



Universidad Autónoma de Querétaro

RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y APOYO FAMILIAR EN PACIENTES SEROPOSITIVOS

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de la

ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Méd. Gral. Rosa Maria Jiménez Herrera

Dirigido por:

D.C.S Sandra Margarita Hidalgo Martinez.

Co-Director:

M.I.M.S.P. Roxana Gisela Cervantes Becerra.

Querétaro, Qro. a Marzo 2020.



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

Especialidad de Medicina Familiar

“Relación entre depresión y apoyo familiar en pacientes seropositivos”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar.

Presenta:

Médico General Rosa Maria Jiménez Herrera.

Dirigido por:

D.C.S. Sandra Margarita Hidalgo Martínez.

Co-dirigido por:

M.I.M.S.P. Roxana Gisela Cervantes Becerra.

D.C.S. Sandra Margarita Hidalgo Martínez.

Presidente

M.I.M.S.P. Roxana Gisela Cervantes Becerra.

Secretario

M.I.M.S.P. Leticia Blanco Castillo.

Vocal.

M.D. Omar Rangel Villicaña.

Suplente

M.C.E. Martha Leticia Martínez Martínez.

Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.

Fecha de aprobación por el Consejo Universitario Marzo 2020.

RESUMEN

Introducción: La infección por el VIH es considerada una pandemia a nivel epidemiológico, la cual es una enfermedad crónica que puede llegar a ser incapacitante, se ha estimado que este grupo de enfermedades tienden hacia la depresión. Se considera que la familia es generadora de salud, enfermedad y de apoyo para el paciente; es así como el apoyo familiar en pacientes seropositivos puede influir en su estado de ánimo. **Objetivo:** Determinar la relación entre la depresión y el apoyo familiar en pacientes seropositivos. **Material y métodos:** Se realizó estudio observacional, transversal, con análisis de correlación. Población de estudio pacientes derechohabientes de la clínica 13 IMSS Querétaro. Para el cálculo de tamaño de muestra se utilizó fórmula para correlación simple y muestreo no probabilístico por conveniencia, con $n = 38$ pacientes, se trabajó con $n = 68$ pacientes. Se incluyeron pacientes seropositivos, fueron excluidos pacientes con algún diagnóstico psiquiátrico previo al estudio. Variables a estudiar sociodemográficas: edad, sexo, escolaridad, preferencia sexual, variables clínicas: apoyo familiar con la escala percepción del sujeto con VIH sobre el apoyo que le brinda su familia, depresión con la escala de depresión de Zung, diagnóstico, tiempo de diagnóstico, infecciones más frecuentes, comorbilidades, apoyo familiar. Análisis estadístico con promedios, porcentajes y correlación de Pearson. Se respetó la reglamentación ética de la investigación en los pacientes seropositivos. **Resultados:** se encontró un total de 41 pacientes (60.3%) sin depresión, 22 pacientes (32.4%) con depresión mínima, 5 pacientes (7.4%) depresión moderada. A través de la escala percepción del apoyo familiar 51 pacientes (75.0%) si perciben apoyo y 17 pacientes (25.0%) no perciben apoyo. La relación entre depresión y percepción de apoyo familiar fue de $r: -0.5$ con una p de 0.000. **Conclusiones:** Existe una correlación moderada inversamente proporcional entre la depresión y la percepción de apoyo familiar.

(Palabras clave: Seropositivo, apoyo familiar, depresión).

SUMMARY

Introduction: HIV infection is considered an epidemic pandemic, which is a chronic disease that can become disabling, it has been estimated that this group of diseases tend towards depression. The family is considered to be a generator of health, illness and support for the patient; This is how family support in HIV-positive patients can influence their mood. **Objective:** To determine the relationship between depression and family support in seropositive patients. **Material and methods:** An observational, cross-sectional study was performed, with correlation analysis. Population of study patients entitled to the clinic 13 IMSS Querétaro. For the calculation of sample size, a formula for simple correlation and non-probabilistic sampling was used for convenience, with $n = 38$ patients, $n = 68$ patients were worked on. Seropositive patients were included, patients with a psychiatric diagnosis prior to the study were excluded. Variables to study sociodemographic: age, sex, schooling, sexual preference, clinical variables: family support with the perception of the subject with HIV on the support provided by his family, depression with the Zung depression scale, diagnosis, diagnosis time, more frequent infections, comorbidities, family support. Statistical analysis with averages, percentages and correlation of Pearson. The ethical regulation of research in seropositive patients was respected. **Results:** a total of 41 patients (60.3%) were found without depression, 22 patients (32.4%) with minimal depression, 5 patients (7.4%) moderate depression. Through the perception of family support scale 51 patients (75.0%) if they receive support and 17 patients (25.0%) do not receive support. The relationship between depression and perception of family support was $r: -0.5$ with a p of 0.000. **Conclusions:** There is a moderately inversely proportional correlation between depression and the perception of family support.

(Keywords: Seropositive, family support, depression).

DEDICATORIAS

A mi mamá, que me ha brindado todo el apoyo, no solo en mi especialidad, sino en toda mi vida, quien por sus virtudes infinitas y su gran corazón, me llevan a admirarla cada día más, siendo el mejor ejemplo a seguir.

A mi hermana Karina que ha estado a mi lado en todo momento, siempre ayudándome y aconsejándome para salir adelante.

A mi ángel que tengo en el cielo, mi papá, siempre velando por mí en cada momento de mi vida.

A mis familiares y amigos, por todos los momentos que pasamos juntos, por todos los consejos y apoyos recibidos, por estar siempre a mi lado.

AGRADECIMIENTOS

A mi Directora de Tesis, Dra. Sandra Margarita Hidalgo Martínez, por creer en mí, por haberme brindado la oportunidad de desarrollar mi tesis, por el apoyo, facilidades y conocimientos otorgados.

A mi Co-asesora: Dra. Roxana Gisela Cervantes Becerra, le agradezco por todo el apoyo brindado a lo largo de la residencia, por su tiempo y por los conocimientos que me transmitió.

Así mismo a todos mis profesores en la residencia de Medicina Familiar quienes fueron un pilar importante en mi formación.

Índice

Contenido	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vi
Abreviaturas y siglas	vii
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
III. Fundamentación teórica	5
III.1 Epidemiología	5
III.2 Depresión y el paciente seropositivo	6
III.3 Escala de depresión de Zung	9
III.4 Apoyo familiar y el paciente seropositivo	10
III.5 Encuesta percepción de apoyo familiar	13
IV. Hipótesis o supuestos	15
V. Objetivos	16
V.1 General	16
V.2 Específicos	16
VI. Material y métodos	17
VI.1 Tipo de investigación	17
VI.2 Población o unidad de análisis	17
VI.3 Muestra y tipo de muestra	17 - 18
VI.3.1 Criterios de selección	18
VI.3.2 Variables estudiadas	19
VI. 4 Variables e instrumentos	19 - 20
VI. 5 Procedimientos	20

VI.5.1 Análisis estadístico	20
VI.5.2 Consideraciones éticas	21
VII. Resultados	22 - 23
VIII. Discusión	31 - 33
IX. Conclusiones	34
X. Propuestas	35
XI. Bibliografía	36 - 39
XII. Anexos	40 - 44

Índice de cuadros

Cuadro		Página
VII.1	Características sociodemográficas de los pacientes seropositivos.	24
VII.2	Años de diagnóstico de seropositividad y edad promedio de la población estudiada.	25
VII.3	Características clínicas de los pacientes seropositivos.	26
VII.4	Preferencia sexual y diagnóstico al momento del estudio de los pacientes seropositivos.	27
VII.5	Percepción del paciente seropositivo sobre el apoyo que le brinda su familia	28
VII.6	Nivel de depresión en paciente seropositivo.	29
VII.7	Correlación entre depresión y apoyo familiar en pacientes seropositivos.	30

Abreviaturas y siglas

ARV: Antirretroviral.

CENSIDA: Centro nacional para la prevención y el control del VIH y el SIDA.

DM 2: Diabetes Mellitus tipo 2.

ENSANUT: Encuesta nacional de salud y nutrición.

EUA: Estados Unidos Americanos.

HAS: Hipertensión arterial sistémica.

HGR1: Hospital General Regional número 1

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

OMS: Organización mundial de la salud.

SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

TARAA: Terapia antiretrovital altamente activa.

VIH: Virus de inmunodeficiencia humana.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades infecciosas son el grupo de afecciones que mayor impacto han tenido en la historia de la humanidad y que aún constituyen uno de los principales motivos a nivel sanitario. La infección por VIH/SIDA continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública a nivel mundial, la cual ha cobrado millones de vidas, esta infección es considerada como una enfermedad crónica y compleja que implica un proceso multifactorial desde un modelo biopsicosocial, en el cual en las personas seropositivas no sólo se ve afectado su funcionamiento fisiológico, sino también su estado emocional y mental, ya que se ven enfrentados a una serie de estresores socioculturales, económicos y psicológicos. Se ha considerado que al ser una enfermedad crónica e incurable provoca cierto grado de depresión en los pacientes portadores. (OMS, 2018).

La depresión es un trastorno mental frecuente, el cual se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, siendo muy frecuente entre los pacientes infectados por virus de inmunodeficiencia humana, su prevalencia es dos a tres veces más alta que en la población general considerándose como una de las co-morbilidades psiquiátricas más frecuentes y la de mayor incidencia tras el diagnóstico de dicha infección. (OMS, 2018).

El efecto de un diagnóstico de una enfermedad crónica como el VIH / SIDA cambia la forma como la persona se ve a sí misma y a su vida, afectando profundamente el auto concepto y la adaptación, reflejándose en todo el sistema familiar. Se ha descrito que cuando hay un cambio en un integrante del sistema familiar, como una enfermedad, repercute y afecta a todo el sistema familiar y ésta a la vez repercute y afecta al paciente. (Weiser, 2006).

Como el VIH no solo afecta al paciente, sino también a la familia, es posible que ante la noticia del diagnóstico se presentaran diferentes tipos de emociones y sentimientos tanto de la familia como en el paciente. La familia influye en la salud y la enfermedad de cada uno de sus miembros, esto significa que el apoyo de la familia desempeña un papel fundamental en la salud o la enfermedad de los individuos. (Marín, 2001).

El apoyo se define como la disponibilidad y preocupación por motivar, comprender y ofrecer “soporte” a la persona, de manera que encuentre las herramientas que le conduzcan a la auto superación, así como a adquirir las capacidades que le ayuden a enfrentar con firmeza y seguridad las situaciones difíciles; saber cómo actuar y reaccionar ante diversos eventos, sin dejarse descontrolar por el estrés y las emociones que le despiertan. (Marín, 2001).

El apoyo familiar ha mostrado tener influencia en diversos aspectos de los procesos de salud y enfermedad; entre ellos, la forma de afrontar el estrés, la progresión de la enfermedad, el ajuste y la recuperación de la enfermedad, y el inicio y mantenimiento de los cambios conductuales necesarios para prevenir enfermedades o complicaciones. Por lo tanto la familia determina la adaptabilidad del individuo dentro de la sociedad. (Nunes, 2012).

Dada la importancia de este tema es así como nace el interés de analizar cómo se comportan las variables depresión y apoyo familiar en los pacientes seropositivos a VIH. (Donovan, 2014).

I. Antecedentes

Entre los años 1978 y 1981 aumentó la prevalencia de personas que padecían neumonía por *Pneumocystis carinii* (ahora *Pneumocystis jirovecii*) y sarcoma de Kaposi en los Estados Unidos de América (EUA), estas infecciones eran poco conocidas en aquel entonces; las cuales se reportaban en pacientes con gran inmunosupresión celular. A medida que los casos se acumulaban, se encontraron factores de riesgo en común entre los afectados (las 4H), la mayoría eran del sexo masculino: heroinómanos, haitianos, homosexuales y hemofílicos. (Torruco, 2015).

En EUA un grupo de expertos definió el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) para facilitar su seguimiento, ignorando aun que la causa pudiera ser solo una. Fue hasta el año de 1984 que se dio con el agente del SIDA, en tejidos obtenidos de pacientes, el culpable de la infección era el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); un año después se desarrolló la prueba que permitía detectar los anticuerpos dirigidos contra el VIH, para finales de ese mismo año ya había reportados 10,000 casos en EUA y casi la mitad de ellos había fallecido; un año después la cifra se triplicó con una proporción similar de muertes. (Torruco, 2015).

Para el año 1987 se aprobó el primer fármaco para tratar el VIH, la zidovudina; la cual producía cierta mejora clínica, pero los pacientes finalmente sucumbían a la infección, dada la resistencia que adquiría el virus en la totalidad de los pacientes que lo habían recibido, se probaron decenas de nuevos fármacos y combinaciones entre ellos con los cuales se mostraba poca mejoría. Fue hasta 1996 que se empezó a desarrollar la primera terapia antirretroviral altamente activa (TARAA), que la infección por VIH pasó de ser una enfermedad fatal a una enfermedad crónica, de ser una condena de muerte a la esperanza de una vida normal. El TARAA no erradica al VIH del organismo humano, pero si se toma puntualmente y con gran porcentaje de

apego, el virus desaparece de la sangre y se refugia en un estado latente en el cual no puede ser erradicado. (Torruco, 2015).

La infección por VIH es considerada como una enfermedad crónica, actualmente con una expectativa de vida más larga, por lo que los trastornos psiquiátricos se hacen más evidentes. La depresión tiene un papel trascendente, pues se relaciona con una menor calidad de vida, falta de apego al tratamiento y una mayor mortalidad. Su prevalencia en pacientes con VIH varía de 21% a 97% según la literatura. Tomando en cuenta las repercusiones que la depresión trae consigo en los pacientes con VIH, en un estudio realizado en la Ciudad de México donde se estudió la prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA se identificó que 10.63% calificó con ansiedad generalizada, 18.13% se encontró con depresión moderada, y 0.63% con depresión severa.

En cuanto al apoyo familiar en un paciente seropositivo a VIH es trascendental, ya que tiene gran impacto, entre ellos el emocional ya que la familia forma una parte importante en la comprensión y en el proceso de la enfermedad. En un estudio realizado en Puebla México valoraron la influencia del apoyo familiar en el cuidado de la persona con VIH/SIDA, llegando a la conclusión que el apoyo familiar constituye una fortaleza importante para la aceptación del trastorno, así como para el apego al tratamiento. (Marín, Hernandez, 2014).

II. Fundamentación teórica

III.1 Epidemiología

La enfermedad de VIH continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública a nivel mundial, la cual ha cobrado millones de vidas. A finales de 2018 había aproximadamente 37.9 millones de personas infectadas por el VIH en el mundo, y en ese año murieron 770000 personas por causas relacionadas con el VIH, y 1.7 millones de personas contrajeron la infección. (OMS, 2018).

De acuerdo a los registros del año 2016, en África según la OMS había 25,6 millones de personas infectadas. Esta Región es la más afectada, abarcando casi dos tercios de las nuevas infecciones por el VIH en el mundo, la infección se suele diagnosticar mediante análisis rápidos que permiten detectar la presencia o ausencia de anticuerpos contra el virus. En la mayoría de los casos, los resultados se obtienen el mismo día, una cuestión fundamental para diagnosticar la infección es atender a los afectados e iniciar el tratamiento lo antes posible. (OMS, 2018).

Según la última notificación de censida México 2019, los casos nuevos diagnosticados durante dicho año, de VIH 9828 casos, de SIDA 5825 casos, un total de 15653 casos reportados. Los 3 estados con la mayor tasa de nuevos casos (tasa por 100, 000 habitantes) con SIDA; Campeche 18.3, Quintana Roo 17.0, Yucatán 14.1, con VIH; Quintana Roo 34.1, Campeche 19.0, Colima 15.9. En la ciudad de Querétaro en el año 2019 se reportaron 1736 casos de SIDA. (CENSIDA 2019).

Hay grupos poblacionales que requieren especial atención ya que corren un mayor riesgo de infección: homosexuales, los consumidores de drogas inyectables, los presos y personas que están reclusas en otros entornos, los trabajadores sexuales y sus clientes, y los transexuales, se calcula que en 2015, el 44% de las nuevas infecciones afectaron a personas de estos grupos poblacionales y a sus parejas. En cuanto al

género aun continua siendo en mayor porcentaje en el sexo masculino (OMS.2018).

En un estudio realizado en México dentro de las características clínicas y epidemiológicas se encontró que mayoría de los pacientes eran adultos masculinos entre 31 y 40 años, predominando la infección en mestizos, personas casadas o en unión libre y nivel sociocultural bajo. La forma de transmisión fue sexual (homosexual en 85.9% de los casos) y predominaron los casos VIH sobre los casos SIDA, la comorbilidad más común fue hipertensión arterial sistémica. (Sandoval, 2016).

Aunque aún no se ha descubierto la cura para esta infección, el tratamiento antirretrovírico permite mantener controlado el virus y prevenir la transmisión para que tanto las personas infectadas como los que corren riesgo de contagio puedan llevar una vida saludable, larga y productiva. Según las estimaciones, solamente el 70% de las personas infectadas conocen su estado serológico. (OMS, 2018).

Entre el año 2000 y 2016, el número de nuevas infecciones se redujo en un 39% y las defunciones disminuyeron en una tercera parte. Lo que significa que se salvaron 13,1 millones de vidas gracias al tratamiento antirretroviral (TAR) en ese periodo. Lo cual fue logro de enormes esfuerzos realizados en el marco de programas nacionales de lucha contra el VIH, con la ayuda de la sociedad civil y un conjunto de asociados para el desarrollo (OMS, 2018).

III.2 Depresión y el paciente seropositivo.

La depresión es un trastorno mental frecuente, el cual se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (OMS, 2018).

Tanto el comportamiento como el estilo de vida son factores determinantes en la salud de una persona, los cuales tienen relación de

forma significativa, un ejemplo sería la asociación entre las enfermedades crónicas con un estilo de vida patógeno, la respuesta al diagnóstico de una enfermedad crónica siempre tiene implicaciones psicológicas y sociales complejas. (Vinaccia, 2012).

Dicho hecho ha dado lugar a que los profesionales de la salud establezcan objetivos de atención concomitantes: el control de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas. Por lo cual los aspectos psicosociales son parte importante de los cuidados en las enfermedades crónicas y surgen de las respuestas individuales de los pacientes, las familias, los amigos y la sociedad, frente al diagnóstico y al pronóstico. Cualquiera que sea el resultado de la enfermedad, el objetivo es mejorar la calidad de vida. (Vinaccia, 2012).

Las enfermedades infecciosas son el grupo de afecciones que mayor impacto ha tenido en la historia de la humanidad y que aún constituyen uno de los principales motivos a nivel sanitario, a nivel epidemiológico la mayoría de las personas pueden desarrollar alguna incapacidad o enfermedad crónica. Esta infección es considerada como una enfermedad crónica y compleja que implica un proceso multifactorial desde un modelo biopsicosocial, en el cual las personas seropositivas no sólo se ven afectado su funcionamiento fisiológico, sino también su estado emocional y mental, ya que se ven enfrentados a una serie de estresores socioculturales, económicos y psicológicos con los cuales deben lidiar. (Arrivillaga, 2006; Gaviria, 2012).

La depresión es un trastorno muy frecuente entre los pacientes infectados por virus de inmunodeficiencia humana, su prevalencia, esta descrita en torno al 37% en E.U.A, y en América Latina alrededor del 21%, lo que es dos a tres veces más alta que en la población general considerándose como una de las co-morbilidades psiquiátricas más frecuentes y la de mayor incidencia tras el diagnóstico de dicha infección. (Wolff, 2010).

Asociándose con mala salud, no apego al cumplimiento de los medicamentos antirretrovirales (ARV) y una progresión más rápida al Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y la muerte entre las personas seropositivas, el impacto de la depresión en personas infectadas, se ve agravado por el hecho de que los servicios de salud mental están subutilizados significativamente entre las personas seropositivas, el tratamiento de la depresión en personas infectadas se asocia con una mejor utilización y adherencia antirretroviral, lo cual conlleva a tener una mejor calidad de vida y mejora del estado de ánimo. (Weiser, 2006).

Se ha observado que los pacientes con mayor cantidad y severidad de los síntomas atribuibles a la infección, presentarían mayor riesgo de depresión, en un estudio realizado en Colombia en mujeres, encontraron que la prevalencia de depresión variaba si se subdividía a su muestra en un grupo con síntomas asociados al VIH y otro asintomático, la prevalencia del primero alcanzaba a 38,3%, *versus* 13,3% en el segundo, lo cual obtuvo una diferencia estadísticamente significativa. (Antakly, 2010).

El diagnóstico de una enfermedad crónica cambia la forma como la persona se ve a sí misma y a su vida, afectando profundamente el auto concepto y la adaptación dependerá de múltiples factores, como: la edad, el género, el estatus social, el apoyo familiar y social, la educación, las creencias religiosas, los patrones de personalidad, la inteligencia, los estilos de afrontamiento, el equilibrio o control emocional, etc. Estas pueden aparecer, mantenerse o agravarse en función de las conductas individuales; por lo tanto, es fundamental evaluar el concepto de estilos de afrontamiento para entender las estrategias que pone en acción o en marcha una persona cuando se enfrenta a una enfermedad como esta. (Vinaccia, 2012; Antakly, 2006).

En diferentes estudios se ha demostrado que las personas seropositivas suelen experimentar estados de depresión más o menos prolongados a lo largo del proceso de la enfermedad. (Ammassari, 2014).

III.3 Escala de depresión de Zung

Considerando, la relevancia clínica de la variable depresión en personas seropositivas, existen instrumentos para evaluarla, uno de ellos es la escala de depresión de Zung, este instrumento fue administrado a 62 personas seropositivas, al momento del estudio eran vistos en el Centro Ambulatorio para la prevención y atención para pacientes con VIH, en la Ciudad de Hermosillo México. Para la evaluación de las propiedades psicométricas de la escala se utilizaron en orden sucesivo los siguientes procedimientos: la prueba student de comparación de medias para la comprensión de las preguntas; un análisis factorial exploratorio con rotación varimax para estudiar la validez de constructo y el coeficiente de Cronbach para valorar la confiabilidad. (Rivera, 2007).

Evalúa la depresión en pacientes seropositivos, la cual cuenta con un alfa de Cronbach de 0.88, y está constituido por 20 reactivos que exploran síntomas relacionados con episodios depresivos en el transcurso de las últimas dos semanas, (estado de ánimo, síntomas cognoscitivos y somáticos). Cada pregunta tiene cuatro opciones de respuesta que van desde 1 (muy pocas veces) hasta 4 (la mayoría de las veces), la suma de las 20 preguntas produce una puntuación que permite identificar el nivel de depresión, menos de 50 puntos: personas que se encuentran en un rango normal, sin depresión, de 50 a 59 puntos para personas que experimentan depresión mínima, 60 a 69 para personas que experimentan depresión moderada, más de 70 puntos para personas que experimentan depresión severa. (Rivera, 2007).

No obstante la escala de depresión de Zung no asegura por sí sola el diagnóstico de depresión, tiene la ventaja de que permite identificar el nivel de sintomatología de depresión que experimentan las personas en un momento del continuo de interacción y que, por tanto, puede aportar información clínica valiosa, particularmente en personas que viven con alguna enfermedad crónica. (Rivera, 2007).

III.3 Apoyo familiar y el paciente seropositivo.

El apoyo se define como la disponibilidad y preocupación por motivar, comprender y ofrecer “soporte” a la persona, de manera que encuentre las herramientas que le conduzcan a la auto superación, así como a adquirir las capacidades que le ayuden a enfrentar con firmeza y seguridad las situaciones difíciles; saber cómo actuar y reaccionar ante diversos eventos, sin dejarse descontrolar por el estrés y las emociones que le despiertan. (Marín, 2001).

El apoyo social ha mostrado tener influencia en diversos aspectos de los procesos de salud y enfermedad; entre ellos, la forma de afrontar el estrés, la progresión de la enfermedad, el ajuste y la recuperación de la enfermedad, y el inicio y mantenimiento de los cambios conductuales necesarios para prevenir enfermedades o complicaciones. (Barra, 2004).

El soporte social está relacionado con información que hace que la persona se sienta amada, apreciada, valorada y perteneciente a una red social de comunicación, la familia es concebida como un espacio de socialización primaria, de solidaridad y de protección social, el funcionamiento familiar puede influenciar la conducta del individuo tanto de forma positiva como negativa, los cuales serán facilitadores o dificultadores en otras relaciones establecidas por el individuo a lo largo de su vida. (Nunes, 2012).

La familia es un sistema compuesto por un conjunto de personas que se encuentran en una interacción dinámica donde lo que le pasa a uno tiene repercusión en los otros y viceversa, esto hace reflexionar en la importancia de la familia para el individuo, desde que el individuo nace, hasta que enferma y recupera o muere requiere el apoyo de este grupo primario, en el seno familiar se toman decisiones las cuales pueden incidir favorable o desfavorablemente en la evolución de cualquier tratamiento y rehabilitación. (Pierre, 1989; Ortiz, 2016). De igual modo el miembro enfermo es el portavoz de la familia y es en él donde se sintetiza la crisis que atraviesa la

familia, por lo tanto; la familia determina la adaptabilidad del individuo dentro de la sociedad. (Ortiz, 2016).

La familia construye significados de la cultura tomándolos como propios, reproduciéndolo en cada uno de sus miembros. La deshonra y el rechazo se construyen en la familia como una violencia simbólica aprendida en el seno familiar. (Casas, 2008). Hay estudios en pacientes homosexuales y transexuales con alto índice de rechazo familiar quienes son más propensos a la depresión, suicidio, consumo de drogas o riesgo de contraer el VIH. (Granados, 2009; Donovan, 2014).

La confirmación de un diagnóstico positivo, tiene un impacto emocional influido tanto por la ignorancia acerca de la enfermedad, así como por el temor al rechazo y estigma en su contexto social. Una fuente fundamental de apoyo para el paciente es la familia, ya que al sentirse emocionalmente estable, aumentará el tiempo y calidad de vida, sin embargo, a diferencia de otras enfermedades, ésta tiene un impacto psicosocial distinto debido a su estigmatización. Cuando los miembros de la familia se enteran de que uno de sus miembros ha contraído dicha infección, pueden experimentar una amplia gama de reacciones, como angustia, miedo, ira, tristeza, depresión o desesperanza, como ocurre con el paciente, la reacción inicial de los familiares es influida por esta asociación de la enfermedad con la muerte y aspectos morales, la posibilidad tanto de una muerte física como social. (Flores, 2008).

El comportamiento de la familia en estos pacientes es muy importante; ya que la familia es el pilar de la sociedad y los lazos que la une son incoercibles; la gran mayoría de las veces quien primero sabe del diagnóstico del paciente seropositivo es un familiar directo, el cual fue informado por el mismo paciente en la mayoría de los casos. Por lo cual es la familia es quien puede primero señalar o estigmatizar al paciente y brindar o no el apoyo para enfrentar su realidad. (Louro, 2004; Suk, 2013).

Contar con el respaldo de familiares, pareja o amigos influye considerablemente, ya que las actitudes, creencias, y representaciones mentales hacia el tratamiento y hacia la enfermedad intervienen en los pacientes para incrementar o disminuir la adherencia terapéutica y un estado emocional estable. (OMS, 2018). En el ámbito personal, de acuerdo a apoyo familiar, estudios realizados en pacientes con enfermedades crónicas evidencian la relevancia del factor psicológico, así un estado emocional estable favorece una mayor y mejor adherencia terapéutica, en cambio la presencia de algún trastorno como la depresión, angustia o estrés, puede ocasionar que el paciente olvide o haga caso omiso de las indicaciones médicas. (Gordillo, 1999).

Es de gran importancia la adherencia terapéutica no solo en pacientes seropositivos, si no en otras enfermedades. En esta enfermedad se ha visto que una adecuada adherencia al tratamiento propicia una lenta progresión clínica de la enfermedad y aumenta la calidad de vida de los pacientes. (Varela, 2008).

Es necesario comprender las necesidades de las familias afectadas, ya que las enfermedades que amenazan la vida tienen un impacto negativo en la calidad de vida del cuidador y en las relaciones familiares, lo que lleva a comportamientos no deseados y problemas de salud. (Ji, 2007; Wu, 2008).

Por lo tanto se otorga el debido reconocimiento a la importancia de la familia y las redes sociales, que son esenciales para el desarrollo de las personas en una cultura determinada. También son extremadamente importantes en el contexto de las políticas públicas y en el sector de la salud y en la cobertura de beneficios y servicios, esto se debe a que es en la familia donde se puede ver el cuidado y la atención que es esencial en el contexto de la salud. (Souza, 2015).

III.5 Encuesta percepción de apoyo familiar.

La encuesta percepción del sujeto con VIH sobre el apoyo que le brinda su familia, está constituido por 19 reactivos con pesos factoriales de 0.823 y 0.418 y un alfa de Cronbach general de la escala de 0.8826, donde se evalúan tres factores: el primero es la preocupación familiar por el enfermo en la cual se evalúan 7 reactivos 2,5,8,10, 14 y 19. El segundo factor a evaluar es: apoyo emocional, donde se evalúan 5 reactivos: 1,3,6,12 y 16, y el tercer factor a evaluar: percepción del apoyo familiar por el enfermo, donde se evalúan 7 reactivos: 4,7,9,11,13,15 y 18. (Velasco, Luna, 2006).

La escala diseñada para evaluar la percepción de apoyo que recibe el individuo por su familia, quedó integrada por tres factores que permiten evaluar la preocupación familiar por el enfermo, así como el nivel de apoyo emocional que le brindan, para finalmente conocer la percepción del apoyo familiar por el enfermo. Este instrumento muestra una fuerte consistencia interna (alfa de Cronbach de 0.8405). La respuesta de las personas a las cuales el paciente seropositivo comunicó su diagnóstico fue estimada más empática de lo que ellos esperaban por el 99.1% de los enfermos. Lo cual parece expresarse con el apoyo recibido. Este hecho se corrobora por la fuerte correlación entre: preocupación familiar por el enfermo y percepción de apoyo familiar por el enfermo. (Velasco, Luna, 2006).

A medida que transcurre el tiempo desde que el sujeto es diagnosticado, aumenta el número de personas a las cuales notifica su diagnóstico, siempre y cuando perciba que su grupo social no lo estigmatiza. (Velasco, Luna, 2006).

Para los individuos encuestados existe mayor percepción del apoyo familiar que reciben de su grupo social. Al transcurrir mayor tiempo a partir de que el individuo da a conocer su diagnóstico, la preocupación familiar por el enfermo permanece igual, pues las demandas emocionales del padecimiento y del individuo continúan siendo abrumadoras; pero el apoyo

emocional tiende a disminuir. Este instrumento válido y confiable contribuye a distinguir a aquellos individuos que perciben apoyo familiar de los que no, aquí radica la relevancia clínica y social de la creación de este instrumento, pues es importante que la percepción de apoyo por el enfermo se haya relacionado con un mejor bienestar psicológico y social. (Velasco, Luna, 2006).

Para calificarlo de una forma unidimensional, se hace la suma de los puntajes obtenidos en el instrumento y comparar con el punto de corte, $19 \times 3 = 57$ (punto de corte o punto medio). La suma de los puntajes obtenidos por arriba de 57 puntos indica el grado de percepción de apoyo, el máximo de puntaje a obtener es de 95 y el mínimo de 19, a mayor puntaje mayor grado de percepción de apoyo. Para hacer una evaluación cualitativa, se deberán identificar las preguntas que están calificadas con 2 y 1. 19×3 : ni en acuerdo, ni en desacuerdo, se refiere a ambivalencia o ambigüedad. 19×2 : es igual a la percepción de falta de apoyo. 19×1 : es igual a la percepción de ningún apoyo. (Velasco, Luna, 2006).

III. Hipótesis o supuestos

Hipótesis alterna (H_a)

Existe relación entre depresión y apoyo familiar en pacientes seropositivos.

Hipótesis nula: (H_0)

No existe relación entre depresión y apoyo familiar en pacientes seropositivos.

IV. Objetivos

V.1 Objetivo general

Determinar la relación entre la depresión y el apoyo familiar en pacientes seropositivos.

V.2 Objetivos específicos

V.2.1 Determinar la relación entre depresión y apoyo familiar en el factor preocupación familiar por el enfermo

V.2.2 Determinar la relación entre depresión y apoyo familiar en el factor apoyo emocional.

V.2.3 Determinar la relación entre depresión y apoyo familiar en el factor percepción del apoyo familiar por el enfermo.

V. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

Se realizó un estudio observacional, transversal, con análisis de correlación, en pacientes seropositivos que acudieron a la consulta externa de Medicina Interna en el HGR1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación Querétaro, durante el periodo de febrero del 2018 a febrero 2019.

VI.2 Población o unidad de análisis

Pacientes usuarios y derechohabientes que acudieron al servicio de medicina interna en el turno vespertino, consultorio 8 B, de la clínica No. 13 IMSS Querétaro.

VI.3 Muestra y tipo de muestra

Para el cálculo de tamaño de muestra se utilizó la fórmula para correlación simple en un grupo, cuyo objetivo es una correlación simple, con una zona de rechazo a la derecha, en base a la hipótesis propuesta con un nivel de confianza de 95% y un poder de prueba del 80%, donde:

$$N: 3 + k / c^2$$

Dónde:

n: número de muestra

Zeta de alfa: valor z correspondiente al riesgo deseado (0.5)

Zeta de beta: valor z correspondiente al riesgo deseado (0.8)

r: 0.4

$$K: (z\alpha + z\beta)^2$$

$$C2: 0.4 \ln (1 + r) / (1 - r)$$

$$K: 6.2$$

$$C2: 0.5 \ln (1 + 0.4) / (1 - 0.4)$$

$$C2: 0.5 \ln (1.4) / (0.6)$$

$$C2: 0.5 \ln (2.33) = 0.422$$

Despejando:

$$n: 3 + \frac{6.2}{0.422^2}$$

$$n: 3 + \frac{6.2}{0.178}$$

$$n: 3 + 34.83$$

$$n: 38$$

Tamaño de la muestra 38, se llevó muestra a 68 pacientes para mayor validez.

Se realizó muestreo no probabilístico por conveniencia, hasta completar el tamaño de muestra.

VI.3.1 Criterios de selección

Se incluyeron pacientes con diagnóstico seropositivo, ambos sexos, que aceptaron participar y contestar las encuestas bajo la firma de consentimiento informado, mayores de 18 años. Se excluyeron pacientes que no sabían leer ni escribir, pacientes con diagnóstico de padecimiento psiquiátrico. Se eliminaron pacientes que contestaron los cuestionarios en forma incompleta.

VI.3.2 Variables estudiadas

Se estudiaron variables sociodemográficas: edad, sexo, escolaridad, preferencia sexual. Variables clínicas: apoyo familiar, depresión, diagnóstico, tiempo de diagnóstico, infecciones más frecuentes, comorbilidades, apoyo psicológico o moral.

VI.4 Técnicas e instrumentos

El instrumento de evaluación que se utilizó para evaluar la depresión es la escala de depresión de Zung, fue validado en pacientes seropositivos a VIH, cuenta con un alfa de Cronbach de 0.88, y está constituido por 20 reactivos que exploran síntomas relacionados con episodios depresivos en el transcurso de las últimas dos semanas, (estado de ánimo, síntomas cognoscitivos y somáticos). Cada pregunta tiene cuatro opciones de respuesta que van desde 1 (muy pocas veces) hasta 4 (la mayoría de las veces), la suma de las 20 preguntas produce una puntuación que permite identificar el nivel de depresión, menos de 50 puntos: personas que se encuentran en un rango normal, sin depresión, de 50 a 59 puntos para personas que experimentan depresión mínima, 60 a 69 para personas que experimentan depresión moderada, más de 70 puntos para personas que experimentan depresión severa.

Para evaluar la variable de apoyo familiar, se utilizó la escala percepción del sujeto con VIH sobre el apoyo que le brinda su familia, la cual está constituido por 19 reactivos con pesos factoriales de 0.823 y 0.418 y un alfa de Cronbach general de la escala de 0.8826, donde se evalúan tres factores: el primero es la preocupación familiar por el enfermo en la cual se evalúan 7 reactivos 2,5,8,10, 14 y 19. El segundo factor a evaluar es: apoyo emocional, donde se evalúan 5 reactivos: 1,3,6,12 y 16, y el tercer factor a evaluar: percepción del apoyo familiar por el enfermo, donde se evalúan 7 reactivos: 4,7,9,11,13,15 y 18.

La escala diseñada para evaluar la percepción de apoyo que recibe el individuo por su familia, quedó integrada por tres factores que permiten evaluar la preocupación familiar por el enfermo, así como el nivel de apoyo emocional que le brindan, para finalmente conocer la percepción del apoyo familiar por el enfermo. Este instrumento muestra una fuerte consistencia interna (alfa de Cronbach de 0.8405).

VI.5 Procedimientos

Se solicitó autorización del protocolo por parte Comité de Investigación del IMSS y de la Dirección del HGR1. Se invitó a participar a los pacientes seropositivos que cumplieron con los criterios de inclusión, que acudieron al servicio de Medicina Interna del HGR1 IMSS Querétaro Delegación 23, de las 15:00 a las 20:00 hr, de lunes a viernes por parte del investigador principal.

Aquellos que aceptaron se les solicitó firmar el consentimiento informado posterior a explicarse ampliamente en qué consistía la investigación.

Se les dieron los siguientes instrumentos: Escala de depresión de Zung en personas con VIH, y el instrumento percepción del paciente con VIH, sobre el apoyo que le brinda su familia. Al término se les calificó y se les dio el resultado en forma privada, asimismo se canalizó al área de psicología, psiquiatría y trabajo social según el caso necesario. Toda la información se trató con los más altos estándares de confidencialidad.

VI.5.1 Análisis estadístico

Se realizó análisis univariado, con estadística descriptiva con promedios, desviación estándar, frecuencias absolutas y porcentajes con sus respectivos intervalos de confianza y correlación de Pearson.

VI.5.2 Consideraciones éticas

En el presente estudio se contempló la reglamentación ética vigente al someterse a un comité de investigación local en salud, ante el cual se presentó para su revisión, evaluación y aceptación.

Se utilizó solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio. Dentro de la Declaración de Helsinki 2013, se respetó el artículo 11 “En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación”. Así como el artículo 23 que refiere “deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.”

Por las características del estudio se consideró que no implica riesgo para los pacientes. Se explicaron todos los beneficios que se obtuvieron al conocer si se padece algún trastorno del estado de ánimo, o carecían de falta de apoyo familiar y poder incidir en ello y que esto aporte mejora a la salud física, mental y social.

A los pacientes que salieron con depresión y con falta de apoyo familiar, se les dio el resultado, y se les derivó a los servicios de psicología, psiquiatría y trabajo social.

VI. RESULTADOS

En la investigación participaron 68 pacientes (100%) que cumplieron con los criterios de selección.

En las características sociodemográficas se encontró pacientes del sexo masculino 64 (94.1%). En cuanto a la variable escolaridad se identificó el bachillerato con mayor frecuencia con 37 pacientes, (54.4%). (Cuadro VII.1).

Se identificó que el promedio de edad de la población estudiada fue de 31.56 ± 9.54 años, la edad mínima fue de 19 años, y la máxima de 62 años, el diagnóstico de seropositividad a VIH al momento del estudio fue de 4.12 ± 2.53 años. (Cuadro VII.2).

En relación a las características clínicas, 26 pacientes (38.2%) no presentaron comorbilidades; dentro de los pacientes que si presentaron comorbilidades fueron Hipertensión Arterial Sistémica con una frecuencia de 21 pacientes (30.9%). Dentro de las infecciones más comunes fueron las infecciones de Vías Respiratorias Altas con una frecuencia 51 pacientes (75%). (Cuadro VII.3).

En cuanto a la preferencia sexual, el mayor porcentaje fue homosexual en 41 pacientes (60.3%). El diagnóstico de VIH fue el más frecuente al momento del estudio, con una frecuencia de 64 pacientes (94.1%). (Cuadro VII.4).

Al aplicar la escala percepción del sujeto con VIH sobre el apoyo que le brinda su familia, se identificó que 51 pacientes (75.0%) si perciben apoyo familiar. Esta escala divide el apoyo en tres factores, donde se identificó en el factor 1: La preocupación familiar por el enfermo, se identificó que si hay preocupación familiar con una frecuencia de 52 pacientes (76.5%), el factor

2 se refiere al apoyo emocional, se identificó que si hay apoyo en 52 pacientes (76.5%), el factor 3 es la percepción del apoyo familiar por el enfermo, se encontró que los pacientes perciben apoyo familiar con una frecuencia de 52 pacientes (76.5%). El promedio de la percepción global es de $76.8 \pm 16 \%$. (Cuadro VII.5).

Con la escala de depresión de Zung, se identificó en los pacientes, un total de 41 pacientes (60.3%) sin depresión, 22 pacientes (32.4%) con depresión mínima.. Se identificó que en promedio, 50.4 ± 5.9 de los pacientes seropositivos presentan depresión. (Cuadro VII.6).

Se encontró una correlación inversamente proporcional entre la depresión y la percepción global del apoyo con $r: -0.500$, y una $p: 0.000$.

La correlación entre de depresión y el factor 1 preocupación familiar por el enfermo, fue inversamente proporcional y significativa, con $r: -0.510$ y una $p: 0.000$.

La correlación entre depresión y el factor 2 apoyo emocional, fue inversamente proporcional y significativa, con $r: -0.578$ y una $p: 0.000$.

La correlación entre depresión y el factor 3 percepción del apoyo familiar por el enfermo, fue inversamente proporcional y significativa, con $r: -0.509$ y una $p: 0.000$. (Cuadro VII.7).

Cuadro VII.1 Características sociodemográficas de pacientes seropositivos.

n 68

	Frecuencia	Porcentaje
Género		
Hombre	64	94.1
Mujer	4	5.9
Escolaridad		
Primaria	2	2.9
Secundaria	11	16.2
Bachillerato	37	54.4
Licenciatura	17	25
Posgrado	1	1.5

Fuente: Hoja de recolección de datos del protocolo “Relación entre depresión y apoyo familiar en pacientes seropositivos.”.

Cuadro VII.2 Años de diagnóstico de seropositividad y edad promedio de la población estudiada.

	n 68	
	Promedio	Desviación
Edad	31.56	9.54
Años de diagnóstico	4.12	2.53

Fuente: Hoja de recolección de datos del protocolo “Relación entre depresión y apoyo familiar en pacientes seropositivos.”.

Cuadro VII.3 Características clínicas de los pacientes seropositivos.

	Frecuencia Porcentaje	
Comorbilidades		
Hipertensión arterial	21	30.90
Dislipidemia	2	5.90
Obesidad	11	16.20
Evento cardiovascular	1	1.50
Diabetes tipo 2	2	7.40
Ninguno	26	38.20
Infecciones más comunes		
Vías Respiratorias Altas	51	75.00
Gastroenteritis	12	17.60
Infección de Vías Urinarias	3	4.40
Otras	2	2.90

Fuente: Hoja de recolección de datos del protocolo “Relación entre depresión y apoyo familiar en pacientes seropositivos”.

Cuadro VII.4 Preferencia sexual y diagnóstico al momento del estudio de los pacientes seropositivos.

	n 68	
	Frecuencia	Porcentaje
Preferencia sexual		
Homosexual	41	60.30
Bisexual	23	33.30
Heterosexual	4	5.90
Diagnóstico		
VIH	64	94.10
SIDA	4	5.90

Fuente: Hoja de recolección de datos del protocolo "Relación entre depresión y apoyo familiar en pacientes seropositivos".

Cuadro VII.5 Percepción del paciente seropositivo sobre el apoyo que le brinda su familia

n 68

	Frecuencia	Porcentaje
Percepción de apoyo familiar		
Sí	51	75.00
No	17	25
Factor 1		
No preocupación familiar por el enfermo	16	23.50
Sí preocupación familiar por el enfermo	52	76.50
Factor 2		
No apoyo emocional	16	23.50
Sí apoyo emocional	52	76.50
Factor 3		
No percibe apoyo familiar	16	23.50
Sí percibe apoyo familiar	52	76.50

Fuente: Escala de percepción del sujeto con VIH sobre el apoyo que le brinda su familia

Cuadro VII.6 Nivel de depresión en los pacientes seropositivos.

n 68

	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de depresión		
Sin depresión	41	60.30
Mínima	22	32.40
Moderada	5	7.40

Fuente: Escala de depresión de Zung.

Cuadro VII.7 Correlación entre depresión y apoyo familiar en pacientes seropositivos

	n 68			
	Media	Desviación	*r	p
Depresión	50.44	5.9	-0.5	0
Percepción global	76.88	16.9		
Depresión	50.44	5.9	-0.51	0
Factor 1 Preocupación familiar por el enfermo	28.16	6.7		
Depresión	50.44	5.9	-0.578	0
Factor 2 Apoyo emocional	20.07	4.93		
Depresión	50.44	5.9	-0.509	0
Factor 3 Percepción del apoyo familiar por el enfermo	28.43	7.1		

Fuente: Escala de depresión de Zung y Escala de percepción del sujeto con VIH sobre el apoyo que le brinda su familia.

*r: correlación de Pearson significativa cuando p es menor de 0.05.

VII. Discusión

El ser portador de VIH o desarrollar la enfermedad de SIDA, produce cambios en la vida de la persona que la padece y de las personas que lo rodean, la respuesta de la familia de un paciente seropositivo, tiene un gran impacto en diferentes aspectos entre ellos el emocional, ya que la familia forma una parte importante en la comprensión y del proceso de la enfermedad.

Una de las funciones primordiales de la familia lo constituye el apoyo a los miembros que la integran, en el caso de que un miembro se enferme, esta función adquiere mayor relevancia tanto en la parte física como emocional, al cumplirse esa función pueden resolverse situaciones que influirán en el estado de salud del paciente.

Si la familia desconoce el cómo enfrentarse a esta crisis paranormativa y como apoyar al integrante, es más propenso que éste, presente además, alteraciones psicológicas como la depresión.

Pero si la familia cuenta con los elementos necesarios para hacer frente a la enfermedad y brindarle el apoyo necesario al enfermo, surgirán los ajustes para la adaptación tanto para el enfermo como para los integrantes de la familia.

En este estudio el 94% de los pacientes fueron del sexo masculino, esto es coherente con la literatura que reporta que el mayor porcentaje de pacientes seropositivos son varones, ya que una de las principales vías de transmisión es la sexual. (OMS, 2018).

Otro aspecto a destacar es que solo el 3% de los pacientes cursaron primaria, el 50% reportó preparatoria y 25% licenciatura, son cifras altas comparado con la literatura que menciona primaria como la más destacada dentro de este grupo de pacientes, por lo que son personas con un nivel

educativo que les permite tener acceso a información en salud de prevención de enfermedades de transmisión sexual. (Sandoval, 2016).

Durante el estudio, se identificó que el promedio de diagnóstico fue de 4 años, es importante dado que ya conocen su patología y consecuencias que conlleva. La edad de los pacientes que participaron fue de 19 a 62 años, en promedio 32 años, muy similar a la literatura citada pacientes entre 31 y 40 años, es población económicamente activa, en plena edad reproductiva, por lo que los patrones de conducta sexual son muy importantes para delimitar el contagio. (Sandoval, 2016).

Acorde a las infecciones que refirieron como Infección de vías respiratorias altas, gastroenteritis e infecciones de vías urinarias, son las más frecuentes acorde la literatura, ya que aparte de que son infecciones comunes el hecho de ser inmunodeficientes favorece a padecerlas más frecuentemente. (Antakly, 2010).

Las comorbilidades principales fueron Hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias y EVC, importante dado que en la ENSANUT 2018 (Encuesta Nacional de salud y nutrición 2018) indica que en la población mexicana el 10.3% de la población mayor de 20 años cuenta con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y el 18.4% de la población Mexicana mayor de 20 años cuenta con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica. Esto quiere decir que los pacientes aparte de contar con su diagnóstico de VIH/ SIDA pueden padecer alguna de las comorbilidades más frecuentes de la población Mexicana pudiendo complicar aún más la enfermedad. (ENSANUT, 2018).

La preferencia sexual predominante fue homosexual en el 60%, acorde a la literatura, ya que son los grupos poblacionales con mayor riesgo de infección. (OMS, 2018).

En relación a los diferentes factores que evalúa la escala de apoyo como son la preocupación familiar por el enfermo, el apoyo emocional y la percepción del apoyo familiar por parte del paciente, se encontró que en el 75% de los pacientes si percibieron el apoyo familiar en sus componentes analizados, en relación a la literatura el apoyo familiar en pacientes seropositivos a VIH, constituye una fortaleza importante para la aceptación de la enfermedad, por lo que los pacientes que contaron con apoyo familiar favoreció para un mejor desarrollo de la enfermedad. (Marín 2014; Velasco, 2006).

Con respecto a la depresión que es una enfermedad que en la actualidad ya se considera dentro de los primeros 10 diagnósticos de consulta externa, y es una de las principales complicaciones del paciente seropositivo a VIH según la literatura, el 60% de los pacientes en este estudio no presentaron depresión, sin embargo, el 40% si refirieron algún grado de depresión, es muy importante primero identificarla, y dar el apoyo necesario como sector salud y como sociedad. Se tiene estimado que en el primer año de dx es cuando se incrementa la depresión, y luego de 4 años aún el 40% sigue refiriéndola, por lo que es un problema que debe atenderse. (Antakly, 2010).

Se identificó que a menor depresión mayor apoyo familiar, lo que resulta en una correlación inversamente proporcional.

VIII. Conclusiones

Existe una correlación moderada inversamente proporcional entre la percepción de apoyo familiar y la depresión con significancia estadística.

Existe una correlación moderada inversamente proporcional entre el factor 1 preocupación familiar por el enfermo y la depresión con significancia estadística.

Existe una correlación moderada inversamente proporcional entre el factor 2 apoyo emocional y la depresión con significancia estadística.

Existe una correlación moderada inversamente proporcional entre el factor 3 percepción del apoyo familiar por el enfermo y la depresión con significancia estadística.

Concluyendo que a menor depresión mayor apoyo familiar en los pacientes seropositivos a VIH.

IX. Propuestas

Realizar a todos nuestros pacientes seropositivos una pesquisa para descartar la presencia de trastorno del estado de ánimo, si ya está diagnosticado previamente con depresión darle seguimiento, en caso de ser un nuevo caso iniciar manejo a la brevedad posible. De igual manera darle importancia a si el paciente cuenta o no con apoyo familiar.

Dar mayor importancia a las enfermedades crónicas y a sus complicaciones, capacitando a el personal de salud para cuando se detecte depresión o falta de apoyo familiar, derivarlo inmediatamente a el servicio correspondiente, ya que de esta manera se puede concientizar a la familia acerca de la enfermedad y en caso de que se requiera enviar a la familia a trabajo social, psicología o Psiquiatria y así evitar las complicaciones que trae la depresión y la enfermedad de VIH.

Promover en las clínicas donde haga falta grupos de ayuda a pacientes con VIH, y hacer pesquisa de depresión al inicio del diagnóstico de la enfermedad y posteriormente para conocer la evolución del paciente y así poder evitar posibles crisis del estado emocional en el paciente y en su familia.

X. Bibliografía

- Ammassari, A., Antinori, A. (2014). Depressive symptoms, neurocognitive impairment, and adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected persons. *A.L. & Starac.* 45 (1), 394-402.
- Antakly de Mello, V., Malgebier, A. (2010). Depression in women infected with HIV. *Rev Bras Psiquiatr*, 28 (1), 0-7.
- Arrivillaga, M., Correa, D. (2006). Variables Psicológicas en mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA: un estudio correlacional. *Univ. Psychol Bogotá Colombia*, 5 (3), 659-667.
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. Psicología y Salud. *Revista de psicología*, 14 (2), 237-243.
- Casas, D., Jarillo, E. (2008). La complejidad de la familia: una aproximación teórica desde la medicina familiar y la salud. *Familia. Revista de medicina e investigación*, 5 (1), 1-10.
- Depresión. (2017). Organización Mundial de la Salud. 29 October 2017: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/topics/depression/es>.
- Dirección general epidemiológica. (2019). Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México, registro nacional de casos del SIDA, actualización al cierre de 2019. México: *CENSIDA*. www.gob.mx.
- Donovan, C., Rodríguez T. (2014). Rechazo parental en homosexuales en una unidad de medicina familiar. *Rev Bras Med Comunidade*, 9 (31), 127-132.
- Flores, F., Almanza, M. (2008). Análisis del Impacto del VIH/SIDA en la Familia: Una Aproximación a su Representación Social. *Psicología Iberoamericana*, 16 (2),6-13.

- Galindo, J. (2016). Prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital General se zona 11 del IMSS. *Enfermedades Infecciosas y microbiología*, 30 (4), 129-133.
- Gaviria, A., Quiceno, J. (2012). Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida. *Terapia psicológica*, 27 (1), 5-13.
- Gordillo, V., Del Amo, J. (1999). Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *Aids*, 10 (13), 1763-1769.
- Granados, J., Torres, C. (2009). La vivencia del rechazo en homosexuales universitarios de la Ciudad de México y situaciones de riesgo para VIH/SIDA. *Salud pública Méx*, 51(6), 474-488.
- Ji, G., Lin, C. (2007). The impact of HIV/AIDS on families and children -a study in China. *AIDS*, 21(8),1-10.
- Ortíz, M. (2013). La salud familiar. Caracterización en un área de salud. *Revista Cubana de Medicina Integral*, 15 (3), 303-309.
- Louro, B. (2004). Matriz de salud del grupo familiar: un recurso para el diagnóstico de la situación de salud de la familia. *Revista Cubana Medicina Integral*, 20 (3), 1-10.
- Macías, R. (2000). Antología de la sexualidad humana II. México D.F. Migunicos el porrua. 163-165.
- Marín, F., Rodríguez, M. (2001). Apoyo familiar en el apego a tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Sal Púb de Méx*, 43 (4), 336-339.
- Marín, M. (2014). Influencia del apoyo familia en el cuidado de la persona con VIH/SIDA. *INDEX*, vol. 7 (17), 2-9.
- Nunes, M., Rigotto, D. (2012). Soporte social, familiar y autoconcepto: relación entre los constructos. *Psicología desde el Caribe*, 29(1),1-8.

- OPS. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Delimitación del problema y Capítulo xii. Infección por el vih/sida. Washington: Organización mundial de la salud. Recuperado de <http://www.farmacologia.hc.edu.uy/images/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>.
- Ortiz, M. (2016). Trabajos de revisión de la salud familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 15(4), 439-45.
- Pierre, B. (1989). Sociological Theory. *ASA*, 7(1), 14-25.
- Rivera, B., Corrales, A. (2007). Validación de la Escala de Zung en personas con VIH. *Ter Psicol*, 25(2), 1-8.
- Sandoval, E., Chavarría, Y. (2016). Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes adultos con VIH en el instituto Hondureño de Seguridad Social. *Revista médica de Honduras*, 77(4), 153, 192.
- Souza da Silva, L., Campos, T. (2015). The family's role as a support network for people living with HIV/AIDS: a review of Brazilian research into the theme. *Ciencia & Saude*, 20(4), 1109-1118.
- Suk, Y., Jun, Moon. (2013). The Influence of Family Dynamic, Attachment to Fathers, Attachment to Friends, Self-esteem, and Stress on School Adaptation: A Comparative Study of Adolescents from Non-military Families and Military Families. *Luna International journal of human ecology*, 14(2), 1-5.
- Torruco, G. (2015). Infección por VIH y sida, dos mundos que se apartan. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 59 (1), 36-41.
- Varela, M., Salazar, I. (2008). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA, Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Acta Colombiana de Psicología*, 1(1), 11101-11113.
- Velasco, M., Luna, M. (2006). Instrumento de percepción del sujeto con VIH/SIDA sobre el apoyo que le brinda su familia. En Schoenfeld M, Instrumentos de

evaluación en terapia familiar y de pareja. Primera edición. México: Pax México; 79-86.

Vera, V. (2015). Influencia social y familiar en el comportamiento del paciente con VIH/SIDA ante su diagnóstico y su manejo. *Revista hospital Juárez México*, 71 (1), 29-35.

VIH/sida. 2019. Organización Mundial de la Salud. OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

Vinaccia, S., Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *DIVERSITAS*, 1 (2), 125-137.

Weiser, D., Riley, E. (2006). Factors associated with depression among homeless and marginally housed HIV-infected men in San Francisco. *J Gen Intern Med*, 21(6), 1-4.

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

Wu, S. (2008). Impacts of HIV/AIDS Stigma on Family Identity and Interactions in China. *Fam Syst Health*, 26(4), 431-442.

XII. Anexos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



FOLIO

Encuesta no. 1

“Instrumento de percepción del sujeto con VIH sobre el apoyo que le brinda su familia”

Los enunciados de esta encuesta evalúan pensamientos y emociones del paciente con respecto de su familia.

Lea atentamente la siguiente encuesta y marque como se le indique, la información proporcionada es estrictamente confidencial. Gracias.

Totalmente de acuerdo. (5)

De acuerdo. (4)

Ni de acuerdo, ni en desacuerdo. (3)

En desacuerdo. (2)

Si está totalmente en desacuerdo. (1)

1	Pese a mi enfermedad mi familia se preocupa por mi bienestar	1	2	3	4	5
2	Siento que algunos miembros de mi familia me aman					
3	Me siento apoyado por algunos miembros de mi familia para enfrentar mi vida					
4	Siento que algunos miembros de mi familia me alientan para enfrentar esta enfermedad					
5	Esta enfermedad ha permitido que mi familia me exprese cuanto se preocupa por mí					

6	Me siento escuchado por algunos miembros de mi familia					
7	Desde que me dijeron que padecía de VIH, algunos miembros de mi familia desearían que me cure de este mal					
8	Siento que algunos miembros de mi familia me animan					
9	Esta enfermedad ha permitido que mi familia me exprese su deseo de colaborar para lograr mi bienestar					
10	Me siento comprendido por algunos miembros de mi familia					
11	Siento que algunos miembros de mi familia me cuidan cuando me siento mal de salud					
12	A algunos miembros de mi familia les es importante estar disponibles para brindarme apoyo emocional					
13	Siento que algunos miembros de mi familia realmente desean entenderme					
14	Mi familia se preocupa por mi estado de salud					
15	Me siento respaldado por algunos miembros de mi familia al tomar decisiones					
16	Me siento respaldado por algunos miembros de mi familia cuando hablo con ellos a cerca de lo que me está pasando					
17	Mi familia se preocupa por mi estado de ánimo					
18	Esta enfermedad ha permitido que mi familia exprese su deseo de ayudarme					
19	Me siento protegido por algunos miembros de mi familia cuando estoy enfermo					

Encuesta no. 2

Escala de depresión de Zung en pacientes con VIH:

La cual consta de 20 preguntas que exploran síntomas relacionados con episodios depresivos en el transcurso de las últimas dos semanas, cada pregunta tiene cuatro opciones de respuesta que van de 1 (muy pocas veces) a 4 (la mayoría de las veces), marque solo un cuadro por pregunta.

Factores:	1	2	3	4
1.Me siento aburrido, desanimado y triste.				
2.- Por la mañana es cuando mejor me siento.				
3.- Tengo ataques de llanto o deseo de llorar.				
4.- Tengo problemas de sueño durante la noche.				
5.- Como igual que antes.				
6.- Disfruto al mirar/ conversar.				
7.- Noto que estoy perdiendo peso.				
8.- Tengo problemas de estreñimiento.				
9.- Mi corazón late mas de prisa que lo acostumbrado.				
10.- Me canso sin motivo.				
11.- Mi mente esta depejada siempre.				
12.- Me resulta hacer facil las cosas que solia hacer.				
13.- Me encuentro intranquilo.				

14.- Tengo esperanzas en el futuro.				
15.- Soy mas irritable que de costumbre.				
16.- Tomo las desiciones facilmente.				
17.- Siento que soy util y necesario.				
18.- Siento que mi vida esta llena.				
19.- Siento que los demas estarian mejor sin mi.				
20.- Sigo disfrutando lo que hacía.				

Consentimiento informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (Adultos)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Relación entre la depresión y apoyo familiar en pacientes seropositivos.		
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica		
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, HGR1, Delegación, Querétaro.		
Justificación y objetivo del estudio:	Debido a la alta prevalencia de pacientes seropositivos que presentan depresión se requiere identificar si el apoyo familiar tiene relación con dicha variable. Evaluar la relación entre depresión y apoyo familiar en pacientes seropositivos.		
Procedimientos:	Se realizará aplicación de encuestas		
Posibles riesgos y molestias:	No representa riesgo para la salud, sin embargo puede requerir tiempo para contestar encuesta		
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Pacientes identificados con depresión y falta de apoyo familiar se invitará a acudir a los servicios de psicología y/ o trabajo social.		
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se dará a conocer los resultados de su encuesta al paciente y a autoridades del comité de investigación hospital		
Participación o retiro:	El paciente podrá retirarse en cualquier momento sin que afecte su atención médica que recibe en el Instituto.		
Privacidad y confidencialidad:	El uso de la información será anónimo y confidencial.		
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.		
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica		
Beneficios al término del estudio:	Informar sobre los resultados obtenidos.		
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	Dra. Sandra Margarita Hidalgo Martínez. Doctora en Ciencias Directora clínica de tesis Celular 4421567804 Sandra.hidalgo@imss.gob.mx	Dra. Rosa María Jiménez Herrera Residente de Medicina Familiar Investigador principal Celular: 4433001603 rouse_jh@hotmail.com	Dra. Roxana Gisela Cervantes Becerra. Codirectora de Tesis. Médico Familiar roxgbc77@yahoo.com
Colaboradores:	Rosa María Jiménez Herrera R2 de Medicina Familiar.		
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx			

Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____	_____
Testigo 1:	Testigo 2:
_____	_____
Nombre, dirección, relación, y firma.	Nombre, dirección, relación y firma.
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio	

Clave: 2810-009-013