANEXO 2: Instrumento a utilizar para la recolección de datos

ANEXO 3: Matriz de consistencia.

ANEXO 4: Opinión de juicios de expertos

ANEXO 5: Constancia del comité de ética Institucional.

ANEXO 6: Autorización del Centro de Salud Lince.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

La depresión es considerada una enfermedad común a nivel mundial y que impacta al 5% de la población, en la que destacan los adultos y adultos mayores (5% y 6% respectivamente)(1). Además, la OMS menciona que la depresión y la ansiedad aumentaron más de un 25 % en el primer año de la pandemia (2). Cerca de 280 millones de individuos presentan síntomas para depresión, además existe un trastorno depresivo mayor que representa una carga de injurias a nivel mundial y es muy significativo en estas circunstancias ya que está relacionado a enfermedades crónica en un 13% (3). Además es una causa considerable de discapacidad a nivel mundial, e incide considerablemente en la carga de morbilidad. Las consecuencias de la depresión generalmente son recurrentes y prolongados, y puede disminuir extraordinariamente la capacidad de una persona para actuar y vivir una vida plena. La discriminación , el estigma y el deterioro de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales están muy circunscritas en la sociedad. (1)

Se calcula que el 13% de los individuos que viven con VIH experimentan depresión grave, lo cual se asocia con menor continuidad en los servicios de atención para VIH y un menor desarrollo cognitivo(4). Además, las personas que viven con VIH tienen el doble de probabilidad de sufrir de depresión que las personas que no lo tienen (5). El mayor número de individuos inmunodeprimidos con VIH tiene un vínculo con problemas mentales severos que son entre 2% al 20 % tanto en Asia y África respectivamente; además la prevalencia de trastorno depresivo mayor es de 25% en África. En Etiopía la depresión fue calculada entre el 15 a 50 % de las personas infectadas con VIH en comparación con la población sin infección con VIH. La morbilidad en relación con la depresión en personas que viven con VIH es frecuente, con

valores entre el 10 a al 60%; particularmente el principal diagnóstico de trastorno mental es la depresión con un 65% de casos en Puerto Rico y EE. UU. (6)

En EE. UU. se calcula que 21 millones de adultos tuvieron mínimo un episodio depresivo mayor , que son representa el 8,4% y este episodio fue mayor en el sexo femenino (10%) entre edades de 18 a 25 años (17 %).(7) El pensamiento suicida fue mayor en la población infectada con VIH; la falta de trabajo en este país fue un factor importante para asociarse a depresión; la condición económica baja contribuía a la depresión; La condición homosexual se involucró más con la depresión y las personas infectadas por contacto sexual presentan riesgo para síntomas depresivos en comparación a los infectados de forma vertical.(8)

Del mismo modo en países europeos la edad promedio para desarrollar síntomas depresivos fue entre 40 a 50 años y un 25% eran mujeres. Además, el hecho de vivir sin pareja aumento la exposición a depresión. Países como Suiza e Italia mostraron que el desempleo te daba una posibilidad a desarrollar depresión. En Dinamarca la condición económica baja era una exposición para desarrollar depresión y que la identificación homosexual se relaciona con síntomas para depresión. (9)

En cuanto la región de América Latina, para el 2015 se calculó cerca de 1,7 millos de personas infectadas con VIH entre los países de Brasil, Colombia, Venezuela y México de los cuales presentaron cuadros de estrés ante su reciente diagnóstico y se suma la idea de enfrentarse a circunstancias económicas, sociales como la discriminación y el rechazo y psicológicas que deteriore aún más su calidad de vida.(10)América del Sur, en general, tiene mayores proporciones de discapacidad debida a enfermedades mentales comunes. En comparación con otras subregiones.(11)

Mientras Perú, se reportaron episodios depresivos hasta el año 2021 del 40 % centrados en Lima, 43 % en la etapa adulto , 77% fueron mujeres(12) .Antes del acontecimiento COVID-19, la población infectada con VIH presentaba un

alto deterioro de la salud mental, en la cual está involucrada la depresión. Es importante mencionar los factores asociados a depresión en este tipo de población; según reportes la prevalencia de trastornos mentales en personas que viven con VIH es de entre 48% a 68 % (incluido la depresión) y más del 50% de las personas con VIH tienen una alta carga por concepto de discriminación y la estigmatización (13). Existe muchos factores que incrementan la posibilidad de depresión en individuos infectados con VIH, como en el caso de la PEA, el 70% de esta población habría disminuido sus ingresos después del aislamiento también el progreso a depresión en esta población, y toma importancia no solo por el deterioro en su salud en general, si no por una mala adherencia al tratamiento, lo cual se refleja en un 42 % de la población infectada con el VIH con clínica depresiva.(14)

Hasta ahora, ninguna investigación ha plasmado estos datos en un establecimiento de atención primaria, como lo es, el centro de salud de Lince, y esta institución no cuenta con información sobre la magnitud y los factores asociados a la depresión mayor en los pacientes con VIH. Por consiguiente los resultados proporcionarán información al médico general responsable de la atención de salud y así mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH en el centro de salud Lince .

Por lo tanto, la finalidad de este trabajo de investigación es poder identificar los factores asociados a la depresión en un centro de atención primaria como el de Lince (Lima – Perú) y compararlos con la información a nivel internacional y nacional.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema General

¿Cuáles serían los factores más frecuentes para desarrollar depresión mayor en pacientes que viven con VIH /SIDA que reciben tratamiento antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre - noviembre del 2022?

1.2.2 Problemas Específicos

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas más frecuentes de los pacientes que viven con VIH/SIDA que reciben terapia antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre a noviembre del 2022?
2. ¿Cuál es la asociación entre las características psicosociales y la depresión en los pacientes que viven con VIH/SIDA que reciben terapia antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre – noviembre del 2022?
3. ¿Cuál es la asociación entre las características clínicas - inmunológicas y la depresión en los pacientes que viven con VIH/SIDA que reciben terapia antirretroviral en el centro de salud lince, septiembre – noviembre del 2022?
4. ¿Cuál es la asociación entre la duración del tratamiento antirretroviral y la depresión en los pacientes que viven con VIH/SIDA y reciben terapia antirretroviral en el centro de salud lince, septiembre - noviembre del 2022?
5. ¿Cuál es la asociación entre los efectos adversos del TARV y la depresión en los pacientes que viven con VIH/SIDA que reciben terapia antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre – noviembre del 2022?
6. ¿Cuál es la asociación entre tiempo de diagnóstico de VIH y la depresión en los pacientes que viven con VIH/SIDA que reciben terapia antirretroviral en el centro de salud lince, septiembre – noviembre del 2022.

1.3 Justificación

Este estudio es valioso para la colectividad médica ya que según la OMS sobre los trastornos mentales y el VIH/SIDA en donde los países con poco o regular nivel económico tienen una sobrecarga mayor al 90% del VIH/SIDA, existe escasa información sobre el vínculo de la depresión y el VIH en países de Latinoamérica.

La información de este estudio complementaria al entendimiento divisorio sobre la prevalencia o datos estadísticos que no hay en el establecimiento de salud de Lince (distrito de Lima metropolitana). Además, será de utilidad para los profesionales de la atención básica de salud en pacientes con VIH/SIDA asociados a depresión para que puedan brindar un cuidado completo a los pacientes y así contribuir positivamente a la calidad de vida de las personas que viven con VIH que también tienen mayor probabilidad de padecer de depresión.

Sabemos que existe poca información o no actualizada sobre la prevalencia de depresión y cuáles serían los factores de riesgo para desarrollar depresión en la comunidad de Lince o incluso a nivel nacional, el presente estudio podría ser de base o pilar para investigaciones futuras sobre salud mental y problemas de salud pública, de esta forma darle mayor análisis y ahondar en el entendimiento de la problemática. Los datos de esta investigación podrían contribuir para el dictamen de políticas de participación adecuadas para el control y prevención de trastornos mentales en pacientes con VIH.

Hasta ahora, ninguna investigación ha plasmado estos datos en un establecimiento de atención primaria, como lo es, el centro de salud de Lince, y esta institución no cuenta con información sobre la magnitud y los factores asociados a la depresión mayor en los pacientes con VIH. Por consiguiente los resultados proporcionarán información al médico general responsable de la atención de salud y así mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH en el centro de salud Lince.

1.4 Delimitación del área de estudio

Delimitación espacial: El presente trabajo será procesado en el Centro de Salud Lince, donde es un establecimiento de atención primaria de salud pertenece a la clasificación de categoría I - 3 de complejidad y está ubicado en Lima – Perú, jirón Manuel Candamo 495, Lince. Numero de contacto:(01) 4712588,Codigo postal de lima es 1500.

Delimitación temporal:

Estudio donde se obtendrán los datos se llevará a cabo en el periodo de septiembre a noviembre del 2022.

1.5 Limitaciones de la investigación

- Información poco legible o incompleta que se pueda entrar en las historias clínicas.
- La poca colaboración de los pacientes con VIH por el problema de su privacidad.
- El horario especializado de solo lunes, martes y jueves para poder recopilar información.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo General

- Determinar los factores asociados más frecuentes para desarrollar depresión mayor en personas que viven con VIH /SIDA en tratamiento antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre a noviembre del 2022.

1.6.2 Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas más frecuentes en personas que viven con VIH /SIDA en tratamiento antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre a noviembre del 2022.
- Identificar la asociación entre los factores clínicas - inmunológicas y la depresión en personas que viven con VIH /SIDA en tratamiento antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre a noviembre del 2022.
- Indicar la asociación entre los factores psicosociales y la depresión en personas que viven con VIH/SIDA en terapia antirretroviral en el centro de salud lince, septiembre a noviembre del 2022.
- Establecer la asociación entre la duración del tratamiento antirretroviral y la depresión en personas que viven con VIH/SIDA y en terapia antirretroviral en el centro de salud lince, septiembre a noviembre del 2022.
- Identificar la asociación entre los efectos adversos del TARV y la depresión en personas que viven con VIH/SIDA en terapia antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre a noviembre del 2022.
- Determinar la asociación entre el tiempo de diagnóstico de VIH y la depresión en los pacientes que viven con VIH/SIDA que reciben terapia antirretroviral en el centro de salud lince septiembre a noviembre del 2022.

1.7 Propósito

La intención de este estudio fue la detección oportuna y la prevención de la depresión mayor en la población que vive con VIH dentro del primer nivel de atención y con lo consecuente mejorar la calidad de vida de las personas que viven con el VIH. Se sabe que el trastorno depresivo en individuos con infección de VIH podría causar mayor detrimento de las condiciones de vida de esta población, mayor exposición al suicidio, asociación a comorbilidades crónicas y sobre todo un nivel significativo de disminución o mala adherencia al tratamiento antirretroviral. Es importante el propósito de la investigación y se podría obtener buenos beneficios por lo tanto este presente estudio concederá que la UPSJB guie su afán en intensificar el progreso de los médicos en camino en relación con la magnitud de la pesquisa de la depresión en el servicio básico de salud.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes bibliográficos

Antecedentes Internacionales

HAILE AMHA. Y COL. EN EL AÑO 2022. Se presentaron 266 pacientes para el estudio, de esta población se detectó la depresión un 39% entre los pacientes con VIH. Los pacientes con edad promedio > de 40 años en este estudio presentaron 5 veces más posibilidad de tener sintomatología depresiva. Encontró una asociación significativa entre el prejuicio sobre el VIH según el paciente y el sentido de discriminación manifestaron 7.5 veces más posibilidad de desarrollar clínica depresiva. relación significativa entre la adherencia antiviral y la depresión, de los cual tienen 6 veces más de posibilidad de tener síntomas para depresión. Los pacientes con VIH que presento poco soporte emocional a través de una persona de su entorno manifestaron 2.5 veces más posibilidad de desarrollar síntomas depresivos en paralelo a otros grupos de apoyo social.(15)

OLUREMI E. Y COL. EN EL AÑO 2021.Mencionan los siguientes resultados: el total de participantes fue de 279. El nivel porcentual de personas con VIH que presentaron depresión es del 24 % lo cual existe una asociación significativa entre depresión y pacientes que viven con VIH. También existió una relación significativa entre la dependencia de alcohol, el sentido de estigma sobre el VIH, la convivencia, ocupación e historia previa de depresión. Con respecto a la profesión, las personas que eran agricultores con nivel económico bajo mantienen 4 veces más posibilidad de desarrollar depresión en comparación a otras ocupaciones, además los pacientes sin ocupación laboral mantienen 1.26 veces más posibilidad de tener depresión. Los pacientes que cohabitaban solos mantienen 3 veces más de posibilidad para tener depresión. Recalca que no encontró asociación entre cantidades de linfocitos T4 y trastornos depresivo Mayor.(16)

YITAYISH D. Y COL. EN EL AÑO 2021. Este estudio tuvo a 380 participantes. Edad más frecuente entre los pacientes fue de 36 años. La prevalencia para clínica depresiva y pacientes con infección con VIH fue de 59%, para medir los síntomas depresivos se usó el cuestionario PHQ-9. Individuos con edades de entre 40 - 49 años y mayores de 50 años tienen relación positiva con la sintomatología depresiva. La percepción de los pacientes con respecto al rechazo y la discriminación por su estado de salud (estigma) tuvo una asociación significativa con la clínica depresiva. Describieron que los pacientes que tomaban fármacos diferentes al tratamiento antirretroviral tuvieron 2,6 veces más de posibilidad de desarrollar síntomas depresivos. También mencionan que los PVV con historial de infecciones oportunistas tuvieron mayor probabilidad de exposición para sintomatología depresiva en paralelo a otros pacientes que no presentaron antecedentes por estas infecciones.(17)

BEYAMO A. Y COL. EN EL AÑO 2020. Este estudio muestra: el número de participantes fue de 417 pacientes que recibían tratamiento antirretroviral de los cuales 208 pacientes tenían depresión en el momento del estudio que representa el más del 50%. De los factores más significativo-vinculados a depresión en personas con VIH, a través de un modelo multivariable, el sexo masculino tiene mayor posibilidad del progreso a depresión que las mujeres con un incremento de 1,5 veces más. Los pacientes que vienen de lugares urbanos tuvieron dos veces más la posibilidad del progreso a depresión que los pacientes que venían de lugares rurales. Existe 1.9 veces más posibilidad de exposición a la depresión en pacientes con infecciones oportunistas que los pacientes con VIH sin infecciones oportunistas. Además, los pacientes que tuvieron una negativa adherencia al tratamiento presentaron 1,7 veces más posibilidad de progresar a depresión en contraste de los pacientes que presentaron una adherencia al tratamiento positivo. Y los pacientes con actitudes negativas y suposiciones sobre el VIH (estigma) fue alta, tenía 1.6

veces más posibilidad para el progreso a la depresión en paralelo a los que presentaron un estigma bajo sobre el VIH.(18)

ABDULLAH A.Y COL. EN EL AÑO 2020. Los resultados fueron los siguientes, con 101 participantes diagnosticados con VIH. Definen que el porcentaje de pacientes con síntomas depresivos en este tipo de pacientes es del 42% utilizando el cuestionario PHQ- 9. En este análisis se mencionó que la edad es un factor crucial para desarrollo de síntomas depresivos y que la edad promedio de 35 años tuvieron menos casos para síntomas depresivos, caso contrario en adultos > 35 años. Encontraron que en la población infectada con VIH con diagnóstico de duración larga es más probable que desarrollen depresión con relación a los pacientes recientemente diagnosticados. Un 83 % de PVV que estaban en tratamiento antirretroviral presentaron clínica para depresión, además el 17% de los pacientes con infección con VIH recientemente diagnosticados y por lo tanto no estaban aun en tratamiento antirretroviral, de ellos 5 pacientes presentaron síntomas para depresión. Con respecto al comportamiento dependiente o independiente para realizar trabajos del día a día, destacando un vínculo significativo entre dependencia completa y síntomas para depresión, describen que un 31% de pacientes eran dependientes, es decir tenían problemas para regular y dirigir su comportamiento junto a la capacidad de iniciativa o anticiparse a los problemas, donde de este 31%, el 93% presento síntomas para depresión. No se encontró relación entre las enfermedades crónicas en PVV y los síntomas depresivos. (19)

KEZANG T. Y COL. EN EL AÑO 2020. Los individuos que cooperan en este análisis de investigación fueron de 103 pacientes. Los participantes eran mayores de 18 años diagnosticados con el virus de inmunodeficiencia humana que acudían a los establecimientos de salud particular para su terapia antiviral todos localizados en Bután. Los resultados fueron los siguientes, las edades

en años de la población con VIH fueron entre 23 y 79, con promedio de 40 años. Las cifras de depresión entre los individuos que viven con el VIH fueron del 27%. Según el estudio regresivo binario logístico hallaron una correlación significativa sobre las mujeres diagnosticadas con la falta de apoyo por parte de familia según percepción de ellas mismas y la depresión. Además, mencionan que los pacientes divorciados, con ingreso económico bajo, pacientes que consumen alcohol y los niveles menores de CD4 no mostraron relación con la depresión.(20)

HUAN L. Y COL. EN EL AÑO 2018. El número de participantes fue de 220 y la edad más frecuente de los participantes con infección con VIH fueron mayores de 41 años. La prevalencia de pacientes con síntomas de depresión fue mayor del 40%. Se asocio a la depresión, la alteración del sueño en los PVV. Otro elemento que permite el desarrollo de depresión es la asociación de este con los pacientes con actitudes hostiles. Se mostro vinculación positiva entre la apreciación de rechazo y discriminación del paciente y la depresión. Según las características relacionadas al tratamiento antirretroviral, existe una asociación positiva entres los efectos adversos de los TARV y los síntomas para depresión. Sobre soporte familiar para con el paciente infectado con VIH, se observó que los pacientes con escaso o nulo apoyo por parte de la familia tenían más posibilidad de desarrollar síntomas depresivos. los que no presentaron asociación con la depresión en pacientes con VIH fue las características demográficas, las formas de contagio para VIH, tiempo de diagnóstico para VIH y valores de CD4.por ultimo menciona que el sexo femenino tiene mayor probabilidad de presentar sintomatología para depresión.(21)

ALEXANDRA MARIA KOSLOWSKI.EN EL AÑO 2018 Los resultados fueron los siguientes: de u total de 246 personas cuál es la edad media fue de 35 años y 70% de pacientes fueron del sexo femenino. Además, un 58.5% de

personas solteras, un 46.3% de instrucción secundaria un 60.6% de pacientes de entre 1 a 5 años viviendo con la enfermedad. La prevalencia de depresión fue del 42.3%. Se encontraron los siguientes factores de riesgo: ser adulto joven (18 - 39 años) sexo femenino y un tiempo transcurrido desde el diagnóstico de 5 años o menos. No se encontró una relación estadísticamente significativa entre depresión y nivel de instrucción tampoco con el estado civil (22)

RENATA K. Y COL. EN EL AÑO 2017. El número de participantes fue de 331 con diagnóstico de VIH. Los resultados fueron los siguientes: de los cuales un 42 % presentaron síntomas depresivos. De las características sociodemográficas, se asoció la edad con la depresión es decir los pacientes menores de 40 años tuvieron 1,8 veces más posibilidad de progresar a clínica depresiva en paralelo a los pacientes con VIH mayores de 40 años. La prevalencia de clínica para depresión fue frecuente en el sexo femenino, pacientes menores de 40 años, pacientes con bajos ingresos económicos y aquellos que vivían solos o sin pareja. Los PVV que tienen un trabajo tienen 1,8 veces más posibilidad de exposición a presentar clínica para depresión en paralelo de las personas con infección con VIH que no trabajan. Los individuos que abarcaron niveles de linfocitos T4 menor a doscientos expresado en mm^3 , exhibieron 2 veces más posibilidad de exponerse a tener sintomatología depresiva en comparación con los pacientes que tenía valores mayores a 500 mm^3 . menciona que no se encontró asociación de los PVV con comorbilidades y la depresión.(23)

Antecedentes Nacionales

SINCHEZ RODRÍGUEZ, YOLANDA ISABEL. EN EL AÑO 2018. En el siguiente estudio se obtuvieron los resultados en 240 individuos que conviven con el VIH, los cuales 80 pacientes con infección de VIH tuvieron depresión al momento del estudio , donde los factores estudiados relacionados con

depresión fueron ansiedad con un 61% , sobre el estigma de su infección con VIH con 70% , apoyo social con un 38% , seguridad alimentaria con un 85 % , niveles de células CD4 menor o igual a 200 mm³ con un 13%, formas de afrontar el estrés con un 60% y consumo de alcohol con un 38% , de los factores estudiados se encontró significancia asociativa para desarrollar depresión con las siguientes variables : sobre actitudes negativas y suposiciones sobre su infección con VIH (estigma) , niveles de ansiedad moderado a grave, formas de enfrentar el estrés y la dependencia y abuso de alcohol.(24)

JUAN MARTIN HURTADO FELIPE. EN EL AÑO 2018. Los resultados fueron los siguientes: participaron 214 pacientes que recibían atención en la Estrategia Nacional de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA, de los cuales 83 personas con VIH tuvieron depresión con una representación porcentual del 39%; un 27 % con depresión leve y moderado-grave con 6%, con el síntoma depresivo más comunes son la fatiga y animo depresivo con un 80% y 70% respectivamente. También la relación de inmunodepresión moderada entre los pacientes con depresión que fue de 51%. Se presento entre los pacientes con depresión niveles bajos células CD4 un 39%. Según su análisis se encontró una relación significativa entre los pacientes del sexo masculino con depresión con VIH y lo niveles de linfocitos CD4 y no hubo un vínculo significativo entre los pacientes con síntomas depresivos con VIH y la inmunosupresión.(25)

HUMBERTO M. Y COL. EN EL AÑO 2015.Según los resultados obtenidos, participaron 205 pacientes con VIH de los cuales un 28% presento síntomas significativos a depresión con resultados similares para depresión mayor. Se mostro una asociación significativa entre la síntomas depresivos y pacientes que viven con VIH entre grado de instrucción primaria y nivel universitario también estado civil, casado y estado depresivo previo. El articulo menciona que, a pesar de encontrar altos porcentajes de depresión y sexo, este caso

del sexo femenino en comparación al sexo masculino, no se encontró significancia alguna entre sexo y depresión. De igual manera tampoco encontró resultado significativo entre depresión y opción sexual. Hay valor significativo entre niveles últimos de carga viral alta y sintomatología significativa a depresión, no se detectó vínculo entre el recuento de linfocitos t4 y depresión. No existe relación entre depresión y adherencia al tratamiento.(26)

2.2 Bases teóricas

SALUD MENTAL Y PERSONAS QUE VIVEN CON VIH(PVV)

Cuando se habla de depresión se habla de múltiples definiciones y circunstancias como por ejemplo la propia enfermedad, las comorbilidades que la acompañan las cuales no se puede diferenciar o identificar, la carga para los parentescos, la sanidad, el ambiente social y el bien económico; el impacto económico es grande.

La depresión se presenta frecuentemente en las edades medianas o en los individuos que tienen más de 60 años, el trastorno depresivo mayor puede convivir con muchas enfermedades crónicas o graves como enfermedades cardiológicas, neoplasias, diabetes mellitus y enfermedades degenerativas, incluso la infección por VIH. Todas estas enfermedades se complican con la presencia de la depresión y los fármacos que reciben los pacientes para tratar estas enfermedades tienen consecuencias secundarias que duplican la depresión o su desarrollo. Sobre todo, alta comorbilidades en pacientes con VIH/SIDA.(27)

El VIH a nivel mundial es considerado una preocupación de salud pública, en que la mortalidad es alta con un aproximado de más de 36 millones de pérdidas humanas. Existe un organismo global sobre el VIH/SIDA (2014) describe la meta 90/90/90 proyectado para el año 2020; es decir alcanzar el 90% en conocimiento de serología por parte del paciente con VIH, en el cual el 90 por ciento de la población con infección por el VIH reciban tratamiento

antiviral y también el 90 por ciento de personas infectadas con VIH reduzcan la carga viral, además para el 2030 eliminar la transmisión.(28)

El VIH perjudica a los más desvalidos y excluidos de la sociedad, el cual también se ven atacados desmedidamente por las alteraciones mentales. Las grandes instituciones que investigan el VIH mencionan que debe haber un gran puente de comunicación entre el VIH y los servicios que tratan los problemas de bienestar emocional y así más individuos que viven con el virus de inmunodeficiencia humana tenga una atención especializada y reciban soporte vital con urgencia. (ONUSIDA). La población con infección del VIH tiene mayor riesgo de exposición a trastornos del bienestar mental y con frecuencia son depresión y ansiedad que pasan en el transcurso de la convivencia con su enfermedad como crónica e infecciosa(29). Por lo contrario, la población que padecen de alguna alteración de salud mental tiene mayor riesgo de adquirir VIH y esto es en relación con el conocimiento e información sobre el virus, como información sobre el abuso sexual, coito sin protección entre hombres o relaciones heterosexuales, falta de uso de preservativo, contacto sexual con individuos que usas drogas inyectables.(30)

La atención de salud cuenta con poca prestación de servicios para tratar enfermedades mentales en los pacientes con VIH y las prioridades comunes de la población con infección por el virus de inmunodeficiencia humana.

Trabajos de investigación sistémica sobre el tema mencionan que la cantidad de personas con alteraciones mentales entre ellas la depresión asociada al virus de inmunodeficiencia humana tiene 2 veces mayor posibilidad que en las personas sin infección de VIH. Los individuos con VIH asociados a trastornos mentales podrían perjudicar su calidad de vida y llevarlos a abandonar la asistencia a la atención primaria de salud, a continuar la terapéutica y a dejar la vigilancia por su salud(31). Aproximadamente el 14% y 24 % de los adultos y adolescentes respectivamente con VIH mencionan haberse sentido tristes, agobiados y deprimidos que quizás los condicionaba a no continuar con la terapéutica con antirretrovirales. También cabe mencionar que el tratamiento

con antirretrovirales tiene consecuencias secundarias que alteran el sistema nervioso causando psicosis, alucinaciones, depresión, euforia y nerviosismo. (32)

En el 2019 (Perú) se estimó casos de personas con VIH de 87 mil aproximadamente, de los cuales el 67 mil reciben el TAR. Los pacientes con VIH necesitan evaluaciones constantes y frecuentes como por ejemplo el examen físico, control de carga viral y CD 4 y el fácil acceso al tratamiento antirretroviral. Para el mes de octubre del 2020 se notificaron 1494 personas con VIH, lo que representa el 18 % de individuos que viven con el VIH del 2019.(13)

Actualmente el estrés es parte de la convivencia del día a día y más aún cuando hay enfermedades crónicas como el VIH que pueden alterar la salud mental. El estado anímico, las alteraciones cognitivas y la ansiedad son más frecuentes en la población infectada con VIH y es importante que los individuos tengan conocimiento de esta información. La depresión es el trastorno mental más usual en este tipo de población. Hay que recordar que las enfermedades mentales son recuperables y tratables.(5)

Circunstancias que asocian a los problemas de salud y el VIH

- Dificil entrada a la prestación de psicología y psiquiatría.
- Falta de sostén de la sociedad lo que lo lleva al aislamiento.
- Perdida de la empleabilidad o estado laborales afectado por el estigma propia de la enfermedad.
- La preocupación de exponer a la comunidad, familiares o amigos sobre su diagnóstico.

- Control del tratamiento antirretroviral.
- Enfrentar la discriminación y la carga propia del VIH.
- Enfrentar la pérdida de un ser querido o no saber manejar cualquier pérdida.

VIH/SIDA

Es una propagación que deteriora y arruinan el sistema inmunológico, atacando las células T CD4 +, la pérdida o disminución de esta célula blanca, defensora del sistema inmune hace a la población con VIH están expuesto a infecciones y enfermedades oportunistas. Los pacientes que tienen el Virus de Inmunodeficiencia Humana pueden tener SIDA que se manifiesta cuando hay 1 o más infecciones oportunistas como tuberculosis, neumónica u otro y agregado la baja cantidad de células T CD4+ en < 200 cel. por milímetro cubico se sangre.(28)

Este VIH está incluido al equipo de la taxonomía del virus nombrado como Retroviridae, Asimismo es un organismo pequeño que abarca a las células de defensa que forma parte de sistema inmune, se encarga de infectar a linfocitos y también otros tipos de células CD4, causando lesiones graves en el sistema inmunológico sobre todo a nivel celular y manifestando una respuesta dañada por parte de las células B que se activa como células policlonales.

SIDA, es una presentación clínica como respuesta al deterioro del sistema inmunológico por infección del virus. Los individuos que viven con el virus pueden progresar a estadio SIDA de entre 6 y 10 años aproximadamente y para detener este estadio los individuos que conviven con el VIH ingresaran al programa de inicio de tratamiento antirretroviral.

TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (TARV)

Esta estrategia dada por el MINSA para pacientes que viven con VIH (PVV) disminuye la mortalidad, ingresos a hospitales para internamiento, las infecciones oportunistas y también la neoplasia. El objetivo también es el ingreso de este tipo de población a las prestaciones de salud y asimismo esta evaluación enriquezca su condición de su día a día.

El TARV, son un grupo de fármacos de entre 2 a 3 antivirales con compuestos distintos, estos tienen la facultad de reducir la carga viral y llegue a ser indetectable. El TARV permite a la estabilidad inmunológica de la población con VIH.(33)

El esquema de la terapia antirretroviral básica brindada por MINSA (Perú) que son los siguientes(34):

- Efavirenz 600 mg (EFV) / Emtricitabina 200 mg (FTC)/ Tenofovir 300 mg (TDF)
- Emtricitabina 200 mg (FTC) + Efavirenz 600 mg (EFV) /Tenofovir 300 mg (TDF)
- Lamivudina 150 mg (3TC) +Tenofovir 300 m. (TDF) + Efavirenz 600 mg (EFV)

En la evaluación primaria es importante el operar con los estadios clínicos en individuos nuevos en el diagnóstico de VIH para el control prolongado de la infección, seguimiento en las instituciones de salud y también la adherencia a la terapia antiviral. El estadio clínico de los PVV permite toma de decisiones con respecto a infecciones oportunistas y su prevención con la profilaxis y permite otras intervenciones sanitarias en pacientes que viven con VIH.(35)

SINTOMAS EN RELACION CON EL VIH	ESTADIO CLINICO
Sin síntomas	1
Síntoma leve	2
Síntoma moderado	3
Síntoma grave	4

Fuente : OMS

CLASIFICACIÓN CLÍNICA DEL VIH

- **ESTADIO 1**
 - Sin síntomas
 - Linfadenopatía generalizada
- **ESTADIO 2**
 - Pérdida de peso (< 10%)
 - Enfermedades respiratorias
 - Queilitis angular
 - Erupciones pruriginosas
 - Herpes zoster
 - Ulceras orales frecuentes
 - Onicomycosis
 - Dermatitis seborreica
- **ESTADIO 3**
 - Reducción de peso (mayor de 10%)
 - Deposiciones líquidas sin razón frecuente (mayor de 1 mes)
 - Aumento de temperatura recurrente y candidiasis oral
 - Tuberculosis pulmonar
 - Alteración del hemograma idiopática (anemia, plaquetopenia, neutropenia)
 - Leucoplasia vellosa oral
 - Infecciones bacterianas (artritis, meningitis, neumonía, piomiositis)
 - Estomatitis, periodontitis o gingivitis.

- **ESTADIO 4**

- Pérdida de masa muscular y grasa subcutánea
- Neumonía bacteriana frecuente grave
- Neumonía por Pneumocystis
- Tuberculosis extrapulmonar
- Infección crónica por herpes simplex
- Infección por citomegalovirus
- Infección diseminada por micobacterias no tuberculosas
- Sarcoma de Kaposi
- Criptococosis extrapulmonar
- Candidiasis esofágica
- Toxoplasmosis del SNC
- Encefalopatía
- Septicemia frecuente
- Leuco encefalopatía multifocal
- Micosis sistémica
- Criptosporidiosis y Isosporiasis crónica
- Linfoma
- Nefropatía o miocardiopatía relacionado al VIH
- Carcinoma cervical invasivo
- Leishmaniasis atípica diseminada(36)

TERAPIA ANTIMICROBIANA

- Tuberculosis pulmonar: el tratamiento antirretroviral es para pacientes con infección latente que sean positivos o no presentan síntomas de tuberculosis activa.
- CD4 menor de 250 mm³: coccidioidomicosis; el tratamiento con fluconazol por 6 meses y suspender el tratamiento TARV.
- CD4 menos de 200 mm³: Pneumocystis; el tratamiento con trimetoprim - sulfametoxazol en caso se produzca alergia por medicamento usar dapsona.

- CD4 menos de 150 mm³: histoplasmosis; se puede dar itraconazol, pero la literatura menciona que con solo el tratamiento antirretroviral aumenta el recuento de CD4, pero hay algunas zonas que se brinda tratamiento de preventivo.
- CD4 menos de 100 mm³: toxoplasmosis; el tratamiento preventivo es trimetoprim – sulfametoxazol.
- CD4 menos de 50 mm³: complejo Mycobacterium avium; el tratamiento podría evaluar darse un macrólido (azitromicina)
- hasta antes del tratamiento antiviral pero actualmente no hay profilaxis para esta enfermedad por su resistencia y efectos secundarios.(37)

TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Este tratamiento antirretroviral ha logrado disminuir en la población con VIH, la mortalidad y morbilidad. Son 25 antirretrovirales en 6 clases aproximadamente disponibles. El tratamiento es combinación doble de los nucleósidos agregado una clase distinta, en total son tres antirretrovirales.

- **Inhibidores de ingreso a CD4**
 - Antagonistas de CCR5 (correceptor): Maraviroc
 - Inhibidores de Apego: Fostemsavir y su metabolito convertido activo es Temsavir.
 - Inhibidoras de fusión: se une a la glicoproteína 41, Enfuvirtida.
- **Inhibidor de la transcriptasa inversa nucleótido y nucleósido**
 - Emtricitabina
 - Sulfato de abacavir
 - Lamivudina
 - Tenofovir
 - Zidovudina

Efectos adversos: es con relación a la mitocondria, en la se manifiesta pancreatitis, esteatosis hepática, neuropatía periférica.

- **Inhibidor de la transcriptasa inversa (no nucleósido)**

- Doravirina
- Efavirenz
- Etravirina
- Nevirapina
- Rilpivirina

Efectos adversos: la Rilpivirina y el Efavirenz pueden causar daño a nivel psiquiátrico y neurológico

Efavirenz: produce de forma general toxicidad del sistema nerviosos como alteración del sueño(somnolencia), poca concentración, cansancio, cefalea, depresión grave y alucinaciones. El 52% de daño del sistema nervioso central, de 7 a 16 % causa insomnio, un 3 a 19% causa depresión, ansiedad de 3 a 12 %, dolor 13% y mareos de entre 2 a 28%.(38)

- **Inhibidor de transferencia de cadena integrasa**

- Dolutegravir
- Cabotegravir
- Bictegravir
- Raltegravir
- Elvitegravir

Efectos adversos: produce incremento de peso, lipotimias e insomnio. Además, puede causar en pocas circunstancias como historia previa de enfermedades mentales, el pensamiento suicida y depresión. Las personas que consumen dolutegravir o bictegravir les puede causar miosis, miopatía y rabdomiólisis.

- **Inhibidores de proteasa**

- Darunavir
- Atazanavir

Efectos adversos: causa diabetes mellitus, resistencia a la insulina, hepatotoxicidad, incremento de la glucosa y hemorragia en personas con enfermedad, hemofilia o tenga incremento de la protrombina.(39)

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR UNIPOLAR

El diagnóstico y desarrollo de la depresión mayor se presta a entrevistas directas y análisis de laboratorio, con frecuencia no realizan estos exámenes para el diagnóstico, pero si se pueden usar para diferenciar otras enfermedades físicas o medicas que causen o aporten a síntomas depresivos.

Con frecuencia las personas mayores de 30 años con síntomas depresivos o depresión acuden al médico general de los servicios básicos de salud en lugar de acudir a un Hospital psiquiátrico. De la mitad de los individuos que iban a los establecimientos de atención básica de salud y son atendidos por un médico general no son evaluados ni analizados para encontrar síntomas depresión u obtener el diagnóstico de depresión. Además, muchos trabajos de investigación refieren que más del 50% de la comunidad que acude a las prestaciones de atención primaria dejan de lado el diagnóstico de depresión. Es importante el enfoque diagnóstico de este trastorno mental en la atención primaria, en varias consultas externas por su difícil diagnostico junto a enfermedades crónicas y por la frecuencia con la que acuden a la atención primaria.(40)

DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN

Episodio depresivo mayor: Son síntomas representativos que son 5 o más en las cuales estos síntomas se muestran en la mayoría del tiempo durante casi todos los días por al menos 2 semanas seguidas; también el hecho de existir uno o ambos de la subsecuente clínica para considerarlo trastorno

depresivo mayor de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5):

1. Animo o estado mental deprimido
2. Anhedonia

CRITERIO DIAGNÓSTICO (DSM-5) (41)

A. Los síntomas 1 y 2 incluidos además de:
<ol style="list-style-type: none">3. Pérdida o disminución de peso sin previa dieta establecida, considerar también el subir de peso por el mayor consumo de alimentos l mayor parte del tiempo, la variación de peso debe ser de al menos del 5 % en un mes.4. Dificultada para conciliar el sueño o tener el sueño prolongado la mayor parte del tiempo.5. Agitación o hipocinesia en la mayor parte del tiempo que pueden ser observados por terceras personas y no solo subjetivo.6. Cansancio en la mayor parte del tiempo.7. Sentimiento de culpa y de inutilidad en exceso en la mayor parte del tiempo y no necesariamente este sentimiento relacionado a su enfermedad.8. Dificultad para tomar decisiones claras, para generar ideas y pensamiento o para poder concentrarse en la mayor parte del tiempo.9. Pensamiento suicida o de muerte frecuentes sin tener una un plan o estrategia para hacerlo o quizás tener un plan asociado a intentos suicidas.
B. Los síntomas causan deterioro clínico significativo a nivel social, laboral o en otros niveles de función personal.
C. Los síntomas de depresión sin causa fisiológica clara de alguna sustancia ilícita o comorbilidad física.

D. Los criterios de A y C son característico de acontecimiento de la depresión
E. Otros trastornos o episodios mentales como el trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, la esquizofrenia no se explican en la depresión mayor.
F. No está relacionado la depresión con episodios maniacos o hipomaniacos.

Cabe mencionar que no todos los individuos con clínica de depresión presentan todos los síntomas, puede que algunos presenten pocos síntomas o algunos otros presenten gran número de síntomas; como se mencionó más arriba se debe presentar síntomas persistentes más el estado o nivel de ánimo bajo para tener como diagnóstico a la depresión, además aquellas personas con la sintomatología tipo “sub -sindrómica” es decir con solo algunos síntomas pero con ansiedad, también recibirán la terapéutica por sus beneficios para este tipo de depresión. Toda la sintomatología puede variar según la gravedad, etapa de la depresión y frecuencia.(41)

Los criterios del DSM- 5 para la depresión mayor para esta en funcionar de manera similar en diferentes idiomas, etnias y culturas. Un estudio examinó los criterios del DSM- IV la depresión mayor (que son similares al DSM - 5)en China , los Países Bajos y el Reino Unido y los Estados Unidos, utilizando pacientes mujeres con depresión recurrente de entornos clínicos e individuos de muestras comunitarias (total n > 7000). Los análisis indicaron que los criterios midieron la misma construcción subyacente entre las muestras chinas y occidentales, y entre las diferentes muestras occidental.

Un estudio encontró que la confiabilidad entre evaluadores (grado en el que 2 o más médicos están de acuerdo) en el diagnóstico de depresión unipolar de acuerdo con los criterios del DSM-5 fue sólo regular (es decir, cuestionable), lo que puede deberse a la comorbilidad. Sin embargo, la experiencia previa con los mismos criterios sugiere que la confiabilidad puede ser muy buena cuando los médicos están capacitados para aplicar los criterios de diagnósticos.

DEPRESIÓN MAYOR EN PACIENTES CON VIH

La depresión es frecuente entre la población infectada con VIH/SIDA, además este tipo de alteración mental incrementa el riesgo para infectarse con VIH ya sea por consumo de sustancias ilícitas o alteración del comportamiento lesivo como la promiscuidad, desconocimiento para el uso el preservativo. Los individuos que cursan con depresión puede que presenten una alta exposición a la mortalidad por el VIH. La depresión viene hacer una carga problemática en la salud pública y en el entorno de la enfermedad del VIH /SIDA por su infra diagnóstico y su infra tratamiento.(42)

DIFÍCIL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

1. Gran número de síntomas depresivos relacionados con enfermedades graves o crónicas.
2. Pérdida de algún ser querido lo que produce aislamiento.
3. La terapia medica de las enfermedades crónicas que deterioran su salud mental.

4. Asociación con afecciones neurológicas y enfermedades del sistema nervioso central que pueden causar un estado apático, como la demencia.
5. El consumo de sustancias.
6. No conocer la diferencia diagnóstica de depresión en individuos con VIH como distimia, delirio, demencia, abstinencia, consumo de drogas, daño o infección del SNC y enfermedades agudas.(30)

EXPOSICIONES NEURO- PSIQUIÁTRICAS

Los trastornos mentales o psiquiátricos desde hace muchos años tienen influencia en padecimientos infecciosos. Con frecuencia los pacientes en estadios SIDA en etapas terminales tienen un deterioro grave a nivel mental. Estudios actuales mencionan que la presencia de trastornos psicológicos - psiquiátricos y cognitivos están en etapas tempranas del VIH o son síntomas como primera expresión única de la misma.

Menciona que existe 2 clases de síndromes establecidos neurológicamente: el primero es de condición moderada en sus inicios, es decir de alteración cognitiva y motor, en la cual no hay poca asociación con el VIH. El segundo es de comienzo severo, es decir un sistema de demencia compleja asociado al VIH.

Los tipos más severas y frecuentes con relación a alteraciones cognitivas, motoras y psiquiátricas. Los trastornos cognitivos se asocian con inicios del VIH, es decir pacientes asintomáticos y con tratamiento antirretroviral, pero aún es controversial. Las personas infectadas con VIH asociadas a demencia expresan sintomatología similar a la enfermedad de Parkinson como lentitud motora, problemas de memoria, pensamiento lento, trastorno de concentración y lectura, apatía, bradiquinesia, problemas de postura y marcha. Esta demencia es clínica de una lesión subcortical. Según la fisiopatología se debe a la gran susceptibilidad a los receptores bloqueantes de dopamina a los ganglios basales y además con disminución de neuronas de tipo dopaminérgico. La sensibilidad de las drogas que funcionan en este

tipo de sistemas sería explicado por lo anterior mencionado. Y los fármacos psicoestimulantes y neurolépticos son capaces de potenciar los síntomas depresivos.

Trabajos experimentales describen evidencias claras, que las gp120 y Tat que son proteínas del VIH pueden causar consecuencias deletéreas en las neuronas de la dopamina.

Por último, existe más síntomas de otros trastornos mentales que pueden presentarse en pacientes con VIH y que no se sabría su origen o mecanismo, pero si hay un común denominador entre ellos que sería la falla o disminución del sistema inmunológico asociado a otros factores como los genéticos, sociales, psíquicos y constitucionales. En conclusión, la suma del mecanismo viral, comorbilidades infecciosas o de otra condición, efectos del estado de ánimo y las pocas actitudes negativas de la sociedad respecto al VIH (estigma) pueden originar síntomas depresivos o depresión(43).

ORIGEN Y EL PROGRESO A DEPRESIÓN EN INDIVIDUOS CON VIH/SIDA

La información ya analizada refiere que la depresión está relacionada con conductas de peligro y exposición a tener infección por el VIH, asimismo que el curso para VIH tiene una compatibilidad mayor para tener depresión, en las cuales se producen daño directamente a lesiones cerebrales a nivel subcortical, aislamiento prolongado como cuando se dio la pandemia del covid-19, depresión grave y el estrés prolongado(44).

Los medicamentos antirretrovirales están ligados a la depresión en individuos que viven con el VIH. El dolutegravir (inhibidor de la integrasa), también está el efavirenz (inhibidor de la transcriptasa inversa nucleótido) hay que tener en cuenta que las consecuencias adversas que da sistema nervioso central causando cansancio y alteración cognitiva. Hay otros fármacos asociados a

depresión que se usan en PVV, pero sí se discontinúa su uso se elimina la depresión, como la clonidina, propanolol, metoclopramida, corticoides, relajantes musculares y las sulfonamidas.

La neoplasia y las infecciones oportunistas están íntimamente relacionados con el contagio del VIH y alcanza a dar origen a clínica depresiva y depresión.(45)

SINTOMATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN MAYOR EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

Los pacientes que tiene VIH pueden mostrar niveles bajos de ánimo y sentimiento de tristeza, además no presentar emociones, ansiedad, irritables o están desanimados. El síntoma cardinal más importante es la variabilidad del estado de ánimo que al inicio no pueda diferenciar y en estos casos el paciente solicita la opinión y descripción de este cambio a otra persona que lo conoce para notarlo. Como se mencionó un hallazgo habitual es la variabilidad de las emociones que pueden ser distintas en intensidad según horarios, por ejemplo, el estado de ánimo alterado por la mañana pero que mejora en la tarde. La anhedonia es la ausencia o disminución por los placeres o actividades de la vida común, esto está relacionado frecuentemente a conductas poco gratificantes inducidas por el comer, actividad sexual y el dormir, también están los relacionados a la actividad como el vestirse, hobbies, socializar y el trabajo. La esencia vital de la vida en este tipo de personas está bloqueada o disminuida. Otro tipo de sintomatología puede ser la de sentimiento de culpa, la preocupación de ser malos o el de no merecer cosas, fatiga y dolor precordial.

Los síntomas neurovegetativos como problemas para conciliar el sueño, memoria, concentración y hambre. Los problemas de hambre o apetito constan en falta de sabor en la comida, el apetito puede reducirse o intensificarse. El sueño aborda el hipersomnio o el insomnio, son pacientes que duermen temprano y se despiertan muy temprano con el problema de

volver a conciliar el sueño. Los pacientes con alteración de memoria y concentración presentan confusión, desarrollo de pensamientos pausados y una memoria de corta duración. El suicidio es parte de la depresión y es clave para evitar estos tipos de pensamientos.

Las personas que conviven con el VIH y cursan con depresión, cuando presentan sintomatología depresiva que incluye síntomas somáticos variados como cefalea, síntomas gastrointestinales, cardíacos o del sistema musculoesquelético, astenia, tinnitus, mareos y vértigos, acuden a médicos infectólogo o internistas, pero también acuden al personal médico de los servicios primarios de atención. El insomnio unido a la fatiga son síntomas característicos de la depresión, de su progreso a gravedad, pero no de la infección de VIH o la variabilidad en recuento de CD4. Estos síntomas somáticos de la depresión requieren una evaluación y seguimiento psiquiátrico.(46)

TODO INICIA CON EL DIAGNÓSTICO DE VIH

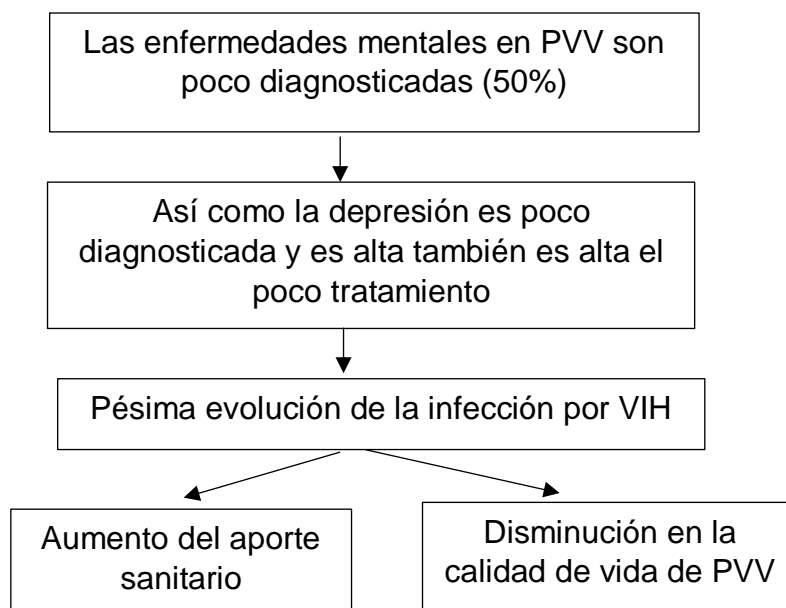
Según especialistas de psiquiatría y psicología en trastornos mentales y VIH, como De Mena junto a Jordi Blanch (Barcelona), con una visión clásica y clínica mencionan que desde que empieza el diagnóstico de VIH, se presentan muchas emociones de ansiedad y estrés que se asocia a la duda o perplejidad sobre el futuro.

El diagnóstico de VIH es el camino al límite de la profundidad para las enfermedades mentales; el VIH no solo es el anuncio de una enfermedad crónica no curable, se trata de combatir y luchar contra sentimientos de culpa por conductas de riesgo, exposición o inapropiadas además agregar el peso del tratamiento para toda la vida y las expectativas negativas por esto mismo (Blanch).

El VIH es una cruda realidad, cuya realidad algunas veces no es aceptada y no les gusta llevar a los pacientes diagnosticados, los pacientes tienen una carga que enfrentar en lo profesional, familiar y personal, y decidir si convivir con ello o simplemente ocultarlo. No obstante, el adelanto científico en la

terapéutica y el enriquecimiento de la calidad de vida, en lo físico u orgánico, en las áreas social y psicoafectiva se ven afectadas y también se encontrará plasmado en su vida (De Mena).

EFFECTO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES EN EL VIH



Fuente: Jordi Blanch (Hospital Clínica de Barcelona) "Infección VIH y Salud Mental"

Según el especialista, es importante que los profesionales de la salud que evalúan a personas que viven con VIH no solo logren cumplir los objetivos de disminuir la carga viral o que sea indetectable, sino también puedan destruir las barreras, eliminar el estigma o tabú y debemos preguntar sobre el estado de ánimo, sus emociones, sobre su actividad sexual, la relajación, sus relaciones de pareja, la familia y esto cuanto afecta a su calidad de vida.

Todo es consecuencia de lo otro; es decir una deficiente calidad de vida es un factor de exposición para tener algún trastorno mental; se habla mucho de la mala relación entre un deterioro de la salud mental y los problemas con la adherencia al tratamiento antirretroviral. Es importante el manejo adecuado de las enfermedades mentales para evitar una mala evolución de la infección del VIH (Blanch).

EFEECTO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Es importante conocer todos los antirretrovirales y sus efectos en PVV, ante todo por el posible efecto de estos sobre la salud mental. Hay antirretrovirales que son tóxicos y otros que no son tóxicos, hay algunos que se introducen en el cerebro y tiene un efecto negativo a nivel neurocognitivo; cabe resaltar que los efectos de los antirretrovirales es la depresión, insomnio, pesadillas o causar un conjunto de síntomas confusionales por combinación con otros medicamentos para la salud mental. Sabemos que el tratamiento crónico para PVV es crucial para la mejora calidad de vida y evitar infecciones oportunistas, pero también se debe incluir la sintomatología de la ansiedad, depresión o insomnio y que deben ser muy bien descritas por el paciente sin temor al rechazo o a la diferencia y así encontrar soluciones a la clínica (Blanch).(30)

HERRAMIENTA DE DETECCIÓN

Es importante evaluar los factores de viabilidad y administración del cuestionario para la detección de la depresión; como por ejemplo la cantidad de preguntas, puntajes, la capacidad y facilidad de lectura.

Según el Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales 5ta edición recomienda que el diagnóstico exacto de la enfermedad con cuestionario sea a través de una entrevista y sea estructurado utilizando criterios de la misma entidad. Las exploraciones metodológicas mencionan que el rendimiento de los instrumentos tipo cuestionario para la pesquisa de la depresión en centros de salud primaria presenta una alta especificidad y una baja sensibilidad sobre todo si se realizaban las encuestas con menos de dos palabras para el diagnóstico de depresión, pero también había trabajos de investigación con cuestionario menos de 10 preguntas que iba bien para identificar la enfermedad. En un conjunto de herramientas para la detección de la depresión en centros de salud, obtuvieron un 80 % en sensibilidad y 70

% especificidad de las cuales no se hubieron diferencias a nivel significativo para las herramientas de detección de la depresión.

Existe una serie de herramientas de detección de la depresión en la atención primaria cortos, sencillos de utilizar y manejados por el mismo paciente mientras espera la atención en medicina general dentro del centro de salud; entre las cuales tenemos el Cuestionario de Salud del Paciente -2, el Cuestionario de Salud del Paciente -9, el Índice de Bienestar y el Inventario de depresión de Beck para la atención primaria.(14)

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE -9 (PHQ-9):

Especificidad del 80% vs Sensibilidad del 85%. El puntaje es de cero a veintisiete, si el puntaje supera los 10 puntos, indica la posibilidad de depresión. Su utilidad es más precisa en comparación de otros cuestionarios, por su seguimiento en el tratamiento a pacientes con diagnóstico de depresión también porque tienen una pregunta que identifica la clínica de la depresión que afecta la vida cotidiana del paciente dentro de los criterios del Manual de Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Psíquicas. Este instrumento como también otros no tienen la capacidad de dar un diagnóstico definitivo de depresión y si la puntuación es mayor de 10 para el diagnóstico de la enfermedad que refleja un 40% de valor predictivo positivo; los falsos positivos que puede eludir otros diagnóstico parecido y retrasar el diagnóstico de depresión (alcoholismo, ansiedad, y un subtipo de depresión); mientras que un puntaje menor de diez en este cuestionario presenta un 90% de valor productivo negativo. (47)

2.3 Marco Conceptual

1. Depresión: Con conceptos múltiples, que puede distorsionar su contenido, este consta de:

- **Estado de ánimo:** Este estado disfórico de depresión es resultado común de un proceso adaptativo a una pérdida, ruptura amorosa o frustración, incluso pues estar dentro de síndromes psicológicos y patológicos a otras afecciones de salud. Son sentimiento de ansiedad, tristeza, vano, desaliento, desilusión; también llanto o simplemente no expresar sentimientos.
 - **Trastorno mental:** es una sintomatología diferente. En la depresión mayor como síndrome incluye otros trastornos; la depresión unipolar (mayor), depresión bipolar, esquizofrenia o depresión a causa de fármacos o sustancias y depresión de origen médico.
 - **Síndrome:** Es un conjunto de síntomas y signos dentro de las cuales etas el nivel de ánimo como depresión menor (T.D. persistente), depresión mayor(48).
2. **VIH:** Virus de inmunodeficiencia humana, que invade al sistema inmune y deteriora a las células de defensa que luchan frente a las infecciones(49).
 3. **SIDA:** Es una agrupación de síntomas que provienen de la disminución de la competencia defensiva del sistema inmunológico, dada también por efectos de las infecciones por el virus y resultado de término del VIH(50).
 4. **Carga viral:** (copias/ml) Es el escrutinio del número de réplicas del VIH que se encuentran recorriendo el plasma sanguíneo. Se calcula con el número de replicas por ml de plasma.(34)
 5. **Recuento de CD4:** La técnica es a través de la citometría. El recuento de las células de CD4 positivo en personas con VIH se encuentra entre los valores de 800 – 1400 cel/ml y este conteo es resultado de 3 constates como el cálculo general de leucocitos, el tanto por ciento de células linfocíticas y el conteo por ciento de linfocitos que dispone del antígeno CD4(51).

- 6. Estadios de VIH /SIDA:** Este sistema de clasificación para el VIH de acuerdo con la OMS, esto da origen a características clínicas y tiene gran funcionalidad en países en desarrollo con bajos recursos para determinar el conteo de células CD4 y obtener resultados positivos o la cantidad numérica de la carga viral como sucede en Asia y África(52).
- 7. Agente de soporte personal:** Es una persona perteneciente al ambiente personal o familiar, elegida por el paciente que vive con VIH y el objetivo es ofrecerle compañía, control emocional, apoyo y facilidades para mejorar la adaptación al tratamiento y también a realizar otras tareas.(34)
- 8. Consumo de drogas :** Se conoce como adicción a las drogas, o drogadicción, al consumo frecuente de estupefacientes, a pesar de saber las consecuencias negativas que producen. Entre otras cosas, modifican el funcionamiento del cerebro y su estructura, provocando conductas peligrosas.
- 9. Tratamiento Antirretroviral(TARV):** Es el uso de dos o más antivirales combinables causando que el volumen viral disminuya en la sangre incluso lograr valores nulos o sin cifras detectables, lo cual lleva a que las personas que viven con VIH recuperen su inmunidad.(34)
- 10. Infecciones oportunistas:** En la etapa terminal de SIDA, inicia la existencia de estas infecciones oportunistas característicos y cáncer que cumplen el discernimiento para el SIDA y también se expresa a nivel laboratorial por el conteo viral en la sangre y los valores pueden alcanzar millones de copias por mililitro de la cadena RNA y reducción del conteo de células de CD4 a una cantidad menor de 200 células(52).
- 11. Infecciones transmisión sexual:** Es un conjunto de enfermedades de origen infecciosa y variada, que la característica es importante desde lo epidemiológico. La variedad de contagio se puede dar entre la transmisión

vertical o administración de medicamentos sustancias toxicas. Las ITS más frecuentes están la gonorrea, sífilis, tricomoniasis e infección por clamidia(53).

12. Efectos adversos del TARV: Era claro que cuando ingresaron por primera vez los antirretrovirales y que tuvieron efectividad frente al VIH, no podía dejar de lado la toxicidad propia de los componentes antivirales. Además, estos efectos tóxicos y adversos se deben al uso prolongado del fármaco para tratar de manera indefinida el VIH. Los efectos tóxicos se juntan en el tiempo(54).

13. Estigma y discriminación: Estigma, este término se usa como cualidad del yo interno en el que se encuentra descalificado, el termino también es un desarrollo social, que se somete a las circunstancias de colectividad que son afectados por otros elementos o factores como la etiqueta, la devaluación, el estereotipo y discriminación(55).

14. Cuestionario PHQ-9: Es un tipo de escala medible y se usa como herramienta para detección de trastornos depresivos, usando cuestionarios de autovaloración sobre síntomas depresivos. También puede clasificar la gravedad del cuadro clínico de depresión(47).

2.4 HIPÓTESIS

2.1.1. Hipótesis General

- **H (1):** Existen factores asociados para desarrollar depresión mayor en pacientes que viven con VIH /SIDA que reciben tratamiento antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre a noviembre del 2022.

- **H (0):** No existe factores asociados para desarrollar depresión mayor en personas que viven con VIH /SIDA en tratamiento antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre a noviembre del 2022.

2.1.2. Hipótesis Especificas

H (0): No existe asociación entre los factores clínicas - inmunológicas y la depresión en personas que viven con VIH/SIDA en terapia antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre a noviembre del 2022.

H (0): No existe asociación entre los factores psicosociales y la depresión en personas que viven con VIH/SIDA en terapia antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre a noviembre del 2022.

H (0): No existe asociación entre la duración del tratamiento antirretroviral y la depresión en personas que viven con VIH/SIDA en terapia antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre a noviembre del 2022.

H (0): No existe asociación entre los efectos adversos del TARV y la depresión en personas que viven con VIH/SIDA en terapia antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre a noviembre del 2022.

H (0): No existe asociación entre el tiempo de diagnóstico de VIH y la depresión en personas que viven con VIH/SIDA en terapia antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre a noviembre del 2022.

2.5 VARIABLES

- **Variable Dependiente** : Depresión Mayor

- **Variable Independiente** : Factores Asociados
 - Factores psicosociales
 - Factores clínicas- inmunológicos
 - Factor tratamiento antirretroviral
 - Factor efectos adversos del TARV
 - Factor tiempo de diagnóstico de VIH

2.6 Definición de conceptos operacionales

1. Depresión mayor: Probable diagnóstico encontrado según los resultados de encuesta para la detección de depresión llenado por paciente que vive con VIH.

2. Características sociodemográficos: Son cualidades representadas por edad, sexo, estado civil, ingresos económicos, empleo, lugar de nacimiento, grado de instrucción.

3. Factores psicosociales: Está representado por la identidad sexual, cohabitación, consumo de drogas, agente de soporte personal, diagnóstico revelado y estigma.

- **Cohabitación:** si paciente con VIH / SIDA viven en su hogar solo o con otras personas.

- **Agente de soporte personal:** si paciente cuenta o no con ayuda y apoyo con relación al VIH/SIDA.

- **Consumo de Drogas** : si las personas que viven con VIH consumen o no drogas.

- **Estigma:** Si las personas con VIH se han sentido o no discriminado y rechazado.

4. Factores clínicos – inmunológicos: Incluye el recuento de células CD4, carga viral, infecciones oportunistas, infecciones transmisión sexual.

- **Recuento de células CD4:** valores de los últimos 6 meses que pueden ser > 500, 350 – 499, 200 – 349 y < 200.
- **Carga viral:** si es detectable o indetectable, los valores menores de 50 copias se llamará carga viral indetectable.
- **Infecciones oportunistas :** Si las personas con VIH tuvieron o no este tipo de infecciones en los últimos 3 meses
- **Infecciones de transmisión sexual :** Si las personas con VIH tuvieron o no infecciones de transmisión sexual en los últimos 3 meses.

5. Factores relacionados la VIH: incluye efectos adversos del TARV, duración del tratamiento antirretroviral y el tiempo de diagnóstico de VIH/sida.

- **Efectos adversos del TARV :** o evento adverso, es el efeto indeseado que sucede tras la administración del fármaco antirretroviral a dosis terapéutica o profiláctica.
- **Duración del tratamiento antirretroviral :** La persona que vive con VIH presenta tratamiento mayor o menor a los 10 años.
- **Tiempo de diagnóstico del VIH :** Información registrada de la persona que vive con VIH que pueden tener tiempo de diagnóstico : < 1 año, 1 a 5 años ,5 a 10 años o > 10 años

6. Cuestionario PHQ-9: herramienta para detección de depresión, cuando el puntaje es igual o mayor de 10 puntos.

7. Rangos de puntuación de depresión: El cuestionario PHQ-9 tienes grados de depresión. 5-9: D. Leve; 10-14: D. moderada; 15-19: D. moderadamente grave; ≥ 20 : D. grave.

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO METODOLOGICO

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACION

La investigación es cuantitativo, no experimental, transversal y prospectivo.

- **Cuantitativo:** De acuerdo con las variables utilizadas según las técnicas y procesos estadísticos, estas variables medibles brindan resultados numéricos por lo tanto obtendremos conclusiones al paralelo según las hipótesis planteadas.
- **No experimental :** en este trabajo de investigación no se evaluará intervenciones entre variables o manipulación intencional de estas variables.
- **Transversal:** El estudio se trabajará mediante el uso de una sola medición que se realizará en un determinado tiempo.
- **Prospectivo:** Los eventos a estudiar sucederán después de iniciar el estudio.

3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACION

- Según el nivel de investigación es explicativo, correlacional

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: la población estará conformada por 255 pacientes que viven con VIH, que fueron atendidos por consultorio externos de medicina en horario especializado del centro de salud lince de septiembre a noviembre del 2022.

Criterio de inclusión :

- Pacientes que tienen depresión mayor con puntaje ≥ 5 por el cuestionario PHQ-9.
- Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de VIH/SIDA.
- Pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA de ambos sexos.
- Pacientes que reciben tratamiento antirretroviral ≥ 3 meses en el Centro de Salud Lince.
- Pacientes que serán estudiados en los meses de septiembre a noviembre del 2022.
- Pacientes con VIH /SIDA que deseen participar en la investigación.

Criterios de exclusión :

- Pacientes con depresión diagnosticado con otro instrumento o cuestionario.
- Pacientes con VIH /SIDA que no deseen participar en la investigación.
- Paciente que estén en un proceso de duelo de 3 meses
- Pacientes en periodo posparto.

Muestra: Formado por la totalidad de 195 pacientes que viven con VIH de la población inicial según los criterios de inclusión y exclusión.

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La información será recolectada por el investigador de forma presencial dentro del centro de salud Lince en los horarios de atención especificada para este tipo de población , se usará primero una ficha de recolección de datos llenados por el paciente que incluyen datos sociodemográficos, datos psicosociales y datos clínicos relacionados al VIH /SIDA como la presencia de infecciones oportunistas o infecciones de transmisión sexual , tiempo de tratamiento antirretroviral, efectos adversos del tratamiento antirretroviral y tiempo de diagnóstico de VIH .Luego se usara del cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) . También se obtendrán datos inmunológicos de las historias clínicas del paciente sobre el recuento de CD4 y carga viral actualizados.

Para determinar la presencia de depresión mayor en los pacientes que viven con VIH/SIDA se utilizará el Patient Health Questionnaire–9 (PHQ-9). Esta herramienta es auto administrada , de respuesta rápida y que no requiere permiso para distribuir, reproducir, traducir o exhibir. Fue desarrollada por los médicos Robert L,Spitzer, Kurt Kroenke , Janet BW Williams y otros colegas más con subvención educativa de Pfizer. Inc. (56)

Fue validada en distintos países latinoamericanos como Colombia y Chile con un coeficiente de confiabilidad de Cronbach de 0,830 y 0,835 respectivamente. En nuestro país la fiabilidad del cuestionario (PHQ-9) fue optima con una valoración de 0,87, es decir es una herramienta validada por expertos y de uso para el diagnóstico de depresión mayor en la población peruana(57)

3.4 Diseño de recolección de datos

Todo lo procesado será registrado en métodos de procesamientos de datos actualizados como los programas SPSS versión 25.0, Excel Microsoft 2019 y con el sistema operativo de Windows 2019. Además, la técnica es el análisis documental para la ficha de recolección de datos, mientras que el cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) se usara de forma autoadministrada, este consta de 9 ítems que incluye criterios para el diagnóstico de depresión mayor

según la Asociación Estadounidense de Psiquiatría , quinta edición (DMS-5).La investigación se realizará primero con la aprobación del comité de ética de la Universidad Privada San Juan Bautista , posteriormente se coordinara con las autoridades y médicos responsables del centro de salud Lince para el inicio de la ejecución del proyecto de investigación y así obtener información de la muestra del presente estudio, para la obtención de dato se le entregara a cada participante un cuestionario validado, impreso y autoadministrado en la cual recibirán explicación previa al llenado y el investigador estará a la expectativa para resolver dudas durante el auto llenado.

Al finalizar se registrará toda la información en la hoja de cálculo de Excel 2019 junto al sistema operativo Windows 2019. Para mantener la información más segura se creará una base de datos en Google drive.

3.5 Procesamiento y análisis de datos

De acuerdo con el procesamiento y análisis de datos se utilizó el sistema estadístico SPSS v.26 para el ingreso de la información recolectada, se empleó tablas de frecuencias junto a porcentajes. También para la asociación de las variables categóricas se utilizará el valor de Chi cuadrado.

3.6 Aspectos éticos

La información que se recopilará en el presente estudio a través de encuestas, cumple con los principios éticos de la investigación que incluye el respeto y la protección de la salud de las personas ya que la información será recolectada con estricta confidencialidad y se usaran códigos numéricos de identificación para su anonimato, la información completa será trasladada a una base de datos virtual segura, en la que tendrán acceso restringido solo para personas involucradas con la investigación como el autor de la investigación , médico general responsable del programa de VIH y el médico asesor del proyecto de investigación. Se cumple con la autonomía, ya que los participantes tendrán la capacidad de elegir y responder de manera individual, de beneficencia ya que el objetivo es prevenir la depresión y mejorar la calidad de vida en

pacientes con VIH, de justicia por que la investigación se realizará con un fin común o de igualdad para los participantes y de no maleficencia por no dañar la salud de los pacientes que conviven con el VIH /SIDA. Con lo mencionado anteriormente cabe resaltar que podría existir exposición psicológica o incomodidad por algunas de las preguntas para el diagnóstico de depresión, pero el participante está libre de discontinuar resolviendo las preguntas para evitar problemas en su salud mental. El presente estudio fue ejecutado después de haber obtenido una respuesta positiva por parte de las autoridades pertenecientes al Comité de ética con numero de constancia N° 14 67 2022 – CIEI de nuestra institución académica UPSJB.

CAPÍTULO IV: ANALIS DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

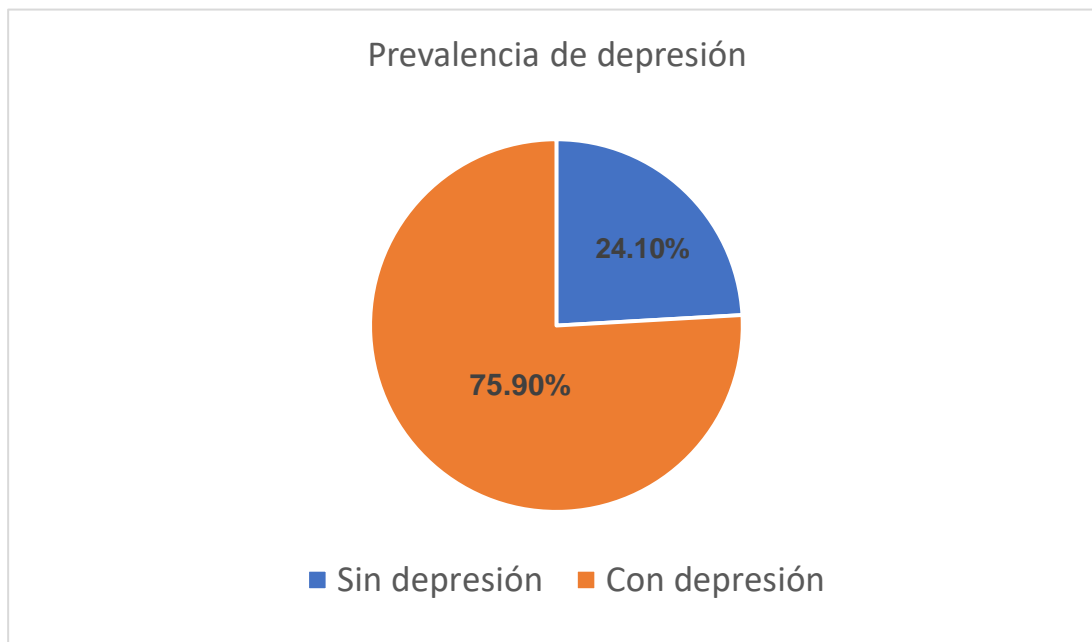
Tabla 1. Características sociodemográficas más frecuentes en personas que viven con VIH /SIDA en tratamiento antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre a noviembre del 2022.

	M DS	N	%
Edad	31.17 ± 9.939		
Grupo de Edad	De 18 a 29 años	105	53.8 %
	De 30 a 49 años	75	38.5 %
	≥ 50 años	15	7.7 %
Género	Femenino	9	4.6 %
	Masculino	186	95.4 %
Área de procedencia	Urbano	78	40.0 %
	Rural	73	37.4 %
	Extranjero	44	22.6 %
Estado civil	Soltero	163	83.6 %
	Casado	3	1.5 %
	Conviviente	22	11.3 %
	Divorciado	5	2.6 %
	Viudo	2	1.0 %
Ingresos económicos	Alto	3	1.5 %
	Intermedio	133	68.2 %
	Bajo	59	30.3 %
Empleo	Trabaja	158	81.0 %
	No trabaja	17	8.7 %
	Estudia	9	4.6 %
	Trabaja y Estudia	11	5.6 %
Grado de Instrucción	Primaria	10	5.1 %
	Secundaria	69	35.4 %
	Técnico	44	22.6 %
	Universitario	72	36.9 %

Fuente :Encuesta (parte I) para características sociodemográficas.

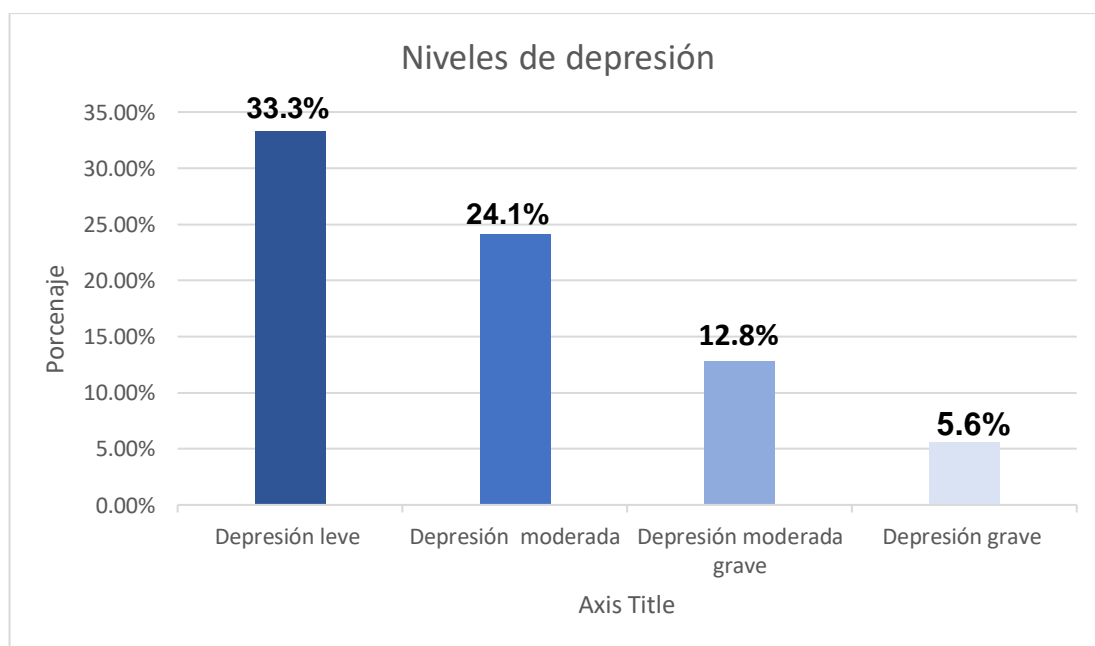
Interpretación : En la tabla 1 se presenta las características sociodemográficas más frecuentes en personas que viven con VIH /SIDA en tratamiento antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre a noviembre del 2022. Con respecto a la edad la media es de 31.17 años con una desviación estándar de 9.94 años; en cuanto a grupos de edad, tenemos que el 53.8 % (105) tiene de 18 a 29 años, el 38.5% (75) tiene de 30 a 49 años y el grupo de 50 a más años tiene un 7.7% (15). En el género el 95.4 % (186) son masculinos y 4.6 % (9) son de género femenino. Por el área de procedencia se tiene que el urbano representa el 40% (78), el rural tiene un 37.4% (73) y extranjero en un 22.6% (44). En el estado civil, el soltero tiene un 83.6% (163), seguido del conviviente con un 11.3% (22), y divorciado, casado y viudo tienen el 2.6 % (5), 1.5% (3) y 1.0% (2) respectivamente. Valorando los ingresos, el 68.2% (133) tienen ingresos intermedios, el 30.3% (59) tienen ingresos bajos y solo el 1.5% (3) tienen ingresos altos. Finalmente, en cuanto a empleo, tenemos que el 81.0% (158) trabaja, el 8.7% (17) no trabaja, el 5.6% (11) trabaja y estudia y solo el 4.6 % (9) estudia. Por el grado de instrucción, el 36.9% (72) tiene grado universitario, el 35.4 % (69) tiene secundaria, el grado técnico está en el 22.6 % (44) y la primaria en el 5.1 % (10).

Gráfico 1. Prevalencia de depresión en personas que viven con VIH/SIDA en tratamiento antirretroviral en el Centro de Salud Lince.



Fuente: Encuesta (parte II) para detección de depresión con el cuestionario PHQ-9

Gráfico 2. Nivel de depresión en personas que viven con VIH/SIDA en tratamiento antirretroviral en el Centro de Salud Lince.



Fuente: Encuesta (parte II) para detección de depresión con el cuestionario PHQ-9

Interpretación: Se observa que el 75.9 % (148) tuvieron algún grado de depresión en personas que viven con VIH /SIDA en tratamiento antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre a noviembre del 2022. La depresión leve está presente en un 33.3 % (65), la depresión moderada en un 24.1 % (47), la depresión moderada grave en un 12.8% (25) y la depresión grave en 5.6% (11). Las personas sin depresión representan un 24.1% (47)

Tabla 2. Asociación entre los factores clínicas - inmunológicas y la depresión en personas que viven con VIH /SIDA en tratamiento antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre a noviembre del 2022.

		Sin Depresión 47 (24.1%)	Con Depresión 148 (75.9%)	Prueba Estadística	Valor de p
		N° (%)	N° (%)		
Recuento de CD4	≥ 500 copias /mm3	20 (42.6%)	74 (50.0 %)	0.923*	0.63
	De 200 a 499 copias /mm3	26 (55.3%)	70 (47.3%)		
	≤ 200 copias /mm3	1 (2.1%)	4 (2.7%)		
Carga Viral	Detectable	14 (29.8%)	62 (41.9%)	2.198*	0.138
	Indetectable	33 (70.2%)	86 (58.1%)		
Infecciones oportunistas	Si	3 (6.4%)	18 (12.2%)	1.240*	0.266
	No	44 (93.6%)	130 (87.8%)		
ITS	Si	18 (38.3%)	52 (35.1%)	0.155*	0.694
	No	29 (61.7%)	96 (64.9 %)		

Fuente: Historias clínicas del servicio de atención a PVVS

* Prueba de Chi Cuadrado

Interpretación : Se observa que con respecto al recuento de CD4: en el grupo sin depresión, el 42.6 % (20) tenía de 500 a más copias/mm3, el 55.3% (26) tenía de 200 a 499 copias/mm3 y el 2.1 % (1) 200 a menos copias/mm3; en el grupo con depresión el 50.0 % (74) tenía de 500 a más copias/mm3, el 47.3% (70) tenía de 200 a 499 copias/mm3 y el 2.7 % (4) 200 a menos copias/mm3, la prueba del Chi Cuadrado nos da un valor de 0.923 con un valor de p de 0.63, lo que permite concluir que no existen diferencias

significativas, porque el valor de p es mayor de 0.05. Al evaluar la carga viral: en el grupo sin depresión, el 29.8 % (14) la carga viral es detectable, el 70.2% (33) la carga viral no es detectable; en el grupo con depresión, el 41.9 % (62) la carga viral es detectable, el 58.1% (86) la carga viral no es detectable, la prueba del Chi Cuadrado nos da un valor de 2.198 con un valor de p de 0.138, lo que permite concluir que no existen diferencias significativas, porque el valor de p es mayor de 0.05. Cuando se considera la presencia de infecciones oportunistas: en el grupo sin depresión, 6.4 % (3) tienen infecciones oportunistas y en el 93.6% (44) no hay presencia de infecciones oportunistas; en el grupo con depresión, 12.2 % (18) tienen infecciones oportunistas y en el 87.8% (130) no hay presencia de infecciones oportunistas, la prueba del Chi Cuadrado nos da un valor de 1.240 con un valor de p de 0.266, lo que permite concluir que no existen diferencias significativas, porque el valor de p es mayor de 0.05. Considerando la presencia de ITS: en el grupo sin depresión, 38.3 % (18) tienen ITS y en el 61.7% (29) no hay presencia de ITS; en el grupo con depresión, 35.1 % (52) tienen ITS y en el 64.9% (96) no hay presencia de ITS, la prueba del Chi Cuadrado nos da un valor de 0.155 con un valor de p de 0.694, lo que permite concluir que no existen diferencias significativas, porque el valor de p es mayor de 0.05.

Tabla 3. Asociación entre los factores psicosociales y la depresión en personas que viven con VIH/SIDA en terapia antirretroviral en el centro de salud lince, septiembre a noviembre del 2022.

		Sin Depresión 47 (24.1%)	Con Depresión 148 (75.9%)	Prueba Estadística	Valor de p
		N° (%)	N° (%)		
Identidad Sexual	Homosexual	24 (51.1%)	81 (54.7%)	12.521*	0.014
	Heterosexual	4 (8.5 %)	19 (12.8%)		
	Transexual	4 (8.5 %)	30 (20.3%)		
	Bisexual	13 (27.7%)	17 (11.5%)		
	Otro	2 (4.3%)	1 (0.7%)		
Cohabitación	Solo	10 (21.3%)	57 (38.5%)	5.695*	0.127
	Familiares	22 (46.8%)	51 (34.5%)		
	Amigos	7 (14.9%)	24 (16.2%)		
Consumo de drogas	Pareja	8 (17.0%)	16 (10,8%)	1.812*	0.170
	Si	9 (19.1%)	17 (11.5%)		
	No	38 (80.9%)	131 (88.5%)	1.036*	0.309
	Agente de soporte personal	Si	30 (63.3%)		
Diagnóstico revelado	No	17 (36.2%)	66 (44.6%)	2.313*	0.678
	Nadie	7 (14.9%)	28 (18.9%)		
	Amigo	11 (23.4%)	40 (27.0%)		
	Familiar	17 (36.2%)	49 (33.1%)		
	Pareja	12 (25.5%)	28 (18.9%)		
Estigma	Otro	0 (0.0%)	3 (2.0%)	4.065*	0.044
	Si	7 (14.9%)	44 (29.7%)		
	No	40 (85.1%)	104 (70.3%)		

Fuente: Encuesta para factores psicosociales (parte I)

* Prueba de Chi Cuadrado

Interpretación : Observamos que con respecto a la identidad sexual: en el grupo sin depresión, el 51.1 % (24) son homosexuales, el 8.5% (4) son heterosexuales, en el 8.5% (4) son transexuales, en el 27.7% (13) son bisexuales y en el 4.3 % (2) refieren otra identidad sexual; en el grupo con depresión el 54.7 % (81) son homosexuales, el 12.8% (19) son heterosexuales, en el 20.3% (30) son transexuales, en el 11.5% (17) son bisexuales y en el 0.7 % (1) refieren otra identidad sexual, la prueba del Chi Cuadrado nos da un valor de 12.521 con un valor de p de 0.014, lo que permite concluir que existen diferencias significativas, porque el valor de p es menor de 0.05. Al evaluar la cohabitación, en el grupo sin depresión, el 21.3 % (10) son solos, el 46.8% (22) cohabitan con familiares, en el 14.9% (7) cohabitan con amigos y en el 17.0% (8) cohabitan con la pareja; en el grupo con depresión el 38.5 % (57) son solos, el 34.5% (51) cohabitan con familiares, en el 16.2% (24) cohabitan con amigos y en el 10.8% (16) cohabitan con la pareja, la prueba del Chi Cuadrado nos da un valor de 5.695 con un valor de p de 0.127, lo que permite concluir que no existen diferencias significativas, porque el valor de p es mayor de 0.05. Considerando la variable consumo de drogas, en el grupo sin depresión, el 19.1 % (9) consumen drogas y el 80.9% (38) no consumen drogas; en el grupo con depresión el 11.5 % (17) consumen drogas y el 88.5% (131) no consumen drogas, la prueba del Chi Cuadrado nos da un valor de 1.812 con un valor de p de 0.170, lo que permite concluir que no existen diferencias significativas, porque el valor de p es mayor de 0.05. Evaluando la variable agente de soporte personal, en el grupo sin depresión, el 63.3% (30) tienen agente de soporte personal y el 36.2% (17) no tienen agente de soporte personal; en el grupo con depresión el 55.4% (82) tienen agente de soporte personal y el 44.6% (66) no tienen agente de soporte personal, la prueba del Chi Cuadrado nos da un valor de 1.036 con un valor de p de 0.309, lo que permite concluir que no existen diferencias significativas, porque el valor de p es mayor de 0.05. Considerando la variable diagnóstico revelado tenemos que en el grupo sin depresión, el 14.9 % (7) el diagnóstico no lo revelaron a nadie, el 23.4% (22) le revelaron a un amigo, en el 36.2% (17) le revelaron a un familiar, 25.5% (12) le revelaron a su pareja y no refieren

haber revelado el diagnóstico a otro 0.0% (0); en el grupo con depresión el 18.9 % (28) el diagnóstico no lo revelaron a nadie, el 27.0% (40) le revelaron a un amigo, en el 33.1% (49) le revelaron a un familiar, 18.9% (28) le revelaron a su pareja y refieren haber revelado el diagnóstico a otro en un 2.0% (3), la prueba del Chi Cuadrado nos da un valor de 2.313 con un valor de p de 0.678, lo que permite concluir que no existen diferencias significativas, porque el valor de p es mayor de 0.05. Finalmente, con la variable estigma, en el grupo sin depresión, el 14.9% (7) refieren presencia de estigma y en el 85.1% (40) no hay presencia de estigma; en el grupo con depresión el 29.7% (44) refieren presencia de estigma y en el 70.3% (104) no hay presencia de estigma, la prueba del Chi Cuadrado nos da un valor de 4.065 con un valor de p de 0.044, lo que permite concluir que existen diferencias significativas, porque el valor de p es menor de 0.05.

Tabla 4. Asociación entre la duración del tratamiento antirretroviral y la depresión en personas que viven con VIH/SIDA y en terapia antirretroviral en el centro de salud lince, septiembre a noviembre del 2022.

	Sin Depresión 47 (24.1%) N° (%)	Con Depresión 148 (75.9%) N° (%)	Prueba Estadística	Valor de p
Menos de 1 año de tratamiento	14 (29.8%)	61 (41.2%)	1.969*	0.161
De 1 a más años de tratamiento	33 (70.2%)	87 (58.8%)		

Fuente: Encuesta (parte I) relacionados a VIH y TARV

* Prueba de Chi Cuadrado

Interpretación : Observamos que, en el grupo sin depresión, el 29.8 % (14) tienen menos de 1 año de tratamiento y en el 70.2% (33) el tratamiento es de 1 a más años; en el grupo con depresión el 41.2 % (61) tienen menos de 1 año de tratamiento y en el 58.8% (87) el tratamiento es de 1 a más años, la prueba del Chi Cuadrado nos da un valor de 1.969 con un valor de p de 0.161, lo que permite concluir que no existen diferencias significativas, porque el valor de p es mayor de 0.05.

Tabla 5. Asociación entre los efectos adversos del TARV y la depresión en personas que viven con VIH/SIDA en terapia antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre a noviembre del 2022.

	Sin Depresión	Con Depresión	Prueba Estadística	Valor de p
	47 (24.1%) N° (%)	148 (75.9%) N° (%)		
Presencia de efectos adversos	6 (12.8%)	17 (11.5%)	0.056*	0.813
Sin presencia de efectos adversos	41 (87.2%)	131 (88.5%)		

Fuente: Encuesta (parte I) relacionados a VIH y TARV

* Prueba de Chi Cuadrado

Interpretación : Observamos que, en el grupo sin depresión, el 12.8 % (6) tienen presencia de efectos adversos y en el 87.2% (41) no tienen presencia de efectos adversos; en el grupo con depresión el 11.5% (17) tienen presencia de efectos adversos y en el 88.5% (41) no tienen presencia de efectos adversos, la prueba del Chi Cuadrado nos da un valor de 0.056 con un valor de p de 0.813, lo que permite concluir que no existen diferencias significativas, porque el valor de p es mayor de 0.05.

Tabla 6. Asociación entre el tiempo de diagnóstico de VIH y la depresión en los pacientes que viven con VIH/SIDA que reciben terapia antirretroviral en el centro de salud lince septiembre a noviembre del 2022.

	Sin Depresión	Con Depresión	Prueba Estadística	Valor de p
	47 (24.1%) N° (%)	148 (75.9%) N° (%)		
Menos de 1 año de diagnóstico	14 (29.8%)	60 (40.5%)	3.013*	0.390
De 1 a 5 años de Diagnóstico	28 (59.6%)	76 (51.4%)		
De 6 a 10 años de diagnóstico	3 (6.4%)	10 (6.8%)		
De más de 10 años de Diagnóstico	2 (4.3%)	2 (1.4%)		

Fuente: Encuesta (parte I) relacionados a VIH y TARV

* Prueba de Chi Cuadrado

Interpretación : Observamos que, en el grupo sin depresión, el 29.8 % (14) tienen menos de 1 año de diagnóstico de VIH, el 59.6% (28) tenían de 1 a 5 años de diagnóstico de VIH, el 6.4 % (3) tenían de 6 a 10 años de diagnóstico de VIH y en el 4.3% (2) el tiempo del diagnóstico de VIH es de más de 10 años; en el grupo con depresión el 40.5 % (60) tienen menos de 1 año de diagnóstico de VIH, el 51.4% (76) tienen de 1 a 5 años de diagnóstico de VIH, el 6.8% (10) tenían de 6 a 10 años de diagnóstico de VIH y en el 1.4% (2) el tiempo del diagnóstico de VIH es de más de 10 años, la prueba del Chi Cuadrado nos da un valor de 3.013 con un valor de p de 0.390, lo que permite concluir que no existen diferencias significativas, porque el valor de p es mayor de 0.05.

Tabla 7. Factores asociados más frecuente para desarrollar depresión mayor en personas que viven con VIH /SIDA en tratamiento antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre a noviembre del 2022.

Variables	Prueba Estadística	Valor de p
Factores Psicosociales		
Identidad Sexual	12.521*	0.014
Estigma	4.065*	0.044

Fuente: Encuesta (parte I y II)

* Prueba de Chi Cuadrado

Interpretación : Tenemos los factores asociados más frecuentes para desarrollar depresión mayor en personas que viven con VIH /SIDA en tratamiento antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre a noviembre del 2022. Solo los factores Psicosociales como identidad sexual y estigma están asociados con la depresión. La prueba de Chi Cuadrado que se aplicó para valorar la significancia estadística presentó un valor de $p < 0.05$.

4.2. DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados del estudio realizado, en lo que respecta las características sociodemográficas, encontramos que la edad promedio de estos pacientes fue de 31.17 años, el 40% procedía del área urbana y el 81% de las personas que viven con VIH se encontraban trabajando. Además ,esta población fue de predominio masculino con un 95.4%, sobre el femenino con un 4.6%.Del mismo modo y con valores próximos; en el estudio desarrollado por **Sinchez R, y Col.** la edad promedio fue 38.5 años y el género predominante fue el sexo masculino⁽¹⁶⁾. Además, para **Renata K, y Col.** y **Hurtado F, y Col.** el sexo masculino fue predominante en un 51% y 65% respectivamente⁽²²⁾⁽²⁴⁾.Sin embargo, nuestro estudio difiere con algunos autores internacionales como de **Olurem E, y Col.** en cuanto la parte sociodemográfica que el promedio de edades de los participantes en su estudio fue de 43,1 años⁽⁹⁾. Así mismo, el género que tuvo predominancia fue

el sexo femenino con un 68%. De igual forma para **Haile A, y Col.** los pacientes de su estudio fueron mujeres que representan el 62%, también el 37% eran mayores de 40 años ⁽¹⁴⁾ y para **Kezang T, y Col.** destaca que la edad promedio de su población fue de 40 años y con preponderancia las de sexo femenino⁽¹⁹⁾. Resaltando la conclusión de los resultados de edad y sexo; el estudio actual presenta mayor cantidad de hombres, siendo superior a la de mujeres y sobre todo en regiones latinoamericanas donde probablemente esto se deba al predominio de la transmisión homosexual, los cuales tienen la tendencia a tener mayor número de parejas sexuales sin protección, pero esta situación va variando a nivel mundial en la que influye mucho la cultura⁽¹⁹⁾. Las edades promedio fueron variadas, tanto en investigaciones nacionales e internacionales, pero las edades varían de entre 30 a 40 años, de lo cual se puede mencionar que las diferencias no son lejanas ya que es una etapa madura con mayor carga económica-social, con estilos de vida y comportamientos de responsabilidad, con respecto a asumir el peso de una enfermedad y acudir a los centros de salud⁽¹⁴⁾.

Continuando con la característica sociodemográfica del presente estudio, los participantes procedían del área urbano con un 40% y lo interesante fue la cuota de más del 20% de extranjeros; los participantes eran solteros en más del 80 % con ingresos intermedios, un 81% se encontraban laborando y tenían un nivel universitario completo del 36.9%. similar a otros autores internacionales como **Haile A, y Col.** con porcentajes similares en las que sus participantes que eran solteros provenían de áreas urbanas, trabajan por su cuenta y tenían un ingreso intermedio de 500 a 1000 birr etíopes⁽¹⁴⁾. Por otro lado, los autores **Alexandra M, y Col** menciona que el grado de instrucción predominante fue de secundaria completa ⁽²¹⁾ similar también al autor **Renata K, y Col.** en su estudio mencionaba que el nivel de estudio era educación media completa y con salarios mínimos de sus pacientes (88%)⁽²²⁾.

En Perú el autor **Humberto M, y Col.** menciona que un 49% de sus participantes tenían secundaria completa, eran solteros y trabajan en más del 50 % y 51% respectivamente ⁽²⁵⁾. Las conclusiones similares de estas características son que los pacientes que viven con VIH están solteros, con

secundaria completa y se encuentran trabajando, y esto se deba a la situación económica que se viva actualmente, donde los jóvenes salen de la escuela y van directamente al mundo laboral en la que se ve mellada más aun con su condición de salud por eso los ingresos mínimos y solteros se deba posiblemente a la falta de apoyo de una pareja al saber el diagnóstico de VIH⁽²⁵⁾.

El presente estudio analizó los resultados : Se demostró la prevalencia de depresión mayor, con un valor representativo del 75.9%, encontrándose al estudio con porcentaje más cercano al del autor **Yitayish D, y Col.** con una prevalencia del 59%⁽¹⁸⁾, probablemente por la realización del estudio en un centro de atención primaria y la utilización del cuestionario PHQ-9.⁽¹⁸⁾ Sin embargo, la prevalencia encontrada en nuestro estudio es mayor en comparación al estudio del autor **Oluremi E, y Col.** que mencionó un 24%⁽¹⁵⁾, aparte de otros autores internacionales como **Haile A, y Col.** con prevalencia del 38%⁽¹⁴⁾ y el autor **Abdullah A, y Col.** con una prevalencia del 42%⁽¹⁶⁾; quizás estas diferencias se deben a las características de los participantes, también por el tamaño de la muestra y la asistencia del paciente a un centro de atención primaria en vez de asistir a un hospital de gran complejidad, cabe mencionar que el instrumento utilizado para el diagnóstico de depresión mayor por ambos autores fue el cuestionario PHQ-9⁽¹⁶⁾. Sucede lo mismo con autores nacionales como **Sinchez R, y Col.** con prevalencia de depresión en este estudio fue de 33,3%⁽²³⁾ junto al autor **Humberto M, y Col.** en la que sus participantes presentaron síntomas de depresión en un 28%⁽²⁵⁾ ; la diferencia con respecto a la prevalencia al actual a este estudio se deba al instrumento utilizado para el diagnóstico de depresión que fueron el inventario de depresión de Beck y la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos de los Estados Unidos (CES-D) respectivamente.

Se ha encontrado en el presente estudio que los factores psicosociales , como el estigma está asociado a depresión en pacientes que viven con VIH/SIDA (chi cuadrado 4.065, valor de p 0.044); similares a autores como **Haile A, y**

Col. en la que menciona que si hay asociación significativa con depresión en los pacientes que tenían antecedentes de discriminación y estigma percibidos⁽¹⁴⁾. Está respaldado también por los autores **Olurem E, y Col. Yitayish D, y Col. y Beyamo A, y Col.** a nivel internacional de los últimos dos años. Además, a nivel nacional, está el autor **Sinchez R, y Col.** en la que confirma la asociación significativa con el sentimiento de estigma que percibe el paciente que vive con VIH. El VIH/SIDA es una injuria crónica que se encuentra presente durante toda la vida y este mismo es capaz de generar discriminación y estigma. Las personas que conviven con VIH tienen la tendencia a estar solos para evitar la discriminación y el estigma. Este tipo de población está expuesto a perder su trabajo y a perder sus valores sociales, desarrollando identidades de sí mismo deteriorados, por lo que todo esto contribuye al origen de síntomas depresivos. Es por lo anterior mencionado que este variable se encuentra con mucha frecuencia en los pacientes con VIH⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁵⁾.

En nuestro estudio se encontró asociación estadísticamente significativa entre depresión y la identidad sexual en pacientes que viven con VIH/SIDA (chi cuadrado 12.521, valor de p 0.014). Aunque no se encontró asociación entre esta variable con depresión en otros estudios, como **Humberto M, et al.** de igual manera tampoco encontró resultado significativo entre depresión y la opción sexual de las personas que viven con VIH. Sin embargo, en el estudio actual el grupo de pacientes con depresión con respecto a su orientación sexual se consideran homosexuales un 54.7% (81) y un 20.3% (30) son transexuales en comparación con el grupo sin depresión son homosexuales un 51.1%(24) y 27.7%(13) son bisexuales⁽²⁵⁾ . Por lo contrario, en el estudio del autor **Humberto M, y Col.**⁽²⁵⁾ y **Hurtado F, y Col.**⁽²⁴⁾ en la que sus participantes se consideran heterosexual en un 66% y 81.78% respectivamente. Esto se podría interpretar en relación con la percepción de los pacientes que viven con VIH y tienen una diversidad sexual, con respecto a la atención primaria de salud en la cual no omiten sus necesidad y demandas especiales, ya que los pacientes acuden a la atención primaria por

temas específicos como la salud mental y prevención de infecciones de transmisión sexual.⁽²⁴⁾

En cuanto a los factores clínicos – inmunológicos (recuento de CD4 , carga viral, infecciones oportunistas, ITS) en el presente estudio no se encontró asociación con depresión como lo respalda **Olurem E, y Col.** que menciona que no encontró asociación entre cantidades de linfocitos T4 y depresión⁽¹⁵⁾, de igual manera para para **Kezang T, y Col.** en que los niveles menores de CD4 no mostraron relación con la depresión ⁽¹⁹⁾. Por otro lado, para **Yitayish D, y Col.** el historial de infecciones oportunistas, si presenta asociación con la depresión en pacientes con VIH/SIDA⁽¹⁶⁾. Explica que los pacientes con infección oportunista pueden estar excesivamente preocupados por su salud y su apariencia física, lo que podría ser la causa de la aparición de síntomas depresivos.⁽¹⁰⁾ Esta variación podría deberse al sistema de recolección de muestras para CD4 y carga viral y la captación de pacientes en la atención de salud para el diagnóstico de infecciones oportunistas e ITS que involucra miedo y discriminación en los hospitales⁽¹⁶⁾.

Finalmente se observó la duración del tratamiento antirretroviral, los efectos adversos del tratamiento antirretroviral y el tiempo de diagnóstico de VIH no tuvieron asociación significativa con la depresión. Para **Huan L, y Col.** sí existe una asociación positiva entre los efectos adversos de los tratamientos antirretrovirales y los síntomas para depresión, por lo contrario, para el mismo autor no encuentras asociación entre el tiempo de diagnóstico de VIH y la depresión ⁽²⁰⁾, similar a **Koslowski A, y Col.** en la que hay asociación con el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de 5 años o menos. Explica que el tratamiento disminuye los síntomas de la enfermedad y ayuda al paciente a llevar una vida más llena y productiva ⁽²¹⁾.

Se requiere un abordaje más detallado de los factores asociados de la depresión, que valore la proporción mayor de población en investigaciones futuras, el presente estudio mostro limitaciones en el número de participantes

por exponerse a riesgos probables de divulgación de información. También es importante mencionar la detección minuciosa de la depresión mayor en pacientes que viven con VIH/SIDA, sobre todo en el seguimiento y el tratamiento de dicho trastorno mental. Las conclusiones fueron resultados de investigación de tres meses y por eso se debe resaltar mucho mejores resultados en investigaciones de larga data. Para así conllevar a mejores resultados y sobre todo mejor calidad de vida en esta población de estudio.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

1. Del trabajo se puede concluir que la prevalencia de depresión mayor en personas que viven con VIH /SIDA y reciben tratamiento antirretroviral fue del 75.9%. Este número es alto que con seguridad es necesario la intervención.
2. Se concluye que de las personas que viven con VIH/SIDA , un 33,3 % de depresión leve, un 24,1% de depresión moderada , un 12,8% de depresión moderada grave y un 5,6% de depresión grave.
3. Del trabajo se puede concluir que las características sociodemográfico más frecuentes de las personas que viven con VIH /SIDA se encuentra que la edad media es de 31.17 años con un 95.4 % del sexo masculino que en su mayoría provienen del área urbana , soltero un 83.6% , con ingresos económicos intermedio con un 68.2% que trabajan un 81% y grado de instrucción universitario completo con un 36.9%.
4. Según el análisis estadístico se encontró factores asociados a depresión mayor con factores psicosociales como la identidad sexual y el estigma percibido por las personas que viven con VIH/SIDA.
5. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre depresión mayor y los factores clínicos – inmunológicas, algunos factores psicosociales como cohabitación , drogas, agente de soporte personal además de diagnóstico revelado y la duración y efecto secundarios del tratamiento antirretroviral.

5.2 RECOMENDACIONES

1. Se recomienda continuar con la identificación precoz de síntomas para depresión mayor sobre todo en los establecimientos de atención primaria para mejorar su calidad de vida y mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral y evitar la progresión del VIH.
2. Fomentar la evaluación, educación y prevención de la depresión mayor en los pacientes del del sexo masculino con preferían sin importar su orientación sexual ya que este grupo presentaba mayor prevalencia para depresión mayor.
3. Establecer en los establecimientos de salud el uso frecuente de instrumentos de detección de depresión como el cuestionario PHQ-9 u otras herramientas que permiten un diagnóstico preciso de la depresión. Con su respectiva capacitación a personal del salud idónea y empática a las personas que viven con VIH/SIDA.
4. Brindar ayuda psicológica a los pacientes que perciben un deterioro propio de su imagen por su condición de salud y los constantes rechazos o discriminación por la sociedad, lo cual origina el desarrollo de depresión mayor.
5. Finalmente recomendamos ampliar la evaluación de otros factores que puedan originar depresión mayor en este tipo de población vulnerable y discriminada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. 2019 May [cited 2022 Sep 22]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Organización mundial de la salud. La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos. OMS. 22AD Jun 17;1.
3. Dr. Carlos E. Zoch Zannin. DEPRESION. Costa Rica ; 2002 Apr.
4. Programa conjunto de las naciones unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud. Integración de las intervenciones en materia de salud mental y VIH . Suiza ; 2022.
5. HIVinfo.NIH.gov. El VIH y salud mental . vivir con el VIH [Internet]. 2013 Aug 13 [cited 2022 Jun 23];1–1. Available from: <https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/el-vih-y-la-salud-mental>
6. Joseph E. Schumacher M. La detección rutinaria de la depresión en una cohorte clínica de VIH identifica a los pacientes con comorbilidades psiquiátricas complejas que muestran una respuesta significativa al tratamiento. National Library of Medicine - National Center for Biotechnology Information. 2015 Sep 3;17(Comportamiento del Sida):1–2.
7. National Institute of Mental Health. Depresión mayor . Transformando la comprensión y el tratamiento de las enfermedades mentales . 2022. p. 1–1.
8. Eshetu DA, Meseret Woldeyohannes S, Kebede MA, Nekatibeb Techane G, Gizachew KD, Tareke Tegegne M, et al. Prevalence of depression and associated factors among HIV/AIDS patients attending the ART clinic of Debrebirhan Referral Hospital., North Showa, Amhara

- Region, Ethiopia [Internet]. Vol. 1, Clinical Psychiatry. 2015. Available from:<http://clinicalpsychiatry.imedpub.com/archive.php><http://www.imedpub.com>
9. Marcos Mascolini. Factores de riesgo de depresión con VIH -- Más claves de detección y diagnóstico. TheBodyPro [Internet]. 2016 jun 22 [cited 2022 Jul 7];1–1. Available from: <https://www.thebodypro.com/article/depression-risk-factors-with-hiv--plus-screening-a>
 10. Cardona V, Medina P, Herrera SM, Orozco G. Depresión y factores asociados en personas viviendo con VIH/Sida en Quindío, Colombia. Revista Habanera de Ciencias Médicas 2016 [Internet]. 2016 [cited 2022 Jul 13];15(941–954):2. Available from: <file:///C:/Users/samel/Desktop/vih%20y%20depresion/referencia%20bibliograficas/DepresinyfactoresasociadosenpersonasviviendoconSidaenQuindo2015.pdf>
 11. Anderson Soriano Moreno. Boletín Epidemiológico. Perú; 2022 Jan.
 12. Paredes JL, Navarro R, Cabrera DM, Diaz MM, Mejía F, Caceres CF. Los desafíos en la continuidad de atención de personas viviendo con VIH en el Perú durante la pandemia de la COVID-19. Rev. Perú Med Exp Salud Publica. 2021 Mar 26;38(1):24–6.
 13. Paredes JL, Navarro R, Cabrera DM, Diaz MM, Mejia F, Caceres CF. Challenges to continuity of care for people living with hiv during the covid-19 crisis in Peru. Rev. Perú Med Exp Salud Publica. 2021;38(1):166–70.
 14. Amha H, Deneke B, Asnakew S. Depressive symptoms and associated factors among adults attending the Debre Markos antiretroviral therapy clinic. comprehensive specialty hospital, Amhara, Ethiopia. SAGE Open Med. 2022 Jan;10:205031212211009.

15. Adewole OE, Olagundoye OA, Ajumobi IO. Depression and its associated factors among people living with HIV/ Family and Primary Care Medicine AIDS attending the Southwest Nigeria HIV/AIDS clinic. *Family Medicine and Primary Care Review*. 2021;23(1):7–12.
16. Damtie Y, Kefale B, Yalew M, Arefaynie M, Adane B, Edmealem A, et al. Depressive symptoms and associated factors among HIV positive patients attending public health facilities of Dessie town: A crosssectional study. *PLoS One*. 2021 Aug 1;16(8 August).
17. Beyamo A, Bashe T, Facha W, Moshago T. Depression and associated factors in adult patients with HIV/AIDS receiving antiretroviral treatment at the wolaita sodo university teaching and referral hospital, Southern Ethiopia. *HIV/AIDS - Research and Palliative Care*. 2020;12:707–15.
18. Madhani A al, Harthi L al, Balkhair A, Chan MF, Albusaidi BSR, Sibani N al, et al. Prevalence and correlates of depressive symptoms among people living with HIV attending tertiary care hospitals in Oman. *Pan African Medical Journal*. 2020 Sep 1;37(90):1–11.
19. Kezang Tshering, Naeti Suksombon, Montarat Thavorncharo y Nalinee P. Prevalencia y factores asociados con la depresión entre pacientes adultos con VIH que asisten a clínicas de TAR: un estudio transversal en el oeste de Bután. *Taylor y Francis Online: Aspectos Psicológicos y Socio médicos del SIDA/VIH*. 2020 Sep 21;33(2021):1–1.
20. Liu H, Zhao M, Ren J, Qi X, Sun H, Qu L, et al. Identification of factors associated with depression among men living with HIV/AIDS and receiving antiretroviral treatment: A cross-sectional study in Heilongjiang, China. *Medical and Health Sciences. Public Health and Health Services Medical and Health Sciences. Clinical Sciences. Health Qual Life Outcomes*. 2018 sep 19;16(1).
21. Alexandra María Koslowski. "prevalencia de depresión y factores asociados en pacientes con VIH/SIDA , atendidos en la consulta externa

- del Hospital Vicente corral moscoso. [Internet]. Cuenca ; 2018 [cited 2022 Jun 23]. Available from: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/30975/1/Trabajo%20de%20investigacion.pdf>
22. Karina Reis R, Santos Melo E, de Castro Castrighini C, Terezinha Gimenez Galvão M, Elaine Toffano-Malaguti S, Gir E. Prevalence and factors associated with depressive symptoms in people living with HIV/AIDS. Vol. 57.
 23. Rodríguez S, Isabel Y, García Tello D, Victoria Dra Díaz León A. Factores asociados a depresión en personas que viven con VIH/SIDA que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad(TARGA). Trujillo ; 2018.
 24. De F, Humana M. Asociación entre depresión e inmunosupresión en pacientes con VIH en un Hospital Regional- Junin. Junin; 2018.
 25. Maldonado Ruiz H, Peña Olano RF, Tomateo Torvisco JD. Frecuencia de episodio depresivo mayor y factores relacionados en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana en tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA)en un Hospital público de Lima. articulo original. 2015 feb;7–10.
 26. National Institute of Mental Health. Depression. National Institute of Mental Health. 2018. p. 1–1.
 27. Organización Mundial de la Salud. VIH/sida. organización Mundial de la Salud . 2021. p. 1.
 28. Lic. Ignacio Diaz Tellez. Prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital General de Zona # 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Enf.Inf. Microbiol [Internet]. 2010 [cited 2022 Jun 28];4(129–133):6–12. Available from: <file:///C:/Users/samel/Desktop/vih%20y%20depresion/referencia%20bi>

bliograficas/ei104d%20info%20depre%20y%20vih%20mexico%202010.pdf

29. Maria Corisco. Salud mental y VIH, un delicado equilibrio. El País. 2021 feb 22;(VIHda positiva):1–2.
30. Soto J, Cruz J, Soto J, Cruz J. Depresión en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA.
31. Roy Danny Ramos Pare. Niveles de Calidad de Vida y algunos factores asociados en pacientes VIH que acuden al programa TARGA del Hospital Goyeneche. [Arequipa]: Universidad Nacional De San Agustín ; 2013.
32. Delgado Arenas R, Ángel Pérez M, Teresa Julca Vera N, Margarita Obregón López G, Albert Julca Romero J, Este L. Resentimiento Y Depresión En Pacientes Con VIH-SIDA. Resilience and depression in HIV-AIDS patients. Vol. 25, Av.psicol.
33. Ministerio de Salud. Norma técnica de Salud de atención Integral del Adulto con infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) [Internet]. Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2018-05899. 2018 [cited 2022 Jun 21]. p. 16–22. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4479.pdf>
34. Ricardo Boza Cordero. patogénesis del VIH/SIDA. Revista Clinica de la Escuela de Medicina [Internet]. 2017 [cited 2022 Jun 24];6–12. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2017/ucr175a.pdf>
35. Organización Panamericana de Salud. Programa contra la infección por el VIH/sida Fortalecimiento de los servicios de salud para combatir la infección por el VIH/sida [Internet]. 2009. Available from: <http://www.paho.org>
36. Paul E. Sax M. Resumen de la prevención de infecciones oportunistas en pacientes con VIH. In: Martin S. Hirsch M, editor. UpToDate [Internet].

- Wolters Kluwer. UpToDate; 2022 [cited 2022 Jun 27]. p. 1–1. Available from: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-prevention-of-opportunistic-infections-in-patients-with-hiv?search=estdios%20del%20vih%20sida&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3
37. Lexicomp. Efavirenz: información de medicamentos . In: UpToDate [Internet]. EE.UU: UpToDate; 2022 [cited 2022 Jun 27]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/efavirenz-drug-information>
 38. Courtney V Fletcher F. Descripción general de los agentes antirretrovirales utilizados para tratar el VIH. In: Paul E. Sax M, editor. UpToDate [Internet]. Wolters Kluwer. UpToDate; 2022 [cited 2022 Jun 27]. p. 1–1. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-antiretroviral-agents-used-to-treat-hiv>
 39. Jeffry M.Lyness M. depresión unipolar en adultos: evaluación y diagnóstico . In: Dr. Peter P. Roy- Byrne, editor. UpToDate. Wolters Kluwer. EE.UU: UpToDate; 2022. p. 1–1.
 40. Williams J, Nieuwsma J. Detection of depression in adults. In: Joann G. Elmore, editor. Up ToDate [Internet]. Kolters Kluwev; 2020 [cited 2022 Jun 21]. p. 1–5. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/screening-for-depression-in-adults>
 41. Schumacher JE, McCullumsmith C, Mugavero MJ, Ingle-Pang PE, Raper JL, Willig JH, et al. Routine screening for depression in an-HIV clinical cohort identifies patients with complex psychiatric comorbidities who show a significant response to treatment. *AIDS. Behav.* 2013 oct 1;17(8):2781–91.
 42. Cárdenas W, Meza X. Manifestaciones Psiquiátricas Del VIH/SIDA
Psychiatric Manifestations of HIV/AIDS.

43. María A. Canales Z, Andrea Hernández R, Stephanie González V, Andrea Monroy A, Arlet A.VCMLBD. Calidad de vida, sintomatología de ansiedad y depresión en personas con VIH: el papel del psicólogo de la salud. *Salud y educación* . 2019;15(2007–4573):3–7.
44. Paul E. Sax M. Seguimiento del paciente durante la terapia antirretroviral del VIH. In: Martin S. Hirsch M, editor. *UpToDate*. Wolters Kluwer; 2022. p. 1–1.
45. Organización Panamericana de la Salud. VIH/SIDA [Internet]. hoja informativa . 2020 [cited 2022 Jun 23]. p. 1–1. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/vihsida>
46. Tomas Baader M., José Luis Molina F, Silvia Venezian B, Carmen Rojas C, Renata Farías S., Carlos Fierro-Freixeneta , Mathias Backenstrass y Christoph Mundt. validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnostico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Scielo* [Internet]. 2012 jun [cited 2022 Jun 23];1–1. Available from: <https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v50n1/art02.pdf>
47. Smithson S, Pignone MP. Screening for depression in adults in primary care. Vol. 101, *Medical Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2017. p. 807–21.
48. Delgado R. Virological characteristics of HIV. *Enferm. Infecc Microbiol Clin*. 2011;29(1):58–65.
49. Grupo de Estudio de Sida de la SEIMC (GeSIDA). Documento Informativo Sobre La Infección. Zaragoza; 2017.
50. Lázaro Noda Albelo A, Lázaro Arturo Vidal Tallet I, Jorge Ernesto Pérez Lastre I, Roberto Cañete Villafranca III Hospital Pediátrico II. Clinical interpretation of CD4 positive T-lymphocyte count in HIV infection. [Internet]. Vol. 52, *Revista Cubana de Medicina*. 2013. Available from: <http://scielo.sld.cu>

51. Carlos Tobón Pereira J, Isabel Toro Montoya A. La clínica y el laboratorio Estudio del paciente con infección por VIH. Vol. 14.
52. Díez M, Díaz A. Infecciones de transmisión sexual: epidemiología y control.
53. Domingo P, Lozano F Treatment of antiretroviral drug toxicity. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2011;29(7):535–44.
54. Maggie Campillay. Estigma y discriminación en personas con VIH/SIDA, un desafío ético para los profesionales sanitarios. *revista de bioética y derecho* [Internet]. 2019;47(1886–5887):4–4. Available from: www.bioeticayderecho.ub.edu
55. Tomas Baader M., José Luis Molina F, Silvia Venezian B, Carmen Rojas C, Renata Farías S., Carlos Fierro-Freixeneta , Mathias Backenstrass y Christoph Mundt. Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Artículo de Investigación* [Internet]. 2012 [cited 2022 Jul 20];50(10–22):6–7. Available from: <https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v50n1/art02.pdf>
56. Hermilio Valdizán Lima H, Médico-cirujano P, psiquiatra médico, epidemiólogo médico, Calderón M, Antonio Gálvez-Buccollini J, et al. validación de la versión peruana del phq-9 para el diagnóstico de depresión validation of the peruvian version of the phq-9 for diagnosing depression. Vol. 29, *Rev. Perú Med Exp. Salud Publica*. 2012.

ANEXOS

Anexo: 1 Operalización de las variables

CUADRO DE OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

ALUMNA: VERA SALVADORA KAREN SAMELI

ASESOR: FAJARDO ALFARO VICTOR WILLIANS

LOCAL: CHORRILLOS

TEMA: FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION MAYOR EN PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH /SIDA EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN EL CENTRO DE SALUD LINCE, SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE DEL 2022.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL PACIENTE			
INDICADORES	N° DE ÍTEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Genero	<ul style="list-style-type: none">Femenino (1)Masculino (2)	Cualitativa Nominal	Ficha de Recolección de Datos
Edad	<ul style="list-style-type: none">Dato Numérico	Cuantitativa Discreta	Ficha de Recolección de Datos
Procedencia	<ul style="list-style-type: none">Urbano (1)Rural (2)	Cualitativa Nominal	Ficha de Recolección de Datos
Estado Civil	<ul style="list-style-type: none">Soltero (1)Casado (2)Convivencia (3)Divorciado (4)	Cualitativa Nominal	Ficha de Recolección de Datos
Grado De Instrucción	<ul style="list-style-type: none">Primaria (1)	Cualitativa Nominal	Ficha de Recolección de Datos

	<ul style="list-style-type: none"> • Secundaria (2) • Técnico (3) • Universitario (4) 		
Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> • Trabaja (1) • No Trabaja (2) • Estudia (3) • Trabaja Y Estudia (4) 	Cualitativa Nominal	Ficha de Recolección de Datos
Ingreso Económico	<ul style="list-style-type: none"> • Alto (1) • Intermedio (2) • Bajo (3) 	Cualitativa ordinal	Ficha de Recolección de Datos

VARIABLES DEPENDIENTES: EL CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (PHQ-9) PARA DEPRESIÓN			
INDICADORES	ÍTEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
PARÁMETROS DEL CUESTIONARIO			
Poco interés o placer en hacer las cosas	<ul style="list-style-type: none"> • Para nada (0) • Varios días (1) • Más de la mitad de los días (2) • Casi todos los días (3) 	Cualitativa ordinal	Cuestionario PHQ-9
Sentirse deprimido y sin esperanzas	<ul style="list-style-type: none"> • Para nada (0) • Varios días (1) • Más de la mitad de los días (2) 	Cualitativa ordinal	Cuestionario PHQ-9

	<ul style="list-style-type: none"> • Casi todos los días (3) 		
Problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido o dormir demasiado	<ul style="list-style-type: none"> • Para nada (0) • Varios días (1) • Más de la mitad de los días (2) • Casi todos los días (3) 	Cualitativa ordinal	Cuestionario PHQ-9
Sentirse cansado o tener poca energía	<ul style="list-style-type: none"> • Para nada (0) • Varios días (1) • Más de la mitad de los días (2) • Casi todos los días (3) 	Cualitativa ordinal	Cuestionario PHQ-9
Falta de apetito o comer en exceso	<ul style="list-style-type: none"> • Para nada (0) • Varios días (1) • Más de la mitad de los días (2) • Casi todos los días (3) 	Cualitativa ordinal	Cuestionario PHQ-9
Sentirte mal contigo mismo o que eres un fracaso o que sientes que te has defraudado o has defraudado a tu familia	<ul style="list-style-type: none"> • Para nada (0) • Varios días (1) • Más de la mitad de los días (2) • Casi todos los días (3) 	Cualitativa ordinal	Cuestionario PHQ-9
Problemas para concentrarse en cosas como leer el periódico o mirar televisión	<ul style="list-style-type: none"> • Para nada (0) • Varios días (1) • Más de la mitad de los días (2) • Casi todos los días (3) 	Cualitativa ordinal	Cuestionario PHQ-9

¿Te sientes lento al realizar actividades cotidianas? o por lo contrario ¿te sientes acelerado y apresurado en realizar tus cosas?	<ul style="list-style-type: none"> • Para nada (0) • Varios días (1) • Más de la mitad de los días (2) • Casi todos los días (3) 	Cualitativa ordinal	Cuestionario PHQ-9
Pensamientos De Que Estarías Mejor Muerto O De Lastimarte De Alguna Manera.	<ul style="list-style-type: none"> • Para Nada (0) • Varios Días (1) • Mas De La Mitad De Los Día (2) • Casi Todos Los Días (3) 	Cualitativa ordinal	Cuestionario PHQ-9
PUNTUACIÓN TOTAL DEL CUESTIONARIO			
INDICADORES	INDICADORES	INDICADORES	INDICADORES
CLASIFICACIÓN DEL PHQ-9 (puntaje PHQ \geq 10.)	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca : 0 • Pocas veces: 1 • A veces : 2 • Caso siempre : 3 	Cualitativa ordinal	Cuestionario PHQ-9

valoración final del cuestionario			
INDICADORES	indicadores	indicadores	indicadores
Rangos de puntuación de depresión	<ul style="list-style-type: none"> • Leve: 5-9 • Moderado: 10-14 • Moderadamente grave: 15-19 • Grave: ≥ 20 	Cualitativo Ordinal	Cuestionario PHQ-9

VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES ASOCIADOS PARA DEPRESIÓN			
INDICADORES	Nº DE ÍTEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
FACTOR PSICOSOCIAL			
Identidad sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Homosexual (1) • Heterosexual (2) • Transexual (3) • Bisexual (4) 	Cualitativa Nominal	Ficha de recolección de datos
Cohabitación	<ul style="list-style-type: none"> • Solo (1) • Familiares (2) • Amigos (3) • Otro (4) 	Cualitativa Nominal	Ficha de recolección de datos

Agente de soporte emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Si (1) • No (2) 	Cualitativa Nominal	Ficha de recolección de datos
Diagnostico revelado	<ul style="list-style-type: none"> • Nadie (1) • Amigo (2) • Familiar (3) • Pareja (4) • Otro (5) 	Cualitativa Nominal	Ficha de recolección de datos
Drogas	<ul style="list-style-type: none"> • Si (1) • No (2) 	Cualitativa Nominal	Ficha de recolección de datos
Estigmatización	<ul style="list-style-type: none"> • Si (1) • No (2) 	Cualitativa Nominal	Ficha de recolección de datos
FACTOR CLÍNICO – INMUNOLÓGICO			
Recuento de cd4	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 500 copias /mm³ (1) • 200 – 499 copias /mm³ (2) • ≤ 200 copias / mm³ (3) 	Cuantitativo Intervalo	Ficha de recolección de datos

Carga viral	<ul style="list-style-type: none"> • Detectable (1) • Indetectable (2) 	Cuantitativo Nominal	Ficha de recolección de datos
Infecciones oportunistas	<ul style="list-style-type: none"> • Si (1) • No (2) 	Cualitativo Nominal	Ficha de recolección de datos
Infecciones de transmisión sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Si (1) • No (2) 	Cualitativo Nominal	Ficha de recolección de datos
FACTOR RELACIONADO AL VIH			
Tiempo de diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • >10 años (1) • < 10 años (2) 	Cuantitativo Discreto	Ficha de recolección de datos
Tiempo de TARV	<ul style="list-style-type: none"> • <1 año (1) • 1-5 años (2) • 5-10 años (3) • >10 años (4) 	Cuantitativo Intervalo	Ficha de recolección de datos
Efectos adversos del TARV	<ul style="list-style-type: none"> • Si (1) 	Cualitativo nominal	Ficha de recolección de datos

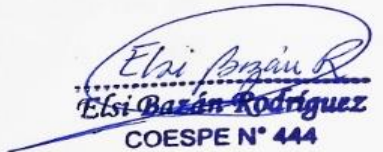
	<ul style="list-style-type: none">• No (2)		
--	--	--	--



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"

DR. WILLIAMS FAJARDO ALFARO
Médico Internista
Sala San Andrés
C.M.P. 22282 R.N.E. 9902

Dr Fajardo Alfaro Víctor Williams
ASESOR METODOLOGICO



Elsi Noemi Bazán Rodríguez

Elsi Bazán Rodríguez
COESPE N° 444

Dra. Elsi Noemi Bazán Rodríguez.
ASESOR ESTADISTICO

Anexo 2:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SER PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO

TITULO: “ FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION MAYOR EN PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH /SIDA EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN EL CENTRO DE SALUD LINCE, SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE DEL 2022.”

El propósito de la investigación es lograr la identificación y prevención de la depresión mayor en la población que vive con VIH en el primer nivel de atención y con lo consecuente mejorar la calidad de vida de las personas con VIH.

Si aceptas participar en el estudio y firmas este consentimiento, en esta “visita” sucederá lo siguiente: Se te brindará información general sobre la encuesta para poder obtener resultados sobre depresión y procederás al llenado de esta, con las instrucciones explicadas.

Durante la participación, podría exponerlo(a) al riesgo psicológico de revivir momentos incómodos, traumáticos y a los resultados de depresión por alguna de las preguntas de la encuesta, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Los participantes que logren integrarse en la investigación estarán contribuyendo al conocimiento científico, ya que se podrían obtener buenos resultados sobre información para la prevención de la depresión. Cabe resaltar que por el llenado de la encuesta no se le dará ninguna compensación económica o de otro tipo al participante colaborador, ya que el propósito de este estudio es poder obtener ciencia concreta sobre la depresión y lograr la prevención de la depresión mayor.

La información recolectada será CONFIDENCIAL y SEGURA, en la que cada paciente recibirá una codificación numérica de identificación y, por lo tanto, será ANÓNIMA, además los resultados de la información serán trasladados a una base virtual de confianza con el manejo y acceso por parte del autor del estudio, el médico general encargado del programa de tratamiento antirretroviral (TARV) y el médico

asesor de dicha investigación. Y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Te puedes contactar con el autor de la investigación, Bachiller: VERA SALVADOR KAREN SAMELI, de la Universidad Privada San Juan Bautista de la Facultad de Medicina Humana, con correo: karen.vera@upsjb.com.pe y N°de contacto : 991467768.

DERECHOS DE LOS PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN

Al participar en este estudio, no estas renunciando a ninguno de los derechos. Si tienes preguntas sobre tus derechos como participante en la investigación, puedes contactarte con el Comité Institucional de Ética de la UPSJB que se encarga de la protección de las personas en los estudios de investigación. Allí puedes contactar con el Mg. Antonio Flores, presidente del Comité Institucional de Ética de la Universidad Privada San Juan Bautista al teléfono (01) 2142500 anexo 147, o al correo ciei@upsjb.edu.pe.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

He leído (o alguien me ha leído) la información provista arriba. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente. He recibido una copia de este consentimiento, además de una copia de los Derechos de los Participantes en la Investigación.

AL FIRMAR ESTE FORMATO, ESTOY DE ACUERDO EN PARTICIPAR EN FORMA VOLUNTARIA EN LA INVESTIGACION QUE AQUÍ SE DESCRIBE.

Nombre del participante

Firma del Participante y Fecha

3. Transexual () 4. Bisexual ()
5. Transexual ()

- 9. Cohabitación:** 1. Solo () 2. Amigos ()
3. Familiares () 4. Pareja ()

- 10. Hábitos nocivos :** Drogas 1. No () 2. Si ()

- 11. Agente de Soporte Emocional:** 1. Si () 2. No ()

- 12. Diagnóstico revelado:** 1. Nadie () 2. Familiar ()
3. Amigo () 4. Pareja ()
5. Otro ()

- 13. Estigmatización:** 1. Si () 2. No ()

III. FACTORES CLÍNICAS RELACIONADOS AL VIH/SIDA

- 14. Infecciones Oportunistas :** 1. Si () 2. No ()

- 15. Infecciones de transmisión sexual :** 1. Si () 2. No ()

- 16. Tiempo de Tratamiento antirretroviral :**

1. < 1 año () 2. > 1 año o más ()

- 17. Efectos adversos del tratamiento antirretroviral :**

1. Si () 2. No ()

- 18. Tiempo de diagnóstico de VIH :**

1. < 1 año () 2. 1 a 5 años ()
3. 6 a 10 años () 4. > 10 años ()

IV. FACTORES INMUNOLÓGICOS DE LAS PERSONAS CON VIH/SIDA.

- 19. Recuento de CD4:**

1. \geq 500 cel./ml () 2. 200 – 499 cel./ ml () 3. \leq 200 cel./ml ()

- 20. Carga Viral :** 1. Detectable () 2. Indetectable ()

IV. CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan a menudo le han afectado alguno de los siguientes problemas?	Para nada	Varios días	Mas de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer para hacer las cosas				
2. Sentirse triste, deprimido o sin esperanza				
3. Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
4. Sentirse cansado o tener poca energía				
5. Mal apetito o comer en exceso				
6. Sentirse mal sobre sí mismo (o que es un fracaso o se ha decepcionado a usted o a su familia)				
7. Dificultad para concentrarse en actividades, como leer el periódico o ver televisión				
8. Moverse o hablar tan despacio que otras personas pueden haberlo notado. O lo contrario, sentirse tan nervioso e inquieto que ha estado moviéndose más de lo usual				
9. Pensamiento de que estaría mejor muerto o de lastimarse a usted mismo de alguna manera.				

- **Clasificación de puntaje del PHQ-9:**

- Para nada : 0
- Varios días : 1
- Más de la mitad de los días : 2
- Casi todos los días : 3

- **Valoración final en el PHQ-9:**

LEVE:

Puntaje PHQ-9 de
5 a 9

MODERADO:

Puntaje PHQ-9 de
10 a 14

**MODERADAMENTE
GRAVE:**

Puntaje PHQ-9 de
15 a 19

GRAVE:

Puntaje PHQ-9 de
 ≥ 20

ANEXO 3: MATRIZ DE CONSISTENCIA

MATRIZ DE CONSISTENCIA

ALUMNO: VERA SALVADOR, KAREN SAMELI

ASESOR: FAJARDO ALFARO WILLIAM VÍCTOR

LOCAL: CHORRILLOS

TEMA: FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION MAYOR EN PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH /SIDA EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN EL CENTRO DE SALUD LINCE, SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE DEL 2022.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General:</p> <p>PG: ¿Cuál serían los factores asociados más frecuentes para desarrollar depresión mayor en pacientes que viven con VIH /SIDA que reciben tratamiento antirretroviral en el Centro de</p>	<p>General:</p> <p>OG: Determinar los factores asociados más frecuentes para desarrollar depresión mayor en personas que viven con VIH /SIDA en tratamiento antirretroviral en el Centro de</p>	<p>General:</p> <p>H (1): Existen factores asociados para desarrollar depresión mayor en pacientes que viven con VIH /SIDA que reciben tratamiento antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre - noviembre del 2022.</p>	<p>Variable dependiente:</p> <p>Depresión</p> <p>Indicadores:</p> <p>- síntomas en las dos últimas semanas según al</p>

<p>Salud Lince, septiembre - noviembre del 2022?</p> <p>Específicos:</p> <p>PE1: ¿Cuáles son las características sociodemográficas más frecuentes de los pacientes que viven con VIH/SIDA que reciben terapia antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre - noviembre del 2022?</p> <p>PE2: ¿Cuáles es la asociación entre los factores psicosociales y la depresión en los pacientes que viven con VIH/SIDA que reciben terapia antirretroviral en el Centro de</p>	<p>Salud Lince, septiembre - noviembre del 2022.</p> <p>Específicos:</p> <p>OE1: Describir las características sociodemográficas más frecuentes en personas que viven con VIH /SIDA en tratamiento antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre - noviembre del 2022.</p> <p>OE2: Identificar la asociación entre los factores clínicos - inmunológicos y la depresión en personas que viven con VIH /SIDA en tratamiento</p>	<p>Específicas:</p> <p>HE1: Si existe asociación entre los factores clínicos - inmunológicos y la depresión en personas que viven con VIH/SIDA en terapia antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre - noviembre del 2022.</p> <p>HE2: Si existe asociación entre los factores psicosociales y la depresión en personas que viven con VIH/SIDA en terapia antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre - noviembre del 2022.</p>	<p>cuestionario de depresión phq-9</p> <p>CLASIFICACION Y PUNTAJE DEL PHQ-9</p> <ul style="list-style-type: none"> • NUNCA : 0 • POCAS VECES: 1 • A VECES : 2 • CASO SIEMPRE : 3 <p>RANGOS DE PUNTUACIÓN DE DEPRESIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • LEVE: 5-9 • MODERADO: 10-14 • MODERADAMENTE GRAVE: 15-19 • GRAVE: \geq 20
---	---	---	---

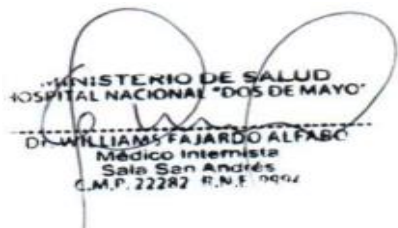
<p>Salud Lince, septiembre - noviembre del 2022?</p> <p>PE3: ¿Cuáles es la asociación entre los factores clínicas - inmunológicas y la depresión en los pacientes que viven con VIH/SIDA que reciben terapia antirretroviral en el centro de salud lince, septiembre - noviembre del 2022?</p> <p>PE4: ¿Cuáles es la asociación entre la duración del tratamiento antirretroviral y la depresión en los pacientes que viven con VIH/SIDA y reciben terapia antirretroviral en el centro de salud lince,</p>	<p>antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre - noviembre del 2022.</p> <p>OE3: Indicar la asociación entre las características psicosociales y la depresión en personas que viven con VIH/SIDA en terapia antirretroviral en el centro de salud lince, septiembre - noviembre del 2022.</p> <p>OE4: Establecer la asociación entre la duración del tratamiento antirretroviral y la depresión en personas que viven con VIH/SIDA y en terapia antirretroviral en el</p>	<p>HE4: Si existe asociación entre la duración del tratamiento antirretroviral y la depresión en personas que viven con VIH/SIDA en terapia antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre - noviembre del 2022.</p> <p>HE5: Si existe asociación entre los efectos adversos del TARV y la depresión en personas que viven con VIH/SIDA en terapia antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre - noviembre del 2022.</p>	<p>Variable independiente:</p> <p>Factores asociados</p> <p>Indicadores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Factor sociodemográfico 2. Factor psicológico 3. Factor clínico-inmunológico 4. Duración de tratamiento antirretroviral 5. Efectos adversos del tratamiento antirretroviral . 6. Tiempo de diagnóstico con VIH
---	---	---	---

<p>septiembre - noviembre del 2022?</p> <p>PE5: ¿Cuál es la asociación entre los efectos adversos del TARV y la depresión en los pacientes que viven con VIH/SIDA que reciben terapia antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre - noviembre del 2022?</p> <p>PE6: ¿Cuál es la asociación entre tiempo de diagnóstico de VIH y la depresión en los pacientes que viven con VIH/SIDA que reciben terapia antirretroviral en el centro de salud lince, junio a agosto del 2022?</p>	<p>centro de salud lince, junio a agosto del 2022.</p> <p>OE5: Identificar la asociación entre los efectos adversos del TARV y la depresión en personas que viven con VIH/SIDA en terapia antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre - noviembre del 2022?</p> <p>OE6: Determinar la asociación entre el tiempo de diagnóstico de VIH y la depresión en los pacientes que viven con VIH/SIDA que reciben terapia antirretroviral en el centro de salud lince, septiembre - noviembre del 2022.</p>	<p>HE6: Si existe asociación entre el tiempo de diagnóstico de VIH y la depresión en personas que viven con VIH/SIDA en terapia antirretroviral en el Centro de Salud Lince, septiembre - noviembre del 2022.</p>	
--	---	--	--

Diseño metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos
<p>Nivel:</p> <p>Estudio cuantitativo de alcance correlacional.</p> <p>Tipo de Investigación: Cuantitativo, no experimental, transversal y prospectivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuantitativo <p>Porque el estudio analizará de manera objetiva las variables, a su vez serán posibles de medirlas brindando un resultado numérico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No experimental <p>Porque en este estudio no se manipularán las variables. Si no solo valorarlas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transversal. 	<p>Población:</p> <p>la población estará conformada por 200 pacientes que viven con VIH, que fueron atendidos por consultorio externos de medicina en horario especializado del centro de salud lince de septiembre a noviembre de 2022.</p> <p>Criterio de inclusión :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que tienen depresión mayor con puntaje ≥ 5 por el cuestionario PHQ-9. - Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de VIH/SIDA. - Pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA de ambos sexos. 	<p>Técnica:</p> <p>Revisión y análisis documental según las encuestas.</p> <p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario PHQ-9 • Ficha de Recolección de datos

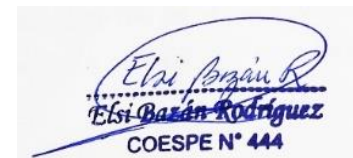
<p>Es estudio realizará una sola medición en un periodo de tiempo determinado.</p> <p>Prospectivo: los eventos a estudiar sucederán después de iniciar el estudio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que reciben tratamiento antirretroviral en el Centro de Salud Lince. - Pacientes que reciben tratamiento antirretroviral ≥ 3 meses en el centro de salud Lince. - Pacientes que serán estudiados en los meses de septiembre a noviembre del 2022. - Pacientes con VIH /SIDA que deseen participar en la investigación. <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con depresión diagnosticado con otro instrumento o cuestionario. - Pacientes que reciben tratamiento antirretroviral < 3 meses en el centro de salud Lince. 	
---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con VIH /SIDA que no deseen participar en la investigación. - Paciente que estén en un proceso de duelo de 3 meses - Pacientes en periodo posparto <p>N: Formado por 195 pacientes que viven con VIH es la población inicial según los criterios de inclusión y exclusión.</p>	
--	--	--



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
DR. WILLIAMS FAJARDO ALFARO
Médico Internista
Sala San Andrés
C.M.P. 22282 R.N.E. 9992

Dr. Víctor Williams Fajardo Alfaro
Asesor metodológico



Elsi Noemi Bazán Rodríguez
COESPE N° 444

Dra. Elsi Noemi Bazán Rodríguez
Asesor Estadista

ANEXO 4: OPINIÓN DE JUICIOS DE EXPERTOS

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

1.1 Apellidos y nombres del experto: Victor William Fajardo Alfaro

1.2 Cargo e institución donde labora: Hospital Nacional Dos De Mayo

1.3 Tipo de experto: Metodólogo

1.4 Nombre del instrumento: Cuestionario de salud de la persona (PHQ-9)

1.5 Autor (a) del instrumento) : : Robert L, Spitzer, Kurt Kroenke , Janet BW Williams y otros colegas

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					85%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					85%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo con los avances la teoría sobre factores relacionados a depresión mayor en personas que viven con el vih /sida					85%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85%

INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la relación de factores relacionados a depresión mayor en personas que viven con el vih /sida					85%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					85%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación no experimental , analítico, transversal, prospectivo					85%

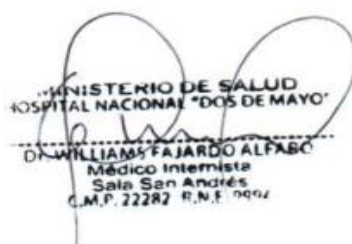
III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

APLICABLE (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

85%

Lugar y Fecha: Lima, 28de julio del 2022


 MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
 DR. WILLIAMS FAJARDO ALFARO
 Médico Internista
 Sala San Andrés
 C.M.P. 22282 R.N.E. 9994

Firma del Experto
 D.N.I N°: 21419132
 Teléfono: 999431202

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

1.6 apellidos y nombres del experto: Mg. Elsi Bazán Rodríguez

1.7 cargo e institución donde labora: Docente UPSJB

1.8 tipo de experto: Estadístico

1.9 nombre del instrumento: Cuestionario de salud de la persona (PHQ-9)

1.10 Autor (a) del instrumento : Robert L, Spitzer, Kurt Kroenke , Janet BW Williams y otros colegas

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					90%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					90%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo con los avances la teoría sobre factores asociados a depresión mayor en personas que viven con el vih /sida					90%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					90%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90%

INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la relación de factores asociados a depresión mayor en personas que viven con el vih /sida					90%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					90%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					90%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación no experimental , analítico, transversal, prospectivo					90%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

APLICA..... (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

90%

Lugar y Fecha: Lima , 24 de julio del 2022



Firma del Experto

D.N.I N.º : 19209983

Teléfono: 977414879

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

1.11 Apellidos y nombres del experto: Héctor Rubén Montoya Molina

1.12 Cargo e institución donde labora: CLINICA TEZZA

1.13 Tipo de experto: Especialista

1.14 Nombre del instrumento:

1.15 Autor (a del instrumento :

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					97%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					97%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo con los avances la teoría sobre factores asociados a depresión mayor en personas que viven con el vih /sida					97%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					97%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					97%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para					97%

	establecer la asociación de factores relacionados a depresión mayor en personas que viven con el vih /sida					
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					97%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					97%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación no experimental , analítico, transversal, prospectivo					97%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Instrumento es aplicado (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

97%

Lugar y Fecha: Lima, 25 de Julio de 2022


 Dr. Hector R. Montoya Molina
 MEDICO PSIQUIATRA
 CMP 20620 RNE 8932
 Firma del Experto
 D.N.I Nº 09256191
 Teléfono 987767083

Anexo 7: Constancia del comité de ética



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y RESPONSABILIDAD SOCIAL

CONSTANCIA N° 1467-2022 - CIEI-UPSJB

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Privada San Juan Bautista SAC, deja constancia que el Proyecto de Investigación detallado a continuación fue **APROBADO** por el CIEI:

Código de Registro: **N° 1467-2022-CIEI-UPSJB**

Título del Proyecto: **"FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN MAYOR EN PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN EL CENTRO DE SALUD LINCE, SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE DEL 2022"**

Investigador (a) Principal: **VERA SALVADOR KAREN SAMELI**

El Comité Institucional de Ética en Investigación, considera que el proyecto de investigación cumple los lineamientos y estándares académicos, científicos y éticos de la UPSJB. De acuerdo a ello, el (la) investigador (a) se compromete a respetar las normas y principios de acuerdo al Código de Ética en Investigación del Vicerrectorado de Investigación y Responsabilidad Social.

La aprobación tiene vigencia por un periodo efectivo de **un año** hasta el **26/09/2023**. De requerirse una renovación, el (la) investigador (a) principal realizará un nuevo proceso de revisión al CIEI al menos un mes previo a la fecha de expiración.

Como investigador (a) principal, es su deber contactar oportunamente al CIEI ante cualquier cambio al protocolo aprobado que podría ser considerado en una enmienda al presente proyecto.

Finalmente, el (la) investigador (a) debe responder a las solicitudes de seguimiento al proyecto que el CIEI pueda solicitar y deberá informar al CIEI sobre la culminación del estudio de acuerdo a los reglamentos establecidos.

Lima, 26 de septiembre de 2022.




Mg. Juan Antonio Flores Tumba
Presidente del Comité Institucional
de Ética en Investigación

www.upsjb.edu.pe

CHORRILLOS
Av. José Antonio Lavalle N°
302-304 (Ex Hacienda Villa)

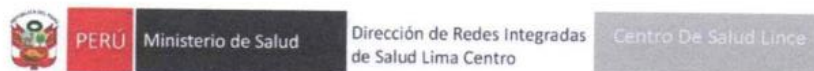
SAN BORJA
Av. San Luis 1923 – 1925 – 1931

ICA
Carretera Panamericana Sur
Ex km 300 La Angostura,
Subtanjalla

CHINCHA
Calle Albilla 108 Urbanización
Las Viñas (Ex Toche)

CENTRAL TELEFÓNICA: (01) 748 2888

Anexo 6 : Autorización del Centro de Salud Lince.



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional "

Lima 05 de Septiembre del 2022

CONSTANCIA 011 – 2022

El jefe responsable del Centro de Salud Lince , Dr. Simón ccoyllo Sánchez , hace constar que el proyecto de investigación señalado a continuación fue aprobado y autorizado para iniciar la ejecución del proyecto.

Titulo del proyecto de investigación : "Factores Asociados a Depresión Mayor en Personas que Viven Con El VIH/SIDA En Tratamiento Antirretroviral en el Centro de Salud Lince, Septiembre – Noviembre del 2022. "

Investigador principal es: Karen Sameli Vera Salvador

La aprobación considera el cumplimiento de las buenas practicas clínicas, de los lineamientos vigentes en materia de ética y de investigación científica en el campo de la salud , el balance riesgo beneficio y la confidencialidad de los datos entre otros.

Atentamente,



