

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

División Académica Ciencias de la Salud



“Depresión como factor de riesgo de intento suicida en pacientes con VIH en un Hospital de segundo nivel.”

**Tesis para obtener el diploma de la:
Especialidad en Medicina Familiar**

Presenta:

**DRA. CAROLINA RODRÍGUEZ DE
DIOS**

Directores:

**DRA. HERENIA DEL CARMEN
PADRÓN SÁNCHEZ**

**DR. ROGELIO PÉREZ MORENO
DR. AGUSTÍN FLORES SÁNCHEZ**

Villahermosa, Tabasco.

Enero 2024.



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

 <p>UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO "ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"</p>	 <p>División Académica de Ciencias de la Salud</p>	<p>Jefatura del Área de Estudios de Posgrado</p>	
--	---	--	---

ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 17:58 horas del día 21 del mes de noviembre de 2023 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Depresión como factor de riesgo de intento suicida en pacientes con VIH en un Hospital de segundo nivel"

Presentada por el alumno(a):

Rodríguez de Dios Carolina
Apellido Paterno Materno Nombre (s)

En Matricula

2	1	1	E	7	0	0	3	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Grado de:

Especialista en Medicina Familiar

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL


Dra. Herenia del Carmen Padrón Sánchez

Dr. Rogelio Pérez Moreno

Dr. Agustín Flores Sánchez

Directores de tesis


Dra. Silvia María Guadalupe Garrido Pérez


Dra. Tamara Guadalupe Calvo Martínez


Dr. José Hipólito Garcilano Sánchez


Dr. Ricardo González Anoya


Dra. Dulce Azahar Padilla Sánchez



OFICIO DE AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DEL TRABAJO DE TESIS



UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Dirección



2023
Año de
Francisco
Villa

Villahermosa, Tabasco, 23 de noviembre de 2023

Of. No.0701/DIRECCIÓN/DACS

ASUNTO: Autorización de impresión de tesis

C. Carolina Rodríguez de Dios
Especialidad en Medicina Familiar
Presente

Comunico a Usted, que autorizo la impresión de la tesis titulada "**Depresión como factor de riesgo de intento suicida en pacientes con VIH en un Hospital de segundo nivel**" con índice de similitud **13%** y registro del proyecto **No. JI-PG-222**; previamente revisada y aprobada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dra. Silvia María Guadalupe Garrido Pérez, Dra. Tamara Guadalupe Calvo Martínez, Dr. José Hipólito Garcilano Sánchez, Dr. Ricardo González Anoya y la Dra. Dulce Azahar Padilla Sánchez. Lo anterior para sustentar su trabajo recepcional de la **Especialidad en Medicina Familiar**, donde fungen como Directores de Tesis: la Dra. Herenia del Carmen Padrón Sánchez, Dr. Rogelio Pérez Moreno y el Dr. Agustín Flores Sánchez.

Atentamente

Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora

UJAT



DACS
DIRECCIÓN

C.c.p. Dra. Herenia del Carmen Padrón Sánchez. – Director de Tesis
C.c.p.- Dr. Rogelio Pérez Moreno. – Director de tesis
C.c.p.- Dr Agustín Flores Sánchez. – Director de tesis
C.c.p.- Dra. Silvia María Guadalupe Garrido Pérez. – Sinodal
C.c.p.- Dra. Tamara Guadalupe Calvo Martínez. – Sinodal
C.c.p.- Dr. José Hipólito Garcilano Sánchez. – Sinodal
C.c.p.- Dr. Ricardo González Anoya. – Sinodal
C.c.p.- Dra. Dulce Azahar Padilla Sánchez. – Sinodal
C.c.p.- Archivo
DC\MCMU\DC\OSMF\ipc*

Miembro CUMEX desde 2008
**Consortio de
Universidades
Mexicanas**
una red de calidad para la educación superior

Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,
Col. Tamulté de las Yarrucas,
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco

Tel.: (993) 3581500 Ext. 6300, e-mail: direccion.dacs@ujat.mx

www.dacs.ujat.mx

DIFUSION DACS

DIFUSION DACS OFICIAL

@DACSDIFUSION



CARTA DE CEDE DE DERECHOS

Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 13 del mes de noviembre del año 2023, el que suscribe, Carolina Rodríguez de Dios, alumno del programa de la Especialidad en Medicina Familiar, con número de matrícula 211E70035 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: "**Depresión como factor de riesgo de intento suicida en pacientes con VIH en un Hospital de segundo nivel**", bajo la Dirección de la Dra. Herenia del Carmen Padrón Sánchez, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: dra_caro_rodriguez@hotmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Carolina Rodríguez de Dios

Nombre y Firma



Sello



DEDICATORIAS

A Dios:

Por haberme dado la vida, acompañado a lo largo de mi Carrera, por ser luz en mi camino y por darme la sabiduría, fortaleza para alcanzar mis objetivos.

A mi madre:

Por creer en mí, dándome ejemplo de superación, humildad y sacrificio; enseñándome a valorar todo lo que tengo, forjando en mí la persona que soy. Por ser un pilar fundamental en mi formación como profesional.

A mis abuelos:

Más que mis abuelos son las personas después de mi madre que se preocupaban por mí. Gracias por enseñarme el camino de la vida, por sus consejos y el amor que me han dado.

A mi novio:

Tu cariño, tu amor y tus grandes manifestaciones de afecto, son una gran bendición; gracias por ser mi compañero de vida, mi constante, mi brazo derecho y ayudarme a concluir mi proyecto de tesis.



AGRADECIMIENTOS

Dra. Herenia del Carmen Padrón Sánchez, gracias por su paciencia, y todo el apoyo para la realización de este trabajo, por orientarme y ayudarme en el proceso.

Dra. Elizabeth Gallegos Tosca, gracias por mejorar siempre en lo académico-profesional por su permanente apoyo.

Dr. Agustín Flores Sánchez, gracias por su consejería, ayuda y asesorías extraoficiales.

A mis profesores; quienes aportaron su conocimiento y enseñanza, gracias por su apoyo para seguir en el curso de esta profesión.

A mis amigos y compañeros Residentes de Medicina Familiar, gracias por su amistad y apoyo moral para seguir adelante en mi carrera profesional.



ÍNDICE

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS	IX
ABREVIATURAS	X
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	XI
RESUMEN.....	XIII
ABSTRACT.....	XIV
1.- INTRODUCCIÓN	1
2.- MARCO TEÓRICO	3
2.1 MARCO CONCEPTUAL.....	3
2.1.1 DEPRESIÓN.....	3
2.1.1.2 Etiología.....	3
2.1.1.3 Clasificación.....	4
2.1.1.7 Sintomatología.....	7
2.1.1.8 Tratamiento farmacológico	7
2.1.1.9 Psicoterapia.....	10
2.1.1.10 Prevención.....	10
2.1.2 SUICIDIO.....	10
2.1.2.1 Factores de riesgo.....	11
2.1.2.2 Signos y síntomas	11
2.1.3 VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).....	12
2.1.3.1 Transmisión del virus.....	12
2.1.3.2 Infectología y vih.....	13
2.1.3.3 Laboratorios y estudios complementarios.....	13
2.1.3.4 Profilaxis en vih.....	14
2.1.4 INSTRUMENTOS DE EVALUACION.....	15
2.1.4.1 APGAR FAMILIAR.....	15
2.1.4.2 El inventario de depresión de beck (BDI, BDI-II).....	16
2.1.4.3 Escala de riesgo suicida plutchik (ERSP).....	17
2.1.5 EPIDEMIOLOGIA	17
2.2 MARCO REFERENCIAL	20
3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	26
4.- JUSTIFICACIÓN.....	27



5.- HIPÓTESIS.....	30
6.- OBJETIVOS.....	31
7.- MATERIAL Y MÉTODOS.....	32
7.1 Tipo de estudio.	32
7.2 Población, lugar y tiempo de estudio.	32
7.3 Tipo de muestra y tamaño de muestra	32
7.3.1 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	33
7.4 Variables dependiente e independiente.....	34
7.4.3 Procedimientos para capturar la información y análisis de datos.	38
7.4.4 Consideraciones éticas.....	41
8. RESULTADOS.....	42
8.1 Características sociodemográficas de los pacientes con VIH del Hospital General de Zona No. 2.	42
8.2 Grado de depresión con la prueba BDI-II Inventario Depresión de Beck en pacientes con VIH.....	46
8.3 Riesgo de intento suicida con la Escala de riesgo suicida de Plutchik.	46
8.4 Determinar la situación funcional familiar	47
8.5 Relación del intento suicida con el grado de depresión en pacientes con diagnóstico de VIH.....	48
8.6 Relación entre la funcionalidad familiar y la presencia de depresión en pacientes con VIH del hospital.....	49
8.7 Análisis multivariado	50
9. ANÁLISIS.....	51
10. DISCUSIÓN	53
11. CONCLUSIÓN	56
12. PERSPECTIVAS.....	57
13.- BIBLIOGRAFÍA	58
ANEXOS.....	65



INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Distribución de casos de acuerdo con sexo de casos de VIH - H.G.Z. No. 02 IMSS	42
Tabla 2. Estadísticos descriptivos por edades de casos de VIH - H.G.Z. No. 02 IMSS	42
Tabla 3. Distribución de casos de acuerdo con grupo de edad de casos de VIH - H.G.Z. No. 02 IMSS	43
Tabla 4. Distribución de casos de acuerdo con escolaridad de casos de VIH - H.G.Z. No. 02 IMSS	44
Tabla 5. Distribución de los casos de acuerdo con estado civil en pacientes con VIH - H.G.Z. No. 02 IMSS	44
Tabla 6. Distribución de acuerdo con ocupación, de casos de VIH - H.G.Z. No. 02 IMSS	45
Tabla 7. Distribución de acuerdo con el grado de depresión de casos de VIH - H.G.Z. No. 02 IMSS	46
Tabla 8. Distribución de acuerdo con riesgo de intento suicida de casos de VIH - H.G.Z. No. 02 IMSS	46
Tabla 9. Distribución de casos de acuerdo con Situación funcional familiar de casos de VIH - H.G.Z. No. 02 IMSS	47
Tabla 10. Grado de depresión y el Riesgo de Intento Suicida de casos de VIH - H.G.Z. No. 02 IMSS.	48
Tabla 11. Grado de depresión y la funcionalidad familiar en pacientes con de VIH - H.G.Z. No. 02 IMSS.	49
Tabla 12. Regresión logística binaria de casos de VIH – HGZ. No. 02 IMSS	50



ABREVIATURAS

VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
OMS	Organización Mundial de la Salud
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades 10
BDI-II	Inventario de Depresión de Beck-II
DA	Dopamina
NA	Noradrenalina
NAT	Transportador de noradrenalina
ISRS	Inhibidores de la recaptura de Serotonina
IRSN	Inhibidores de la recaptura de Serotonina y Norepinefrina
WB	Western Blot
CVP	Carga Viral Plasmática
TAR	Tratamiento Antirretroviral
TDF	Tenofovir disoproxil fumarato
FTC	Emtricitabina
HSH	Hombres que mantiene sexo con otros hombres
HTX	Hombres y mujeres transexuales
UDI	Usuarios de drogas inyectables
PPE	Profilaxis posterior a exposición



GLOSARIO DE TÉRMINOS

DEPRESIÓN

Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida del interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.

INTENTO SUICIDA

Acto autolesivo con intención de provocar la muerte, pero que finalmente no resulta mortal. Un intento de suicidio puede dar lugar a lesiones, pero no necesariamente.

SUICIDIO

Acción de suicidarse. Es la muerte causada por un acto intencional de autolesión que está diseñado para ser mortal.

VIH

(Virus de Inmunodeficiencia Humana)
Es un virus que ataca el sistema inmunitario del cuerpo. Si no se trata, puede causar SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida).

SIDA

Enfermedad infecciosa causada por el virus de inmunodeficiencia humana, que se transmite por vía sexual, a través de la sangre o de la madre al feto, y que hace disminuir las defensas



naturales del organismo hasta llegar a su completa desaparición.

FACTOR DE RIESGO

Algo que aumenta la probabilidad de tener una enfermedad.

DEFUNCIÓN

Muerte de una persona.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



RESUMEN

Título. DEPRESIÓN COMO FACTOR DE RIESGO DE INTENTO SUICIDA EN PACIENTES CON VIH EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.

Rodríguez-de Dios, Carolina. Residente Medicina Familiar 3° año. IMSS Unidad Médica Familiar 45 Cárdenas, Tabasco.

Padrón-Sánchez, Herenia del Carmen. Médico Especialista en Medicina Familiar. IMSS Unidad Médica Familiar 45. Cárdenas, Tabasco

Pérez-Moreno, Rogelio. Médico Especialista en Medicina Interna, Hospital General de Zona N° 2, Cárdenas, Tabasco.

Flores-Sánchez, Agustín. Médico Especialista en Epidemiología, Delegación IMSS, Tabasco.

Introducción. La depresión es una enfermedad que interfiere con la vida diaria, pérdida de interés o placer. La Organización Mundial de la Salud la clasifica como un factor contribuyente a la discapacidad a nivel mundial (7.5% durante el 2015). Más prevalente en mujeres (5.1%) que en hombres (3.6%). **Objetivo.** Determinar la asociación entre la depresión en pacientes con VIH y el riesgo de intento suicida en un Hospital de Segundo Nivel. **Material y métodos.** Estudio observacional, analítico, prospectivo, participaron 53 pacientes con diagnóstico de VIH del Hospital General de Zona N° 2 del IMSS en Cárdenas, Tabasco, que acudieron a control en consulta externa de Medicina Interna. Se obtuvo la información mediante encuestas que determinan la presencia de depresión e intento suicida, se utilizaron tres cuestionarios: Inventario Depresión de Beck BDI-II, Escala de riesgo Suicida y APGAR Familiar, se analizó la información mediante SPSS. **Resultados.** 53 pacientes derechohabientes del IMSS, con diagnóstico de VIH, mayormente hombres con 88.7% (n=47), edad entre 27 y 35 años con una media de 31 años. La asociación del grado de depresión con riesgo de intento suicida: depresión mínima con riesgo bajo de intento suicida del 86.40% (n=19) y riesgo alto de intento suicida del 13.60%.

Conclusiones. Cuando se conjuntan los factores de depresión grave, se tiene una disfunción severa, pertenecer al sexo femenino y ser menor de 30 años, se tiene más del 90% de probabilidades de tener un riesgo alto de intento suicida.

Palabras clave: Depresión, intento suicida, Suicidio, VIH.



ABSTRACT

Introduction. Depression is an illness that interferes with daily life, loss of interest or pleasure. The World Health Organization classifies it as the main factor contributing to global disability (7.5% during 2015). More prevalent in women (5.1%) than in men (3.6%). **Objective.** To determine the association between depression in patients with HIV and the risk of suicide attempt in a Second Level Hospital. **Material and method.** Observational, analytical, prospective study, involving 53 patients with a diagnosis of HIV from the IMSS General Hospital of Zone No. 2 in Cárdenas, Tabasco, who attended the Internal Medicine external consultation. The information was obtained through surveys that determine the presence of depression and suicide attempt, three questionnaires were used: Beck Depression Inventory BDI-II, Suicide Risk Scale and Family APGAR, the information was analyzed using SPSS. **Results.** 53 IMSS eligible patients, diagnosed with HIV, mostly men with 88.7% (n=47), aged between 27 and 35 years with a mean of 31 years. The association of the degree of depression with risk of suicide attempt: minimal depression with low risk of suicide attempt of 86.40% (n=19) and high risk of suicide attempt of 13.60%.

conclusions. When the factors of severe depression are combined, there is severe dysfunction, belonging to the female sex, and being under 30 years of age, there is a greater than 90% probability of having a high risk of intense suicide.

Keywords: Depression, suicide attempt, Suicide, HIV.



1.- INTRODUCCIÓN

En México, tres de las diez enfermedades más discapacitantes son neuropsiquiátricas: desórdenes mentales, desórdenes neurológicos y uso de sustancias. Diversos estudios epidemiológicos han explorado la prevalencia de trastornos mentales en México, incluidos los trastornos y episodios depresivos y sus factores asociados. ⁽¹⁾

En los grupos de personas mayores y adolescentes, con mayor prevalencia en el sexo femenino en comparación al masculino, se ha manifestado la depresión grave y se ha asociado con frecuencia con el suicidio. Resalta el incremento de la depresión cuando va vinculado con el envejecimiento de la población, con una vida en soledad y con presencia de enfermedades crónicas degenerativas como principales comorbilidades. ⁽²⁾

Es muy recurrente detectar que los episodios depresivos sean repetitivos y pueden ser constantes y crónicos, por lo cual es de importancia el tratamiento oportuno. Por lo cual conlleva a observar en la mayoría de los casos, que no existe un abordaje precoz del padecimiento, y con más asiduidad se complica e incluso puede llevar al suicidio. Sobre todo, en grupos con mayor vulnerabilidad como es el adulto mayor y adolescentes, siendo más tangible cuando la enfermedad se cronifica. Las conclusiones de los expertos han determinado que al menos el 90% de las personas que cometieron suicidio presentaron el antecedente de un problema de salud mental, en este caso el principal fue la depresión. ⁽²⁾

Uno de los principales factores que se han desarrollado en pacientes con VIH ha sido principalmente los trastornos mentales, siendo las variables psicosociales una de las más estudiadas, tal como es el entorno en el que se desarrolla el individuo,



el cual ha generado hallazgos que parecen explicar indicios de asociación entre la prevalencia en individuos con infección por VIH o expuestos al virus con la depresión. ⁽³⁾

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



2.- MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO CONCEPTUAL.

2.1.1 DEPRESIÓN

La depresión es una enfermedad común, pero grave que interfiere con la vida diaria; siendo la pérdida de interés o del placer hacia las cosas o actividades, la presencia de culpa o no sentirse a gusto consigo mismo, dificultad para conciliar el sueño o falta de apetito, cansancio y principalmente el fallo de concentración. Esta puede llegar a ser permanente y/o repetitiva, de tal forma que deteriora de forma importante la capacidad del individuo para desempeñar sus labores o continuar sus estudios, o en el caso más notorio hacerse cargo de las actividades de la vida cotidiana. ⁽⁴⁾

La depresión en su forma más grave puede conllevar al suicidio. Algunos tipos de depresión tienden a darse en familias. Las investigaciones son concluyentes al referenciar que el riesgo genético para la depresión ha sido el resultado del dominio de diversos genes, que interactúan con otros factores ambientales y otros factores de riesgo. ⁽⁴⁾

2.1.1.2 ETIOLOGIA

La causalidad exacta de lo de los trastornos depresivos, aún es desconocida, pero esta estudiado que la interacción de factores genéticos y ambientales ha sido determinante. La genética ha sido al menos una causa complementaria en al menos la mitad (50%) de la razón (por debajo de la depresión de inicio tardío). Por lo tanto, la depresión es muy común entre familiares de primer grado de pacientes con este padecimiento, la concordancia entre gemelos idénticos es elevada. Por otro lado, es menester mencionar que los factores genéticos



verosímilmente influyen en el desarrollo de respuestas depresivas a los eventos adversos. ⁽⁵⁾

Otras teorías están encauzadas en los cambios de las concentraciones de los neurotransmisores, donde se incluyen la regulación anormal de la neurotransmisión colinérgica, catecolaminérgica (noradrenérgica o dopaminérgica), glutamatérgica, y serotoninérgica (5-hidroxitriptamina). La desregulación neuroendocrina puede ser un factor, y se destacan 3 ejes en particular: hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, hipotálamo-hipófisis-tiroides y hormona de crecimiento. Las personas que han presentado un episodio de depresión mayor tienen un riesgo elevado de tener episodios repetitivos en un futuro mediato. Las personas con menor maleabilidad y/o con tendencia a la ansiedad demuestran una mayor preferencia a desarrollar un trastorno depresivo. Se ha observado que dichos pacientes carecen de las habilidades sociales requeridas para solventar y adecuarse a la presión cotidiana. La depresión no es exclusiva, por lo tanto, se puede observar en pacientes que poseen también otro tipo de enfermedades mentales. ⁽⁵⁾

2.1.1.3 CLASIFICACIÓN

Los trastornos depresivos incluyen dos subcategorías:

2.1.1.4 EPISODIO DEPRESIVO MAYOR.

Es una de las bases de los trastornos del estado de ánimo, pero no es un diagnóstico codificable. Un episodio depresivo mayor debe cubrir cinco requisitos principales ⁽⁶⁾:

- a) Pérdida del interés por realizar las actividades diarias de la vida o placer.
- b) Periodo corto de tiempo.
- c) Se caracteriza por algunos síntomas en común.
- d) Que forme molestia e incapacidad para realizar las cosas



e) No transgreda ninguno de los criterios de exclusión que se mencionan.

El paciente debe haberse sentido mal la mayor parte del día, casi todo el día, por lo menos dos semanas. Las ideas de muerte o suicidio sólo necesitan ser “recurrentes”. Un solo intento de suicidio o un plan de suicidio específico también califican. El episodio depresivo mayor, no es fácilmente de diagnosticar cuando se encuentran pacientes con medicación por sustancias con relevancia clínica o cuando tienen alguna afección médica general que pueda inducir la sintomatología. ⁽⁶⁾

2.1.1.5 EPISODIO MANIACO.

Las 3 características de este episodio se conforman por la intensificación de la autoestima, el aumento de la actividad motriz y por verborrea. Estas características son prevalentes y de forma frecuente desastrosos, de tal forma que el suceso maníaco se suele diagnosticar con poca periodicidad. El episodio maníaco es mucho menos común que el episodio depresivo mayor, afectando al menos al 1% de los adultos. Hombres y mujeres tienen la misma probabilidad de desarrollar manía; las características son idénticas a las del episodio depresivo mayor, que deben de cumplir para establecer el diagnóstico de episodio maníaco. ⁽⁶⁾

2.1.1.6 EPISODIO HIPOMANIACO.

Es muy similar a un episodio maníaco, pero más breve y menos intenso. No se requiere hospitalización. Se puede presentar con la mayoría de los síntomas del episodio maníaco; dicho en otras palabras, es “episodio maníaco en pequeño”. Si se deja sin tratamiento, una minoría de los pacientes con episodio hipomaniaco pueden llegar a presentar una manía en un futuro cercano. Sin embargo, es de conocimiento que existen repetitivos episodios hipomaniacos, muy particularmente en pacientes que tienen trastorno bipolar II. El episodio hipomaniaco no es un diagnóstico codificable; constituye la base del trastorno bipolar II y puede identificarse en el trastorno bipolar I después de que el paciente experimenta un



episodio de manía verdadero. Para poder realizar el diagnóstico de un episodio hipomaniaco se requiere una buena calidad del estado de ánimo que prevalezca por un periodo de tiempo específico, con cierto número de síntomas, generando un grado considerable de discapacidad y que no transgreda ninguno de los criterios de exclusión ya conocidos. ⁽⁶⁾

Los pacientes con síntomas leves dan la sensación de alegría; el buen humor ostentoso llega a ser contagioso y llegando a otros a hacer sentirse con ganas de reír con los afectados, cuando la manía se intensifica, el humor se vuelve menos alegre mientras se adquiere una calidad "impulsiva", que no es graciosa, generando malestar en los enfermos y en quienes los escuchan, dichos pacientes deben presentar los síntomas al menos una semana. Este signo temporal ayuda a diferenciar entre un episodio maniaco y un episodio hipomaniaco; por lo menos dos semanas, el individuo se siente deprimido (o no puede disfrutar la vida) y tiene problemas para comer y dormir, sentimientos de culpa, poca energía, dificultad para concentrarse y pensamientos en torno a la muerte. ⁽⁷⁾

Dentro de la CIE-10, la depresión está incluida entre los trastornos del humor (afectivos) y se puede clasificar en: episodio depresivo leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos y otros tipos de episodios depresivos (estados depresivos sin especificación o atípicos), mismos que suelen acompañarse de un cambio en la actividad general asociada con otros síntomas, la mayoría de las veces secundarios. El trastorno de depresión mayor es recurrente y, a menudo, el principio de un episodio depresivo se relaciona con la presencia de acontecimientos o situaciones estresantes para los pacientes. ⁽⁸⁾

Los síntomas no se deben al afecto psicológico de una sustancia (una droga de abuso o una medicación) o a una condición médica general (hipotiroidismo) o explicando de una mejor forma con la presencia de un duelo. Para hacer un diagnóstico de depresión siempre es necesaria la evaluación de la gravedad. Los síntomas individuales no determinan la gravedad por sí mismo, lo que si hace el



impacto que producen en el funcionamiento de la persona, pudiendo establecer un diagnóstico dimensional:

1. Depresión menor (menos de 5 síntomas depresivos).
2. Depresión leve (existen pocos o ningún síntoma además de los 5 necesarios para hacer el diagnóstico).
3. Depresión moderada (síntomas o deterioro funcional entre “leve” y “grave”.
4. Depresión grave (la mayoría de los síntomas interfieren de manera notable en el funcionamiento). Los síntomas psicóticos pueden aparecer. ⁽⁹⁾

2.1.1.7 SINTOMATOLOGÍA

Las personas (frecuentemente mujeres) pueden presentar: apatía, le cuesta levantarse por las mañanas y cansado, dolor de cabeza, espalda normalmente, no tiene ganas de ir al trabajo, o la escuela, le es difícil realizar sus tareas académicas o laborales, está malhumorado, no le emociona salir con amigos o hacer cosas que antes le gustaba hacer, está solo, desanimado, le cuesta conciliar el sueño por las noches, no se siente feliz consigo mismo, come menos o come de manera más compulsiva porque le hace olvidar las cosas, tiene pensamientos que sería mejor no haber nacido o que le gustaría estar muerto. Se asocian a la depresión síntomas o trastornos de ansiedad. La percepción de soledad se acompaña de retraimiento social evitando la compañía de personas con depresión. ⁽¹⁰⁾

2.1.1.8 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

De los más importantes en el área de salud. El paciente y las personas que lo rodean deben saber que la sintomatología constituye una enfermedad. Este tipo de pacientes deben ser comprendidos, sin hacerlos sentir de forma extraña. El tratamiento se espera que tenga resultados entre la semana 3 y la 8 y el tiempo no



mayor a un año. Un 2º episodio al término del tratamiento no mayor a 3 años infiere que el siguiente episodio, implica una mayor duración del siguiente (entre 2-3 años). Si los episodios se siguen presentando durante los siguientes 5 años, el manejo del paciente con depresión se vuelve indefinido. ⁽¹¹⁾

Cuando el estado de ánimo del paciente no es de gran ayuda, la función de los fármacos sobre el sistema monoaminérgico, regula sus neurotransmisores, serotonina (5-HT), dopamina (DA), noradrenalina (NA), independientemente de su mecanismo de acción. ⁽¹²⁾

Inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS): dentro de este grupo se encuentra la fluoxetina, misma que se conoce desde la década de los 80. El mecanismo de acción es a través de la inhibición del transportador del 5-HT, específicamente en el 5-HT1A; la diferencia está en el grado de interacción secundaria con otros receptores, entre los ISRS se encuentran:

- Sertralina
- Paroxetina
- Citalopram
- Escitalopram

Hoy dentro de los efectos secundarios se encuentra las náuseas, diarrea, boca seca, disfunción sexual, ansiedad inicial. ⁽¹³⁾

Inhibidores de la recaptura de serotonina y norepinefrina (IRSN): hoy el mecanismo de acción es muy similar a los ISRS, adicionando, su capacidad de bloqueo sobre el transportador de noradrenalina (NAT), esta característica le otorga el nombre de “duales”, produciendo un aumento de DA a nivel prefrontal En dónde la dopamina es recapturada por el NAT. Por mencionar algunos de los fármacos de este grupo:

- Venlafaxina
- Desvenlafaxina



- Duloxetina
- Milnacipran

Los efectos adversos están, náuseas y diarrea, alteración sexual, aumento de la tensión arterial, por lo que hay que seleccionar a los pacientes de acuerdo con sus padecimientos crónicos. Agonistas de melatonina: con disfunción del sueño presentes en el TDM, donde alteran la secreción de factores asociados a los ciclos circadianos, al ser agonistas de melatonina por aceptadores MT1 y MT2, secundario bloquea el receptor 5-HT_{2c}, teniendo efectos antidepresivos. ⁽¹⁰⁾

Antagonistas alfa-2: interfiere con los receptores pre y postsinápticos alfa-2 noradrenérgicos, que permiten el bloqueo del rescata de NA y 5-HT, con una respuesta final parecida a los IRSN. Ejemplo de ellos son:

- Mirtazapina
- Mianserina

Moduladores de serotonina: con diversas particularidades sobre la actuación de la 5-HT, inhibiendo al SERT, elevando la reserva de serotonina ejerciendo como antagonista de receptores 5-HT_{2a} y 5HT_{2c}, otorgando propiedades antidepresivas. Por ejemplo:

- Nefazodona
- Trazodona
- Vilazodona

Inhibidores de la monoaminoxidada (IMAO): uno de los primeros conjuntos de antidepresivo en la historia, iproniazida el número uno en ser manejado como antidepresivo, aunque su utilidad en ese entonces era para la tuberculosis. Su función es bloquear la enzima MAO-A la cual interviene con el metabolismo 5-HT, NA, DA, y al bloquearla, desarrolla el lapso de biodisponibilidad de la brecha sináptica. Siendo el más común: Isocarboxazid. ⁽¹³⁾



2.1.1.9 PSICOTERAPIA

El personal encargado examina detalladamente la historia clínica que liga los síntomas depresivos de la persona en su contexto interpersonal ubicada en cuatro áreas unidos a sucesos de vida y roles sociales. La idea es mejorar los síntomas y la funcionalidad del paciente. El cual debe ser incentivado en recibir el tratamiento. Hay diversos tipos y distintos formatos, para adaptarse a cada paciente dependiendo la sintomatología y patología. Puede ser utilizada en una serie de pacientes con distintos grados de depresión. Un alcance particular es el de la psicoterapia cognitivo conductual que se encuentra vinculado con la depresión. ⁽¹⁴⁾

2.1.1.10 PREVENCIÓN

El mejor método para manejar la depresión es la combinación de fármacos antidepresivos y psicoterapia cognitivo conductual. Hay intervenciones que promueven la salud mental y conservan una marca en la prevención del inicio de los trastornos mentales. Ejemplo de estas son: tener redes sociales activas, incentivar un lazo con la familia, como red de apoyo social teniendo las funciones básicas de mantener la supervivencia, bienestar físico, alimentación entre otras para mantener la relación afectiva, no solo de su padecimiento sino en su rehabilitación. El ejercicio físico ayuda a la disminución constante de padecer síntomas de depresión. ⁽¹⁵⁾

2.1.2 SUICIDIO.

Por otra parte, el suicidio, es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como: el acto deliberado de quitarse la vida, como todo hecho por el que el individuo se causa así mismo una lesión, cualquiera que sea de grado de intención letal. Inicia con la ideación suicida, llevando a la persona al intento de suicida, y



por último a llevar a cabo el acto suicida. Siendo el intento suicida un suceso realizado por la misma persona llevándola a ocasionarse la muerte en algunos casos, pero que finalmente no se consuma. ⁽¹⁶⁾

2.1.2.1 FACTORES DE RIESGO.

Los más relevantes son:

- Trastornos negativos y sucesos estresantes.
- Interacción familiar, conyugal, relaciones interpersonales.
- Componentes biopsicosociales.
- Inconvenientes laborales, discrepancia social.

Los resultados e ideas suicidas tienen una diversidad multifactorial, sobre todo en personas jóvenes que interfieren en la vida familiar y su entorno social. ⁽¹⁷⁾

2.1.2.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS

El individuo presenta ideas suicidas, pueden ser cambios físicos, de lo que encontramos los siguientes: trastornos del apetito, cambios en el peso corporal involuntario, dolor, insomnio de conciliación y mantenimiento, somnolencia durante el día, sedentarismo y cambios psicológicos como poca tolerancia a la frustración, agitación, ánimo depresivo, apatía, disminución del interés en las actividades diarias, falta de concentración y pérdida de memoria, preocupación excesiva, ideas sobre la muerte, pensamientos sobre el suicidio. ⁽¹⁸⁾

Para Aaron Beck, el intento suicidio presenta una idea más clara de la depresión. En contraste con su teoría cognitiva, las personas tienen categorías mentales en ejercicio de sus prácticas. Los individuos distinguen, estructuran y demuestran la realidad. El trabajo del psicólogo radica en nivelar las fases que difieren la percepción de la realidad. Por lo cual se trabaja en mejorar las respuestas falsas



que se mezclan en la mente. Un test sobre el tema es la Escala de Ideación Suicida, que tiene como función valorar y ponderar la intencionalidad suicida del paciente en estudio. El test califica extensiones cognitivas como son los pensamientos, técnicas expectativas y la ambición de llevar a cabo el suicidio. ⁽¹⁹⁾

2.1.3 VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) pertenece a la clase *Retroviridae*, con un desarrollo de incubación largo. Hay dos tipos; VIH-1 (el más virulento) y VIH-2. el protagonista de las infecciones en todo el planeta. El VIH-2 con menor transmisión y está limitado únicamente en África occidental. La transmisión puede darse también por relaciones sexuales sin uso de protección. ⁽²⁰⁾

2.1.3.1 TRANSMISIÓN DEL VIRUS.

Se transmite a través de los líquidos como son la sangre, semen, secreciones vaginales y leche materna, todas estas cuentan con altas cantidades del virus. Vías de transmisión:

1.- Sexual: al llevarse a cabo el acto sexual siempre y cuando haya penetración (vaginal, oral, anal) sin el uso de un método de protección con una persona con VIH. Al ser contagiado, no necesariamente se presentará la sintomatología y esta persona podrá transmitirlo a otras personas. ⁽²¹⁾

2.- Sanguínea: al compartir agujas, jeringuillas y utensilios utilizados para inyectarse drogas (cacitos, filtros) que han estado en contacto con la sangre; es decir todo objeto que este en contacto con secreciones del paciente infectado o aparatos que se utilizan durante la realización de tatuajes si estos no están con la debida asepsia.



3.- Materno-infantil: la transmisión se lleva a cabo durante el proceso del embarazo, parto y la lactancia materna. Por lo cual estas pacientes antes de embarazarse deben de iniciar su tratamiento y tener una carga viral indetectable. Con carga viral detectable, la leche materna también transmite el virus al recién nacido. ⁽²¹⁾

2.1.3.2 INFECTOLOGIA Y VIH

El proceso inmunológico del VIH se clasifica dependiendo del recuento de linfocitos o CD4, clasificándose en A-B-C, cada una con síntomas delimitados que benefician a cambios físicos y psicológicos en la persona, provocando preocupación y estrés relacionados a su tratamiento médico y al obtener sus estudios de laboratorio causando certidumbre. Ésta clasificación es avalada por el Centro de Control y Enfermedades Infectocontagiosas. ⁽²²⁾

2.1.3.3 LABORATORIOS Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.

El diagnóstico se confirma por: Ensayo Inmunoenzimático (EIA), Western Blot (WB) ó Carga Viral Presente (CVP).

El conteo de linfocitos CD4+ es el estándar inmunológico estandarizando al VIH valorando con ello la vulnerabilidad a otro tipo de infecciones oportunistas y el tratamiento médico. Al iniciar la Terapia Antirretroviral (TAR), se citará al paciente cada 3 a 6 meses para evaluar su progresión y mensualmente a pacientes con celularidad de 300 cel/MI. La CVP del VIH-1 se obtendrá en la primera consulta del paciente y antes de la profilaxis con el TAR. Esto para poder evaluar la respuesta al tratamiento y tener la supresión viral menor a 50 copias/mL, evitando así la transmisión del virus. Relacionándose con la recuperación inmune y evitando la resistencia. ⁽²³⁾



2.1.3.4 PROFILAXIS EN VIH.

Con el TAR se logra el control de la multiplicación viral y el trayecto lento del padecimiento, resultando con la disminución de la morbimortalidad, así ayudando a las pacientes que sufren de esta enfermedad, obteniendo una mejor calidad de vida. ⁽²⁴⁾

El tenofovir disoproxil fumarato (TDF) o TDF más emtricitabina (FTC) es uno de los retrovirales que ayuda de forma característica la incidencia por VIH en sus diferentes categorías de transmisión como son: hombres que mantienen sexo con hombre (HSH), personas transexuales, hombres y mujeres heterosexuales (HTX), parejas HTX serodiscordantes y usuarios de drogas inyectadas (UDI). Las personas con preexposición (PrEP) identificadas pueden iniciar profilaxis teniendo la eficacia de esta siempre y cuando el paciente lleve un buen control y acatamiento del programa. También posexposición (PPE), siendo medidas preventivas para un control secundario logrando evitar el contagio del virus. En temas donde no se logró una prevención primaria eficaz. ⁽²⁵⁾

La evolución de los trastornos mentales en personas con VIH se relaciona con diferentes componentes, uno de ellos desde la niñez por el entorno donde se relaciona, nos puede dar indicios para prevalencia en personas expuestas al virus. ⁽²⁶⁾

Los problemas psiquiátricos presentan un progreso desafortunado en las personas que viven con VIH+, ya que se encuentran relacionados con la calidad de vida del paciente en conjunto con su salud, provocando conductas de riesgo y un mal apego al TAR. ⁽²⁷⁾

El médico especialista dedicado a la atención de estos pacientes será quien diagnostique e inicie tratamiento en dado caso que estas personas presentes algún problema del estado mental coordinándose con los diferentes especialistas de la rama en psiquiatría. ⁽²⁸⁾



En cuanto al sistema de adaptación del ser humano en ocasiones existe problemas al momento de la aceptación de la enfermedad por lo cual el modelo Roy enlista 3 tipos de estímulos: 1.- Focal, estímulo exterior que afronta la persona de forma rápida, siendo la conciencia la que recibe el primer estímulo. 2.- Contextuales, estímulos que interfieren en lo focal, es decir su entorno, pero sin intervenir en la situación, el paciente presenta ansiedad, llevándolo a crisis de depresión comenzando a no tener una buena adaptación con su entorno biopsicosocial. 3.- Residual, procesos ambientales que no son evidentes en la conducta de la persona. ⁽²⁹⁾

2.1.4 INSTRUMENTOS DE EVALUACION.

2.1.4.1 APGAR familiar.

Este instrumento permite evaluar las funciones y roles de la familia en el proceso salud-enfermedad. Es por ello por lo que se crea el Apgar Familiar en 1978 por el Dr. Smilkstein como objeción para evaluar la función de la familia. Se utiliza para cualquier tipo de familia proporcionando resultados de los componentes a encontrar en la función familiar. La relación entre apoyo social, depresión, afrontamiento y salud parece ser especialmente importante para las personas que viven con el VIH. ⁽³⁰⁾

El APGAR familiar evalúa 5 elementos; adaptación: capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés; participación: es la toma de disposiciones y responsabilidades entre el sostenimiento familiar; gradiente de recursos: apoyo mutuo para alcanzar objetivos; afectividad: demostraciones de cariño y amor por los integrantes familiares y; recursos o capacidad resolutive: dar tiempo de calidad y prestar atención las necesidades emocionales y físicas así como aportar insumos



monetarios a algún miembro de la familia. Para cada pregunta se marca con una "x" respondido de forma personal, cada pregunta con la valoración siguiente: ⁽³¹⁾

- 0: nunca,
- 1: casi nunca,
- 2: algunas veces,
- 3: casi siempre,
- 4: siempre.

El resultado concluye en:

- Normal: 17-20 puntos,
- Disfunción leve: 16-13 puntos,
- Disfunción moderada: 12-10 puntos,
- Disfunción severa: menor o igual a 9

2.1.4.2 El inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II).

Herramienta que consta de 21 ítems que evalúa síntomas depresivos. Cada oración consta de 4 respuesta posibles, dependiendo el estado en el que se encuentra el paciente en las últimas dos semanas, excluyendo los ítems 16 y 18 que presentan siete respuestas a elegir. Cada pregunta o ítem tiene una puntuación que va de 0 a 3, al sumar cada ítem, se obtiene una puntuación máxima que va de 0 a 63 puntos. Entre más puntos, mayor es la severidad de los síntomas depresivos. Clasificándose en cuatro grupos según el total de puntos obtenidos: mínima: (0-13 puntos), leve: (14-19 puntos), moderada: (20-20 puntos) y grave: (29-63 puntos). ⁽³²⁾



2.1.4.3 Escala de riesgo suicida Plutchik (ERSP).

Es una escala tipo Likert diseñada por Plutchik, que indaga algún tipo de intento suicida. Consta de 15 ítems con respuestas de SI o NO, si la respuesta es "Si" se obtiene un punto para un total de 15; es decir; riesgo alto de intento suicida (>6 puntos), riesgo bajo de intento suicida (<5 puntos). La escala representa una sensibilidad y especificidad de 88%. ⁽³³⁾

2.1.5 EPIDEMIOLOGIA

Cada año existe alrededor de 800 000 personas que se quitan la vida otras que intentan consumarlo. Cada deceso afecta a las familias, y países. Se puede presentar en cualquier etapa de la vida. Durante el 2016 ocupó el segundo lugar de defunción entre las edades de 15 a 29 años. ⁽³⁴⁾

En el continente europeo principalmente en España se dice que el 0,36% de las personas son VIH+, se menciona que un 14-22% de las personas excluye su estado serológico. Los resultados psicosociales y el signo asociado al padecimiento favorecen a que los trastornos neuropsiquiátricos se vuelvan usuales en esta población, con una estadística del 38% y 85% ⁽³⁴⁾

Se clasifica la depresión (OMS) como el trastorno número uno que contribuye a la incapacidad mundial (7.5% en el 2015) y en sexto lugar encontramos los trastornos de ansiedad con 3.4%. El trastorno depresivo es un predisponente que favorece a las muertes por suicidio. ⁽³⁵⁾

A nivel mundial se estima que 322 millones de personas viven con depresión. Para el 2015 el porcentaje fue del 4.4. Con mayor prevalencia en el sexo femenino con el 5.1% y el sexo masculino con 3.6%. Por rango de edad 7.5% en mujeres de edades entre 55 y 74 años, y por arriba de 5.5% en hombres. México representa el lugar número uno en esta discapacidad encontrando a las mujeres, y en noveno



lugar a los hombres. Además, se conoce que la incidencia de depresión en la población es del 9.2% y de cada cinco personas padecerá depresión en la edad adulta, encontrando a los jóvenes representando tasas mayores de este trastorno de salud pública que es la depresión. ⁽³⁵⁾

En contraste a los intentos y/o ideación suicida, los pacientes con diagnóstico de depresión han desarrollado mayor prevalencia en llevar a cabo un intento suicida, posterior a este proceso el porcentaje aumenta en un 40%. Por otro lado la ideación suicida se mantiene entre el 47 y 69% de los pacientes con este padecimiento. ⁽³⁶⁾

La tentativa y las conductas suicidas es un fenómeno multicausal. Las organizaciones destacan que hay múltiples factores involucrados para este padecimiento con los son: individuales, interpersonales, comunitarios, sociales entre otros. Los intentos suicidas normalmente se presentan en un rango de 25 a 65 años en hombres y 15 a 19 años en el sexo femenino. Uno de los factores asociados a este padecimiento es: depresión, trastorno bipolar, alcoholismo y adicción a sustancias. ⁽³⁷⁾

Actualmente en México la ideación suicida prevalece en el sexo femenino en edades entre los de 50 a 59 años (8%), posterior niñas y adolescentes de 10 a 19 años, las mujeres de 40 a 49 años y las de 60 años y más, estos 3 últimos representan el 7% de la población. Con respecto al sexo masculino se encuentra representado en el rango de edad de 40 a 49 años (6%) posterior aquellos en 30 a 39 años y los mayores de 60 años en un 5%. ⁽³⁸⁾

Al corte del año 2020, 37.7 millones de personas viven con VIH a nivel global:

A finales del 2020, en Latinoamérica se estimaron:

- 2.1 millones (1.4–2.7 millones) de personas viviendo con VIH.
- Una prevalencia del VIH en adultos de 15 a 49 años del 0.4%



En México existen 328 mil 791 personas con VIH en la plataforma de vigilancia epidemiológica, donde 201 mil 439 personas estaban vivas (61.3%), 111 mil 229 fallecidas (33.8%) y 16,123 se desconoce. ⁽³⁹⁾

Las tasas de mortalidad en México han disminuido, se dice que a nivel mundial desde 1950 ha aumentado ininterrumpido los casos de intento suicida, en las personas jóvenes, por lo cual se concluye que México la ideación suicida se ha transformado en una complicación de salud pública de relevancia e impacto. En México alrededor de los años 50's las tasas de mortalidad se estimaron en 1,5 suicidios por cada 100mil habitantes; y para el año 2000 estas cifras triplicaron superando los 4,8 suicidios. ⁽⁴⁰⁾

Diversos estudios muestran que los problemas de salud mental afectan la calidad de vida, hacen que las personas dejen de buscar atención en salud, que no sigan el tratamiento adecuadamente y que no hagan uso de los servicios disponibles. Distintos grupos de PVHA, muestran aumentos importantes en las prevalencias de estos desórdenes, comparado con la población general. Se informa que la magnitud global del trastorno depresivo es del 13% al 38%, trastornos de ansiedad 15% a 32% y conductas suicidas del 9% al 32% entre los adultos que viven con VIH. ⁽⁴¹⁾

En la República Mexicana para el 2010, las tasas de mortalidad en el sexo masculino estuvieron en los estados de Yucatán, (16,8) Tabasco, (15,6) Quintana Roo (15,5) y Campeche (13,1) suicidios por cada 100 mil hombres. ⁽⁴²⁾

Tabasco representa tasas de mortalidad con 11 defunciones por cada 100 mil en adolescentes por suicidio, prestando atención en que existen pocos estudios que justifiquen este confuso problema y la asociación que existe con los estados depresivos. ⁽⁴³⁾



2.2 MARCO REFERENCIAL

2.2.1 ESTUDIOS RELACIONADOS

En el siguiente cuadro se resumen estudios en los cuales se ha evaluado la relación que existe entre la depresión y el intento suicida en pacientes diagnosticados con VIH.

Año/Autores , (ref)	Objetivos	Diseño del estudio	Población del estudio	Principales resultados y conclusiones
2019. Rodríguez Fortúnez P, China E, Cabello Alemán Valls M.R, Comellas Serra M, Cejas Méndez RM. (42)	Determinar la prevalencia de ideación suicida y depresión en nuestro medio e identificar los posibles factores de riesgo asociados a su aparición	Epidemiológico, transversal, con muestreo simple aleatorio.	125 pacientes	La prevalencia de ideación suicida y depresión en nuestro medio asciende al 20,8% y 23,2% respectivamente. Se detectó una correlación significativa entre ambas medidas (Rho: 0,59; p< 0,001). Además, el ítem desesperanza de la escala de Depresión de Calgary, correlacionó significativamente tanto con el riesgo suicida (Rho: 0,37; p< 0,001) como con la presencia de depresión



				<p>(Rho: 0,56; $p < 0,001$).</p> <p>En nuestro medio es elevada. La mayoría de los pacientes con riesgo suicida y depresión se encontraban en situación de inactividad laboral, asociándose la misma con una prevalencia significativamente superior de riesgo de suicidio ($p = 0,03$). Los pacientes con escaso apoyo social presentaban una prevalencia significativamente superior de depresión en comparación con los que referían sentirse adecuadamente apoyados por su entorno ($p = 0,04$). La presencia de antecedentes familiares de conducta suicida y estar desempleado se relacionó con un</p>
--	--	--	--	--



				aumento de riesgo suicida.
2019. Osorio Aquino MC, Rivas Acuña V, Mateo Crisóstomo Y, Gerónimo Carrillo R. (29)	Determinar la influencia de la ansiedad y la depresión en la adaptación psicosocial de personas con VIH del estado de Tabasco, México.	Descriptivo, correlacional	113 sujetos	El promedio de edad fue de 34 años (DE = 8.9; 18-58), 57.5% heterosexuales 21.2% desempleados, 60.2%, sin pareja estable. El 64.6% presentaron niveles moderados de ansiedad y 92.9% signos de depresión; el 24.8% pobre adaptación psicosocial. La dimensión psicosocial tuvo relación significativa con la ansiedad rasgo $r = .195$ ($p = 0.05$). El 76.1% mostró un pobre auto concepto y una relación inversa con ansiedad rasgo ($r = -.706$, $p = 0.01$) y con depresión ($r = -.424$, $p = 0.01$). La Ansiedad y la depresión reducen la capacidad de adaptación psicosocial de las personas



2020. Velo Higueras C, Martín- Bejarano García M, Domínguez- Rodríguez S.et al. (3)	Identificar la prevalencia de síntomas depresivos y de ansiedad y trastornos del sueño en pacientes jóvenes con infección por VIH de transmisión vertical en comparación con un grupo de pares no infectados, e identificar factores sociodemográficos, psicosociales y relacionados con la medicación y otros factores de riesgo y protectores relacionados con los síntomas psicológicos.	Estudio transversal en dos grupos con medidas independientes.	36 sujetos con VIH (transmisión vertical) y 39 sin VIH (no infectados).	con VIH. La mayoría de los participantes en ambos grupos tenían un nivel educativo clasificado como «bajo» (71,4% en cada grupo), aunque la repetición de cursos fue significativamente más frecuente en el grupo VIH+ ($p = 0,01$). Se detectaron síntomas depresivos en el 33,3% del grupo VIH+ (graves en el 5,6%) en comparación con el 47,4% del grupo HIV. En el grupo VIH+ no se detectó asociación significativa entre variables médicas, la puntuación del STAI y la puntuación del PSQI ($p > 0,05$). Aunque se observó una correlación positiva entre la puntuación
---	---	---	---	---



				del BDI y la carga viral (coeficiente de correlación de Pearson: 0,38; $p = 0,02$).
2016. González Sábado R, Martínez Cárdenas A. (46)	Describir los factores que predisponen para el riesgo de tentativa de suicidio.	Descriptiva con análisis de los datos de forma cuali-cuantitativa	32 sujetos	los adolescentes del sexo masculino 18 (56,25%) seguido de las mujeres 14 (43,75%), sobresale el grupo de final de la adolescencia (46,87%) y adolescencia media (40,62%), predomina la orientación heterosexual 26 (81,25%). El estado emocional vivido por los adolescentes en el momento del diagnóstico en los primeros días fue negativo, destacándose el miedo (71,87%), la tristeza (56,25%) así como en iguales porcentajes la ansiedad y el aislamiento (50%). Se



				observó que la mayoría fueron identificados con riesgo medio y alto para la tentativa de suicidio 14(43,75%) y 11 (34,37%).
--	--	--	--	---

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los trastornos psiquiátricos desempeñan un papel crucial en la evolución de los pacientes con enfermedad por VIH, siendo uno de los principales factores relacionados con el empoderamiento de la calidad de vida estrechamente relacionada con la salud, favoreciendo la presencia de conductas de riesgo para la transmisión.

El desarrollo de las conductas suicidas, durante el proceso o la evolución de la enfermedad, la cual está determinada por la unión de factores biológicos, características sociodemográficas y estresores psicosociales, la homofobia, la falta de apoyo familiar, afectando la capacidad laboral del paciente, la dependencia a largo plazo, pérdida de amistades y relaciones sentimentales no satisfactoria, el dolor crónico y la perspectiva de tener enfermedad que puede llevar a la cronicidad y que siempre es potencialmente mortal.

Los pacientes con VIH se tienen que adaptar al proceso emocional que conlleva la enfermedad, el cual va de la mano con el cambio de identidad del individuo, el cual pasa por fases en donde el personal de la salud debe estar preparado y capacitado para promocionar las medidas de atención a la incomodidad emocional durante todo el proceso, siendo esto último de vital importancia para llevar una vida dentro de lo esperado, de forma normal.

Los factores precipitantes, en los casos de intento suicida siempre han contribuido a facilitar la culminación de este último y son considerados las características personales y la depresión. Existen 2 factores de riesgos plenamente identificados dentro de las personas que se deprimen y son: a) la pérdida del control sobre su vida actual y b) la pérdida de toda visión positiva del futuro incierto. En este contexto, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la asociación entre la depresión en el paciente con VIH y el intento suicida en un Hospital de Segundo Nivel?



4.- JUSTIFICACIÓN

En la actualidad se han llevado a cabo diversas investigaciones, siendo la prevalencia e incidencia de la variedad de trastornos psiquiátricos ha ido en aumento en muchos de los países de ingresos bajos, medianos y altos, contribuyendo de tal forma a un mejor entendimiento acerca de lo importante que han sido estos padecimientos como problemas de salud pública a nivel mundial.

(35)

Se estima a nivel mundial, existe al menos 322 millones de personas con depresión.

Durante el año 2015, se calculó que fallecieron 788 000 personas debido al suicidio; la mayoría de los casos ya tenían antecedentes de intentos de suicidio, pero no fallecieron por esta causa. El suicidio tiene una tasa de letalidad del 1,5% aproximadamente, del total de las defunciones a nivel mundial, se ha clasificado dentro de las 20 principales causas de mortalidad. Una de las características de relevancia es que, durante el 2015, represento a la segunda causa de muerte a nivel mundial, tan solo en personas del grupo de edad de 15 y 29 años. (35)

Se tiene conocimiento que el trastorno depresivo tiene una magnitud de importancia el cual a nivel mundial va desde el 13% al 38%, los trastornos de ansiedad que están entre el 15% a 32% y conductas suicidas que tienen una prevalencia entre el 9% al 32%, dentro de los pacientes adultos que viven con la infección por el VIH. (41)

En México, la vigilancia de la mortalidad se obtiene del sistema de información de estadísticas en donde durante el año 2018, donde se presentaron al menos 705 149 casos de defunción, de las cuales al menos 6 710 de ellas se atribuyeron a lesiones autoinfligidas, lo que represento una tasa de suicidio de 5.4 casos por cada 100 mil habitantes, en comparación al año previo donde la tasa de mortalidad por suicidio fue de 5.2 casos por cada 100 mil habitantes. (44)



El estigma que rodea a las personas afectadas por la depresión o en riesgo de intento suicidio, reduce la posibilidad de hacer acciones de intervención para poder tener un manejo multidisciplinario de forma eficiente y efectivo. Es de relevancia tener bien claro la magnitud y trascendencia de este problema de salud pública, para no causar un retroceso al ser subestimadas o poco valoradas, que de por sí ya tiene una gran carga de la enfermedad al generar prejuicios y estimas que han llevado a la discriminación de las personas que los padecen, y culminando en suicidios, descartando toda posibilidad de ayuda para la prevención. ⁽⁴⁵⁾

El intento suicidio, está catalogado como un acto humano muy complejo donde culmina con la muerte, desencadenando diversas etapas y complicaciones en las personas. Estas complicaciones se asocian con la incapacidad del ser humano para poder asumir una muerte psíquicamente. ⁽⁴⁶⁾

La dimensión física es afectada gravemente por la infección del VIH, además de la dimensión social y psicológica, del paciente. Por mencionar las alteraciones que se observan en la dimensión psicológica, se encuentran los cambios de ánimo, de pensamientos y de conducta, aunado a esto existe una serie de prejuicios, tabúes y mitos, que se correlacionan negativamente en la vida cotidiana del paciente, de tal forma que, al no identificarse de forma oportuna y adecuada, puede llegar a tener complicaciones graves como es la depresión. ⁽⁴⁷⁾

Los pacientes que se les hace el diagnóstico de VIH, llevan un proceso de adaptación emocional de la enfermedad, lo cual va de forma paralela a la transición de la personalidad del paciente, siendo la etapa de negación una de las más importantes derivado de que es donde se llega a sentir la ansiedad, el temor a la muerte y conduciendo con el paso del tiempo al intento suicida cuando el paciente no acepta su enfermedad, y tampoco desea conocerla e interiorizarla.



Se han encontrado pocos estudios de relevancia epidemiológica que hablen de la asociación de la depresión y el riesgo de intento suicida a nivel estatal, a pesar de ser un problema de salud pública que tiene trascendencia, magnitud y vulnerabilidad, no se ha estudiado el riesgo de intento suicida en el paciente de enfermedad por VIH.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



5.- HIPÓTESIS

5.1 Hipótesis nula

Hay una fuerte asociación entre la depresión en pacientes con VIH y el intento suicida.

5.2 Hipótesis alternativa

No hay asociación entre la depresión en pacientes con VIH y el intento suicida.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



6.- OBJETIVOS.

6.1 Objetivo general

Determinar la asociación entre la depresión en pacientes con VIH y el riesgo del intento suicida en un Hospital de Segundo Nivel.

6.2 Objetivos específicos

- Conocer las características sociodemográficas de los pacientes con VIH del Hospital General de Zona No. 2.
- Determinar el grado de depresión con la prueba BDI-II Inventario Depresión de Beck en pacientes con VIH.
- Evaluar el riesgo de intento suicida con la Escala de riesgo suicida de Plutchik.
- Relacionar el intento suicida con el grado de depresión en pacientes con diagnóstico de VIH.
- Determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la presencia de depresión en pacientes con VIH del hospital.



7.- MATERIAL Y MÉTODOS.

7.1 Tipo de estudio.

Estudio observacional, analítico, y prospectivo.

7.2 Población, lugar y tiempo de estudio.

Pacientes con diagnóstico de VIH atendidos en el Hospital General de Zona N°2 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Cárdenas, Tabasco, que reciban atención entre septiembre a noviembre de 2022.

7.3 Tipo de muestra y tamaño de muestra

Tipo probabilístico sistematizado. Con un universo de 190 pacientes con diagnóstico de VIH, de los cuales se encuestarán 53 pacientes.

Se realizó el cálculo de la “n” mediante la fórmula de poblaciones finitas.

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$
$$n = \frac{190 * 1.96^2 * 0.05 * 0.95}{0.05^2 * (190 - 1) + 1.96^2 * 0.05 * 0.95}$$
$$n = \frac{190 * 3.8416 * 0.05 * 0.95}{0.0025 * (189) + 3.8416 * 0.05 * 0.95}$$
$$n = \frac{34.67044}{0.654976}$$
$$n = 52.93$$



Dónde:

N = total de la población = 190 pacientes

Z = Nivel de confianza esperado, ya que la seguridad es del 95% = 1.96

p = proporción esperada, en este caso = 0.05

q = Proporción de la población sin la característica deseada (fracaso) = 0.95

d : 95% = 0.05

n = 52.93 / 53

190 pacientes con diagnóstico de VIH atendidos en el Hospital General de Zona N°2 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Cárdenas, Tabasco.

7.3.1 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

7.3.1.1 Criterios de inclusión

- Pacientes derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social con afiliación vigente.
- Pacientes con diagnóstico de VIH
- Pacientes adultos mayores de 18 años.

7.3.1.2 Criterios de exclusión

- Pacientes con edad menor de 18 años.
- Pacientes que no cuenten con afiliación vigente.
- Pacientes que no acepten participar en el estudio.
- Pacientes con trastornos mentales previos



7.3.1.4 Criterios de eliminación.

- Pacientes que no contesten la encuesta
- Pacientes que pierdan vigencia durante el tiempo de estudio.

7.4 Variables dependiente e independiente

7.4.1 Independiente:

Depresión: Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida del interés por todo.

7.4.2 Dependiente:

Intento suicida: acto autolesivo con intención de provocar la muerte, pero que finalmente no resulta mortal. Un intento de suicidio puede dar lugar a lesiones, pero no necesariamente

Factores sociodemográficos y características del paciente: edad, género, años de evolución o de diagnóstico de la enfermedad, ocupación, nivel de educación, soporte familiar.

Factores relacionados con la atención del paciente y con su enfermedad: Recomendaciones y educación en el manejo de su enfermedad que ha recibido el paciente.



Tabla de operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO/ ESCALA	UNIDAD DE MEDIDA/ CODIFICACION	PRUEBA ESTADISTICA
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Número de años vividos obtenido del expediente clínico	Cuantitativa Discreta	Años	Frecuencias simples Media y desviación estándar
Género	Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este punto desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico.	Se registrará mediante las características fenotípicas observadas durante el interrogatorio o en el expediente clínico	Cualitativa Nominal	1.- Femenino. 2.- Masculino	Frecuencias simples Porcentajes
Ocupación	Trabajo, empleo, oficio	Se interrogará directamente al paciente acerca de la labor que desempeña más de 8 horas al día, con o sin remuneración.	Cualitativa Nominal	Maestro, abogado, medico, ingeniero, etc.	Frecuencias simples Porcentajes
Nivel de educación	Determinado por la serie ordenada de programas educativos agrupados en relación a una grabación de las experiencias de aprendizaje, conocimiento, habilidades y competencias que	Se interrogará directamente al paciente acerca del grado máximo de estudios alcanzados en la vida	Cuantitativa Ordinal	1.- Ninguna. 2.- Primaria incompleta 3.- Primaria completa 4.- Secundaria incompleta 5.- Secundaria completa 6.- Bachillerato	Frecuencias simples Porcentajes



	imparte cada uno de estos programas (UNESCO-UIS(2011) International Standad Classification of Education (ISCED)			o preparatoria incompleta 7.- Bachillerato o preparatoria completa 8.- Profesional 9.- Posgrado 10. Doctorado 11.- se ignora	
Situación funcional familiar	Participación de los familiares en brindar apoyo y orientación a los pacientes, está en relación con la funcionalidad familiar, y abarca las siguientes dimensiones: la cohesión, la flexibilidad y la comunicación.	Instrumento de evaluación que consta de 5 preguntas, mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar	Cualitativa Nominal	Cada pregunta tiene un puntaje que va de 0 a 4 de acuerdo con la siguiente ponderación: (0: nunca, 1: casi nunca, 2: algunas veces, 3: casi siempre, 4: siempre. El puntaje obtenido se interpreta de la siguiente manera: 1.-Normal: (17-20 puntos). 2.-Disfunción leve: (16-13 puntos). 3.-Disfunción moderada: (12-10 puntos).	Frecuencias simples Porcentajes X2 Pearson



				4.-Disfunción severa: (menor o igual a 9)	
Depresión	•Es una enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. La depresión es causada por una combinación de factores genéticos biológicos, ambientales y psicológicos. OMS	El inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II) creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia cognitiva, Aaron T. Beck, es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 ítems de respuesta múltiple utilizado para medir la severidad de una depresión.	Cualitativa Ordinal	El rango de las puntuaciones va desde 0 a 63 puntos. Cuanta más alta sea la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresivos. Se establecen cuatro grupos en función de la puntuación total: 1.- Mínima. (0-13 puntos) 2.- Leve. (14-19 puntos) 3.- Moderada. (20-28 puntos) 4.- Grave. (29-63 puntos)	Frecuencias simples Porcentajes X2 Pearson Prueba de asociación (correlación de Spearman)
Intento suicida	Aquellos actos autolesivos deliberados con diferente grado de intención de morir y de lesiones que no tienen un final letal. (Diekstra, 1993)	La escala de riesgo suicida Plutchik (ERSP) que consta de 15 ítems, evalúa los intentos autolíticos previos, la intensidad de la ideación suicida actual, los sentimientos de depresión,	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.- Riesgo alto de intento suicida (≥ 6 puntos). 2. Riesgo bajo de intento suicida. (≤ 5 puntos).	Frecuencias simples Porcentajes X2 Pearson



		desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas de suicidio (Plutchik & Van Praag 1989). Diseñado para contestar "Sí" o "No". Cada respuesta afirmativa evalúa 1 punto. Cada respuesta negativa evalúa 0 puntos.			
Tiempo de evolución de la enfermedad	Tiempo que pasa desde el diagnóstico de una enfermedad o el comienzo del tratamiento hasta que la enfermedad comienza a empeorar o se disemina a otras partes del cuerpo.	Para fines del presente estudio se tomará como tiempo de evolución de la enfermedad a la que registre el propio paciente al aplicarle el instrumento.	Cuantitativa Discreta	1.- 0 – 12 meses 2.- 1 año a 5 años 3.- 5 años a 10 años 4.- mayor a 10 años	Tendencia central

7.4.3 Procedimientos para capturar la información y análisis de datos.

Después de la autorización del protocolo de estudio por el comité local de investigación se procedió a realizar el proyecto en el tiempo determinado para la recolección de los datos. Se realizó un estudio observacional, analítico y prospectivo donde se incluyeron a 53 pacientes con diagnóstico de VIH derechohabientes del IMSS atendidos en el Hospital General de Zona N°2 de Cárdenas Tabasco, que cumplieron con los criterios de inclusión y que aceptaron participar en el estudio. Se llevaron a cabo tres encuestas, que realizó el Médico



Residente de Medicina Familiar de segundo año en la consulta externa de Medicina Interna en ambos turnos (matutino y vespertino), se explicó a detalle en que consistiría el trabajo de investigación y se dio respuesta a sus dudas, así como instrucciones al paciente sobre los objetivos de la investigación y se les solicitó su consentimiento por escrito para participar en el estudio, esto posterior a su atención en la consulta médica; firmando un consentimiento informado y posterior se aplicaron 3 encuestas que se describen a continuación:

APGAR familiar instrumento conformado por 5 ítems; que valoran la dinámica familiar en las áreas de adaptación, vida común, crecimiento, afecto y resolución. Para cada pregunta se marcará con una "x" respondido de forma personal, con un puntaje de 0 a 4 puntos de acuerdo con la siguiente ponderación: (0: nunca, 1: casi nunca, 2: algunas veces, 3: casi siempre, 4: siempre. El puntaje obtenido se interpretará de la siguiente manera; (normal: 17-20 puntos, disfunción leve: 16-13 puntos, disfunción moderada: 12-10 puntos, disfunción severa: menor o igual a 9).

El inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II), con 21 ítems el cual evalúa la amenaza de la sintomatología depresiva. En cada ítem hay cuatro distintas respuestas sistematizadas de menor a mayor gravedad. Cada ítem se valorará en 0 a 3 puntos dependiendo la respuesta elegida por el paciente y, al sumar cada punto, se obtiene una puntuación final de 0 a 63 puntos, cuanto más alta sea la puntuación, mayor será la severidad. Se evaluará en función de la puntuación total de la siguiente manera: mínima: (0-13 puntos), leve: (14-19 puntos), moderada: (20-29 puntos) y grave: (29-63 puntos).

Escala de riesgo suicida Plutchik (ERSP) contiene 15 ítems respondiendo con un "SI" o "NO", cada "SI" suma un punto donde a mayor puntaje; mayor es el riesgo de ideación suicida, se evaluará de la siguiente manera; riesgo alto de intento suicida (>6 puntos), riesgo bajo de intento suicida (<5 puntos).



Al cumplir con el total de pacientes encuestados en el periodo establecido de septiembre a noviembre del 2022; esta información se capturó por el Médico Residente de Medicina Familiar de segundo año. Los resultados recabados de las unidades de observación fueron capturados en una hoja de recolección electrónica (hoja(s) de cálculo) de Excel de Microsoft Office 365 adaptado a Windows, se ordenaron de manera que cada fila de la hoja de cálculo fuera un paciente y cada columna fuera una variable para medir.

Utilizamos el paquete estadístico SPSS versión 21, para el análisis de los resultados, se organizaron las variables sin perder el concepto de fila-paciente. Se examinaron, y se utilizará estadística descriptiva para las variables sociodemográficas y la estadística inferencial para correlación de variables donde se emplearon el método de correlación a través de la estimación del coeficiente de relación de Pearson y chi cuadrada para la relación de variables.

El producto esperado en esta investigación será alcanzar el grado de especialidad en Medicina familiar, proporcionando información actual y veraz que genere un impacto en la sociedad médica, sobre la importancia que radica el conocer la salud integral de los pacientes y formar nuevas estrategias de ayuda.



7.4.4 Consideraciones éticas

Investigación apegada a las normas contempladas en la Ley General de Salud en Materia de Investigación por la Salud y en la Declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 2000, con versión actual del 2004. También se ajusta al artículo 100 del reglamento de la Ley General de Salud correspondiente al Título Quinto en Materia de Investigación para la Salud, el presente protocolo de investigación en seres humanos se adapta a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica en la cual no se expone a riesgos innecesarios al sujeto investigado, ya que solo se realizará la revisión del expediente clínico, y una encuesta al paciente. De acuerdo con el Artículo 17 del reglamento de la Ley General de Salud, no se considera como riesgo de la investigación la probabilidad de que el sujeto de investigación sufriera algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Y de acuerdo con lo anterior se clasificó en la categoría tipo II, investigación con riesgo mínimo. Se explicará a los posibles participantes los objetivos de la investigación y se los solicitará su consentimiento por escrito para participar en el estudio (Anexo 1).



8. RESULTADOS

8.1 Características sociodemográficas de los pacientes con VIH del Hospital General de Zona No. 2.

La tabla 1 muestra la clasificación por sexo de los pacientes, en donde el 88.7% (n=47) representa a la población masculino, mientras que el 11.3% (n=6) restante, a la población femenina.

Tabla 1. Distribución de casos de acuerdo con sexo de casos de VIH - H.G.Z. No. 02 IMSS

Género	No.	Porcentaje (%)
Masculino	47	88.7
Femenino	6	11.3
Total	53	100

Fuente: cuestionario de datos sociodemográficos de 53 pacientes.

La tabla 2 explica las edades de los pacientes de manera descriptiva, presentando una media de 31 años, moda de 30 años, mediana de 30 años, desviación estándar (DE) de (+/-) 7.1, varianza de 51.8, asimetría de .820, error de estándar de asimetría de .327.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos por edades de casos de VIH - H.G.Z. No. 02 IMSS

Estadísticos descriptivos	X	Me	Mo	DE	S²	Asimetría	EEA
Edad	31	30	30	7.1	51.8	.820	.327

Fuente: cuestionario de datos sociodemográficos de 53 pacientes.



La tabla 3 organiza la población de acuerdo con grupo de edad, divididos en cuatro grupos, del cual el más predominante se encuentra en un rango de edad de 27 – 35 años quienes representan el 58.5% (n=31), mientras que el grupo de menor población es de 36 – 44 años y de 45 – 53 años conforman el 9.4% (n=5).

Tabla 3. Distribución de casos de acuerdo con grupo de edad de casos de VIH - H.G.Z. No. 02 IMSS

<i>Grupo de edad</i>	<i>No.</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
18-26 años	12	22.6
27-35 años	31	58.5
36-44 años	5	9.4
45-53 años	5	9.4
Total	53	100

Fuente: cuestionario de datos sociodemográficos de 53 pacientes.



En la tabla 4 se expone a los pacientes según su grado de estudio, los datos muestran un menor puntaje general de los cursos de nivel básico con un porcentaje de 1.9% (n=1) en comparación con el nivel medio superior de escolaridad profesional siendo esto el 34% (n=18) tanto para preparatoria completa como nivel licenciatura.

Tabla 4. Distribución de casos de acuerdo con escolaridad de casos de VIH - H.G.Z. No. 02 IMSS

<i>Escolaridad</i>	<i>No.</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
Primaria incompleta	2	3.8
Primaria completa	1	1.9
Secundaria incompleta	2	3.8
Secundaria completa	7	13.2
Preparatoria incompleta	2	3.8
Preparatoria completa	18	34
Licenciatura incompleta	3	5.7
Licenciatura completa	18	34
Total	53	100

Fuente: cuestionario de datos sociodemográficos de 53 pacientes.

A continuación, la tabla 5 describe que el 88.7% de los pacientes con VIH son solteros y solo el 1.9% de esta población enviudo.

Tabla 5. Distribución de los casos de acuerdo con estado civil en pacientes de VIH del IMSS

<i>Estado Civil</i>	<i>No</i>	<i>Porcentaje</i>
Soltero (a)	47	88.7
Casado (a)	2	3.8
Viudo (a)	1	1.9
Unión Libre	3	5.7
Total	53	100

Fuente: cuestionario de datos sociodemográficos de 53 pacientes.



La tabla 6 documenta que los datos obtenidos en la encuesta sociodemográfica se encuentran realizando una actividad laboral de la cual las tres principales son las siguientes: empleado con 49.1% de la población total (n=26), siguiendo labores del hogar con 9.4% (n=5), y administrativo con 5.7% (n=3).

Tabla 6. Distribución de acuerdo con ocupación, de casos de VIH - H.G.Z. No. 02 IMSS

<i>Ocupación</i>	<i>No</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
Administrativo	3	5.7
Aux. de almacén	1	1.9
Aux. Farmacia	1	1.9
Aux. topógrafo	1	1.9
Chofer	2	3.8
Comerciante	2	3.8
Desempleado	1	1.9
Empleado	26	49.1
Estudiante	1	1.9
Ing. Petrolero	1	1.9
Labores del hogar	5	9.4
Limpieza	1	1.9
Maniobrista	1	1.9
Pensionado	1	1.9
Químico	2	3.8
Seguridad Privada	2	3.8
Supervisor	1	1.9
Valuador	1	1.9
Total	53	100.0

Fuente: cuestionario de datos sociodemográficos de 53 pacientes.



8.2 Grado de depresión con la prueba BDI-II Inventario Depresión de Beck en pacientes con VIH.

La tabla 7 constituye la representación del porcentaje de depresión encontrado con un grado mínimo de depresión del 41.5% (n=22) y en menor porcentaje depresión grave con 5.7%

Tabla 7. Distribución de acuerdo con el grado de depresión de casos de VIH - H.G.Z. No. 02 IMSS

<i>Grado de depresión</i>	<i>No.</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
Mínima	22	41.5
Leve	16	30.2
Moderada	12	22.6
Grave	3	5.7
Total	53	100

Fuente: Inventario Depresión de Beck de 53 pacientes.

8.3 Riesgo de intento suicida con la Escala de riesgo suicida de Plutchik.

La tabla 8 representa el riesgo de intento suicida en población con VIH siendo el 71.7% en riesgo bajo y un 28.3% riesgo alto.

Tabla 8. Distribución de acuerdo con riesgo de intento suicida.

<i>Riesgo de Intento Suicida</i>	<i>No.</i>	<i>Porcentaje</i>
Riesgo bajo de intento suicida	38	71.7
Riesgo alto de intento suicida	15	28.3
Total	53	100

Fuente: Escala de riesgo suicida de Plutchik de 53 pacientes



8.4 Determinar la situación funcional familiar

La tabla 9 describe la funcionalidad familiar donde el 43.4% presentan funcionalidad familiar normal y solo el 11.3% disfunción severa.

Tabla 9. Distribución de casos de acuerdo con Situación funcional familiar de casos de VIH - H.G.Z. No. 02 IMSS

<i>Situación funcional familiar</i>	<i>No.</i>	<i>Porcentaje</i>
Normal	23	43.4
Disfunción leve	16	30.2
Disfunción moderada	8	15.1
Disfunción severa	6	11.3
Total	53	100

Fuente: Escala de APGAR familiar de 53 pacientes



8.5 Relación del intento suicida con el grado de depresión en pacientes con diagnóstico de VIH.

En la tabla 10 muestra el grado de depresión y riesgo de intento suicida en los pacientes con VIH, se observa que el grupo con riesgo alto de intento suicida presenta al menos el 28% de casos, llama la atención que la mayoría de los pacientes con VIH presentan un grado de depresión mínima (35%). El 11% de los casos de riesgo alto tienen un grado de depresión moderada. La X^2 de Pearson nos presenta una significancia estadística al compararla intergrupar ($p < 0.05$).

Tabla 10. Grado de depresión y Riesgo de Intento Suicida en pacientes con VIH

<i>Grado de depresión</i>	<i>Riesgo bajo</i>		<i>Riesgo alto</i>		<i>Total</i>		X^2	<i>Razón de verosimilitud</i>
	<i>No.</i>	<i>%</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>		
Mínima	19	35.85	3	5.66	22	41.51	0.004	0.004
Leve	13	24.53	3	5.66	16	30.19		
Moderada	6	11.32	6	11.32	12	22.64		
Grave	0	0.00	3	5.66	3	5.66		
Total	38	71.70	15	28.30	53	100.00		

Fuente: Escala de riesgo suicida de Plutchik e Inventario de depresión de Beck de 53 pacientes



8.6 Relación entre la funcionalidad familiar y la presencia de depresión en pacientes con VIH del hospital.

La tabla 11 al realizar el análisis del grado de depresión y situación funcional familiar en pacientes con VIH, se puede observar que al menos el 11.3% de los pacientes presentan disfunción severa, el 15.1% presentan disfunción familiar moderada y al menos el 30.2% presenta un grado de disfunción leve. Cuando correlacionamos el grado de depresión y el tipo de disfunción familiar, se observa que el grupo de pacientes con disfunción leve y depresión leve- moderada concentran el 27.4% de los casos.

Tabla 11. Grado de depresión y Situación funcional familiar en pacientes con VIH

Grado de depresión	Normal		Disfunción Leve		Disfunción Moderada		Disfunción Severa		Total		X ²	Razón de verosimilitud
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Mínima	17	32.0	2	3.77	2	3.77	1	1.89	22	41.51		
Leve	4	7.55	7	13.2	3	5.66	2	3.77	16	30.19	0.00	0.000
Moderada	2	3.77	7	13.2	3	5.66	0	0.00	12	22.64	0	
Grave	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	5.66	3	5.66		
Total	23	43.4	16	30.1	8	15.0	6	11.3	53	100.0		

Fuente: Inventario de depresión de Beck y APGAR familiar de 53 pacientes.



8.7 Análisis multivariado

En la tabla 12 se realiza una regresión logística binaria donde se incluyen los siguientes factores grado de depresión (grave), funcionalidad familiar, edad menor de 30 años y género (femenino), encontrando significancia con una $p < 0.001$.

Tabla 12. Regresión logística binaria de casos de VIH con Intento Suicida

<i>Variables</i>	<i>Puntuación</i>	<i>gl</i>	<i>Sig.</i>
Grado de depresión grave	11.071	1	0.001
Funcionalidad Familiar	1.332	1	0.249
Edad menor de 30 años	0.002	1	0.963
Género (femenino)	10.098	1	0.001
Estadísticos globales	14.621	4	0.006

Fuente: BDI I – II, Escala Plutchik APGAR familiar, datos sociodemográficos de 53 pacientes.



9. ANÁLISIS

Los 53 pacientes derechohabientes del IMSS, con afiliación vigente con diagnóstico de VIH, fueron en su mayoría hombres con un 88.7% (n=47) con edades que rondaron entre los 27 y 35 años con una Me de 31 años. (Tabla 1,2 y 3)

En cuanto a los datos sociodemográficos, en primer lugar, se examinaron las proporciones acordes a la escolaridad se encontraron porcentajes muy similares con primaria incompleta 3.8% (n=2) primaria completa, 1.9% (n=1) secundaria incompleta, 3.8% (n=2) secundaria completa, 13.2% (n=7), preparatoria incompleta, 3.8% (n=2) preparatoria completa, 34% (n=18) siendo el de mayor población en este rango junto con licenciatura completa (Tabla 4).

Siguiendo con la distribución según su estado civil ocupando el primer lugar la población soltera con el 88.7% (n=47), siguiendo los que viven en unión libre con el 5.7% (n=3), posterior los casados con un 3.8% (n=2) y por último una persona viuda con el 1.9%. (Tabla 5)

En cuanto al aspecto clínico de los pacientes, se obtuvo la evolución en años de la enfermedad, los cuales variaron entre los 1 a 7 años y solo un paciente con una evolución de la enfermedad de 23 años.

En el rubro laboral los 53 pacientes estudiados se encuentran con un trabajo estable conformando el 100% del objeto de estudio. (Tabla 6)

En cuanto a los grados de depresión, el total de pacientes tiene un grado de depresión de los cuales se obtuvieron los siguientes porcentajes; del 100% analizado el 41.5% de los pacientes presenta depresión mínima, siguiendo la depresión leve con el 30.2%, depresión moderada con el 22.6% y por último depresión grave con el 5.7%. (Tabla 7)



Así mismo se clasificó el riesgo de intento suicida presentando un riesgo bajo el 71.7% (n=38) y un riesgo alto de intento suicida del 28.3% (n=15). (Tabla 8)

Se evaluó la situación funcional familiar la cual se clasifica en normal la cual corresponde al 43.4% (n=23), disfunción leve con 30.2% (n=16), disfunción moderada con el 15.1% (n=8) y disfunción severa con un 11.3% (n=6). (Tabla 9)

En cuanto a las asociaciones del grado de depresión con el riesgo de intento suicida se refiere lo siguiente: depresión mínima con riesgo bajo de intento suicida con el 35.85% (n=19) y riesgo alto de intento suicida con el 5.66% (n=3), depresión leve con riesgo bajo de intento suicida con el 24.53% (13) y riesgo alto de intento suicida con el 5.66% (n=3), depresión moderada con riesgo bajo de intento suicida con el 11.32% (n=6) y riesgo alto de intento suicida con el 11.32% (n=6) y depresión grave con riesgo alto de intento suicida con el 5.66% (n=3). (Tabla 10). Posee una asociación estadísticamente significativa ($p=0.004$).

La relación entre la funcionalidad familiar y la presencia de depresión entre los pacientes de VIH se encontró lo siguientes datos estadístico: depresión mínima con función familiar normal 32% (n=17), disfunción leve 3.77% (n=2), disfunción moderada 4.77% (n=2), disfunción severa con 1.89% (n=1), depresión leve con función familiar normal 7.55% (n=4), disfunción leve 13.21% (n=7), disfunción moderada 5.56% (n=3), disfunción severa con 3.77% (n=2), depresión moderada con función familiar normal 3.77% (n=2), disfunción leve 13.21% (n=7), disfunción moderada 5.66% (n=3), disfunción severa con 0% (n=0) y la depresión grave cuenta con 3 pacientes en el rubro de disfunción severa con el 5.66%. (Tabla 11). Está no presento significancia estadística ($p=0.000$).

Se realiza una regresión logística binaria donde se incluyen los siguientes factores grado de depresión grave, Funcionalidad Familiar, edad menor de 30 años y género (femenino) con una asociación estadística significativa ($p=0.001$) en cuanto al grado de depresión. (Tabla 12)



10. DISCUSIÓN

Una de las prioridades mundiales en salud pública es la atención y respuesta a la infección por VIH, condición que afecta la salud de millones de personas en el mundo.

La depresión como factor de riesgo de intento suicida en nuestra población de estudio es ligeramente inferior a la reportada con otros autores con una prevalencia de depresión mínima del 41.5% y de riesgo bajo de intento suicida del 71.7% siendo muy variable los resultados, en comparación con lo publicado por el autor Rodríguez Fortúnez, que habla sobre la ideación suicida y depresión en pacientes con VIH sobre prevalencia y factores de riesgo. ⁽⁴²⁾

Son muchos los trabajos que evidencian la influencia de las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes de riesgo de intento suicida y depresión en las personas con VIH.

En cuanto al promedio de edad con una media de 31 años, (DE=7.1) coincide con lo expuesto en el artículo de Osorio y colaboradores donde refiere que el promedio de edad fue de 34 años (DE = 8.9). ⁽²⁹⁾

Aunque la mayoría de la población estudiada es del sexo masculino, quienes predominan con un grado de depresión moderada a severa son el grupo de las femeninas en un promedio de edad de 27 – 35 años de la población, por lo cual se tiene más del 90% de probabilidades de tener un riesgo alto de intento suicida.

Velo-Higueras y colaboradores, la mayoría de los participantes encontraron que ambos grupos de comparación presentaron niveles educativos bajos (71.4%), en nuestro estudio se detectó que el 34 % de los participantes presentaban un grado de escolaridad superior (licenciatura completa). Así mismo, reclutaron a 36 mujeres (48%) en comparación a nuestro estudio donde prevalece el sexo masculino (88.7%), muy idéntico a lo estudiado por Rodríguez-Fortúnez, y cols, donde su muestra fue prevalente en el sexo masculino de 84.8%.



Velo-Higueras y cols. Encontraron dentro del instrumento de evaluación de depresión al compararlos con individuos sin VIH se detectó que no se encontraron diferencias significativas de grado de depresión al realizarse las comparaciones intergrupales. En los resultados del estudio se encontró que la prevalencia fue muy similar a lo reportado por Velo-Higueras y col.

Rodriguez-Fortúnez, y cols, encontró que el 79.2% (Riesgo de intento suicida bajo) de la muestra evaluada tenía una puntuación de la Escala de Plutchik en promedio de 1.95 con DE:1.75, en comparación a los pacientes con Riesgo de intento suicida alto que presento un puntaje promedio de 7.22 (DE:1.65). Resultados equiparables a los encontrados en nuestra muestra con el 71.7% de riesgo bajo y un 28.3% con riesgo alto.

Rodriguez-Fortúnez, y cols, estimaron la prevalencia de riesgo suicida del 20.8% con IC95% (13.7-27.9) y de depresión del 23.2% con IC95% (15.8-30.6). encontrando una correlación moderada entre ambas variables, siendo la correlación muy semejante a lo detectado por nuestro estudio donde la X² de Pearson presento un valor de 13.43, con 3 grados de libertad, con significancia estadística (p:<0.05).

Daniel Guerrero-Muñoz, y cols.⁽⁴⁸⁾ Dentro del metaanálisis que realizó comenta que las mujeres con disfunción familiar tienen una mayor prevalencia de depresión durante una consulta de medicina familiar independientemente de la edad; donde encontró un riesgo de 4.5 veces mayor para mujeres entre 20 y 39 años de edad, con una mejor percepción de la familia funcionalidad (IC 95 %, 2,2–9,4), mientras que para las mujeres en el grupo de edad entre 40 y 59 años, el riesgo fue 1,4 veces mayor (IC 95%, 0,7-2,9). Sin embargo, hace mención que la disfunción familiar es un factor de riesgo asociación mayormente entre individuos más jóvenes.



Según el nivel de apoyo social que tiene un individuo, su calidad de vida relacionada con la salud poder ser mejor o peor, por lo cual es de importancia conocer el apoyo social para mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH, en el estudio de Remor E. ⁽⁴⁹⁾, encontró que el apoyo social fue capaz de predecir el 13% de la variancia en la Calidad de vida relacionada con la salud, lo que indico que los pacientes con VIH con un apoyo social tienen una mejor calidad de vida. Dentro de nuestro estudio encontramos como dato representativo que la depresión mínima entre la funcionalidad familiar normal era la asociación mayormente representativa muy consistentes con reportes presentados en otros estudios, similar a lo reportado por Shittu-Rasake, y cols.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



11. CONCLUSIÓN

La depresión es uno de los principales trastornos psiquiátricos que aquejan a los pacientes con infección por VIH.

Es más frecuente en mujeres y adolescentes, y en pacientes con malas redes de apoyo social.

Concluyendo que cuando se conjuntan los factores de depresión grave, se tiene una disfunción severa, pertenecer al sexo femenino y ser menor de 30 años, se tiene más del 90% de probabilidades de tener un riesgo alto de intenso suicida.

La depresión, se ha convertido en un padecimiento subdiagnosticado, siendo uno de los principales datos encontrados que el paciente que lo padece no acepta o no hace alusivos sus síntomas de forma clínica, y por parte del personal de salud a la falta de pericia para detectar sintomatología de depresión en el paciente con infección por VIH. Es vitalmente de relevancia que el profesional de la salud, que otorga la consulta a los pacientes con VIH, incorpore de forma proactiva al quehacer diario la búsqueda intencionada de síntomas depresivos en estos últimos.

El intento suicida, independientemente de su nivel de gravedad, está relacionado con una percepción negativa del estado de salud mental.



12. PERSPECTIVAS

Uno de los principales desafíos actualmente que tiene el médico familiar es el aumento en la prevalencia de enfermedades mentales, para lo cual es de importancia la capacitación dentro del ámbito laboral para la prevención, detección y manejo de estos pacientes. El uso de tamizajes con lo son las encuestas de depresión, es de relevancia, porque podemos detectar a tiempo sintomatología o signos que pueden orientar a prevenir una depresión grave que lleve a intentos suicidas con mayor frecuencia en la población.

Otra de las principales recomendaciones es evaluar desde la consulta externa de primer nivel la funcionalidad familiar, derivado de que es de vital importancia para conocer el grado de apoyo con el que cuentan los pacientes con VIH, derivado de que dicha red social debe de ser fuerte para poder llevar su proceso de tratamiento y seguimiento con mayor fortaleza.

El apoyo de personal de trabajo social en la unidad cobra notabilidad por el seguimiento de estos pacientes y la cercanía que tienen durante las entrevistas para la identificación de algún grado de depresión, fortaleciendo de forma indirecta los vínculos familiares, donde se debe sugerir que acuda acompañado de otra persona de preferencia familiar directo, para empoderarlo con planes y estrategias acorde al grado de depresión. Así mismo, ser gestoras para el envío de pacientes con características especiales al segundo nivel para una evaluación por psiquiatría en manejo conjunto con psicología en terapias conductuales para el mejoramiento de la calidad y esperanza de vida de estos pacientes.

Continuar con las investigaciones en salud para mejorar el conocimiento de las variables multifactoriales asociadas a la salud mental en pacientes con VIH, continuar realizando estudios amplios que engloben múltiples áreas con tamaños muestrales mayores.



13.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Cerecero García D, Macías González F, Arámburo Muro T, Bautista Arredondo S. Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. Sal Pub. 2020; 62(6) 840-850. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/11558/11984>
- 2.- Navío Acosta M, Pérez Sola V. Depresión y suicidio 2020. Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental. Wecare-u. Janssen. Madrid; 2020. Disponible en: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Depresion-suicidio-2020.pdf>
- 3.- Velo Higuera C, Bejarano García MM, Domínguez Rodríguez S, Ruiz Sáez B, Cuellar flores I, García Navarro C, Guillen Martín S, Ramos Amador JT, Navarro Gómez ML, González Tomé MI. Prevalencia y factores de riesgo de síntomas psicológicos en una muestra española de jóvenes con VIH en comparación con pares no infectados. Asoc Esp de Ped. Elsevier. 2020; 1-10. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403320304896>
- 4.- Depresión: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
- 5.- Ghasemi M, Phillips C, Fahimi A, et al. Mechanisms of action and clinical efficacy of NMDA receptor modulators in mood disorders. Neurosci Biobehav Rev. 2017; 80(2):555-572. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28711661/>
- 6.- Morrison J. DSM-5: Guía para el diagnóstico clínico. 1th. ed. México, D.F. El Manual Moderno; 2015. Disponible en: <https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/100427ee7db1097e8ed8e1815bb84e36.pdf>
- 7.- Pérez Padilla E, Cervantes Ramírez V.M, Hijuelos García N.A, Pineda Cortés J.C, Salgado Burgos H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. Rev Biomed 2017; 28(1):89-115. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-84472017000200073
- 8.- Pérez Padilla EA, et al. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. Rev Biomed. 2017; 28:89-115. Disponible en: <https://www.revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/557/590>



- 9.- García Herrera B, Nogueras Morilla EV, Muñoz Cobos F, Morales Asencio JM. Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria. Distrito sanitario Málaga UGC Salud Mental Hospital Regional Universitario “Carlos Haya”. Málaga. 2011. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCdepresionatencionprimaria.pdf>
- 10.- Voltas Moreso N, Canaís Sans J. La depresión en la adolescencia: ¿Un problema enmascarado? Rev de Est de Juv. 2018; 121: 25-43. Disponible en: https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/2_la_depresion_en_la_adolescencia_un_problema_enmascarado.pdf
- 11.- Álvarez Martínez E, Pérez Blanco J, Pérez Sóla V. Tratado de Psiquiatría. Trastornos del humor (afectivos).18:349-377. Disponible en: https://psiquiatria.com/tratado/cap_18.pdf
- 12.- González Lugo S, Pineda Domínguez A, Gaxiola Romero JC. Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. Universitas Psychologica. 2018; 17(3):1-11. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64755358008>
- 13.- Piñar Sancho G, Suárez Brenes G, De la cruz Villalobos N. Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. Rev Med Sin 2020; 5(12):1-17. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/610>
- 14.- Carrasco Alvarado E. Modelos psicoterapéuticos para la depresión: hacia un enfoque integrado. Rev Int de Psic 2017; 51(2):181-189. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/284/28454546004.pdf>
- 15.- Corea del Cid MT. La depresión y su impacto en la salud pública. Rev Med Hondur. 2021; 89(1):1-68. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2021/pdf/Vol89-S1-2021-14.pdf>
- 16.- Suicidio: <http://www.who.int/topics/suicide/es/>
- 17.- Cañón Buitrago SC, Carmona Parra JA. Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. Rev Pediatr Atención Primaria. 2018; 20:387-395. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014



- 18.- Román V, Abud C. Suicidio. 1a. Ed. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) Argentina; 2017. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/Suicidio.pdf>
- 19.- Ortega González M. Comportamiento Suicida. Reflexiones críticas para su estudio desde un sistema psicológico. 1th ed. Sonora: Qartuppi, S. de R.L. de C.V; 2018. Disponible en: <https://www.qartuppi.com/2018/SUICIDA.pdf>
- 20.- Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles. Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la infección del virus de inmunodeficiencia humana. Secretaria de Salud. Marzo; 2020. Disponible en: https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/37_Manual_VIH-SIDA_2020.pdf
- 21.- Abdulghani N, González E, Manzardo C, Casanova JM, Pericás JM. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. FMC 2020; 27:63-74. Disponible en: <https://www.fmc.es/es-infeccion-por-el-virus-inmunodeficiencia-articulo-S1134207220300359>
- 22.- Beltran de la Rosa E, Silveria Tapia O, Yelena Armella K, Marín Daza A, Román Garrido A, Rojas Jiménez N. Depresión y variables asociadas al diagnóstico de VI-SIDA en la población de la IPS vital salud. Rev de Psic GEPU, 2017; 7(1):001-268. Disponible en: <https://www.cue.edu.co/admin/js/plugins/ckeditor/kfinder/upload/files/Revista%20Cuidar%20Septima%20Edicion%282%29.pdf>
- 23.- Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el SIDA respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la Inmunodeficiencia Humana. Panel de expertos de GeSIDA y Plan Nacional sobre el SIDA. Actualización enero 2019. Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2019/01/gesida_DC_TAR_2019_v_final.pdf
- 24.- Chianca de Andrade Moraes D, Celia de Oliveira R, Vitorino Arruda do Prado A, De la Rocha Cabral J, Aline Correa C, Barbosa de Albuquerque MM. El conocimiento de las personas que viven con el VIH/SIDA acerca de la terapia antirretroviral. Enferm. Glob. 2018; 17(49):96-141. Disponible en:



https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000100096

25.- Carvajal Alzate M, Roldán Tabares MD, Herrera Almanza L, Hernández Martínez A, Álvarez Hernández LF, Martínez Sánchez LM. Virus de inmunodeficiencia humana: hallazgos útiles en el diagnóstico, prevención y tratamiento. *Enf Inf Microbiol.* 2019; 39(2):65-70. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/micro/ei-2019/ei192e.pdf>

26.- Renteria Rodríguez M.E. Salud mental en México. *INCyTU.* 2018; 7:1-6. Disponible en:

https://www.foroconsultivo.org.mx/INCyTU/documentos/Completa/INCYTU_18-007.pdf

27.- Velo Higuera C, Bejarano García M, Domínguez Rodríguez S, Ruiz Sáenz B, Cuéllar Flores I. et al. Prevalencia y factores de riesgo de síntomas psicológicos en una muestra española de jóvenes con VIH en comparación con pares no infectados. *Anales de Pediatría.* <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.05.028>.

28.- Consenso de GeSIDA sobre comorbilidad neuropsiquiátrica cognitiva y VIH. Versión 1.0. Junio 2020. Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2020/07/Guia_GESIDA_ManejoClinicoComorbilidad.pdf

29.- Osorio Aquino MC, Rivas Acuña V, Mateo Crisóstomo Y, Gerónimo Carrillo R. Influencia de la ansiedad, depresión y adaptación psicosocial en personas con VIH en el CAPASIT del Estado de Tabasco. *Salud en Tab.* 2019; 25(2y3):55-61. Disponible en:

https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/ssaludtabasco/55_2.pdf

30.- Caldera Guzmán D, Pacheco Zavala MP. Funcionalidad familiar del paciente con VIH-SIDA en una Unidad de Medicina Familiar de León, Guanajuato. *Medigraphic.* 2020; 15(2):48-53. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=95045>

31.- Mayorga Muñoz C, Gallardo Peralta L, Gálvez Nieto J.L. Propiedades psicométricas de la escala APGAR-familiar en personas mayores residentes en zonas rurales multiétnicas chilenas. *Rev Med Chile.* 2019; 147:1283-1290. Disponible en:

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019001001283



- 32.- Struk K. The Beck Depression Inventory (BDI-II): A cross-sample structural analysis. Measurement and evaluation in counseling and development. 2017; 50(1-2):3-17. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/321205374_The_Beck_Depression_Inventory_Second_Edition_BDI-II_A_Cross-Sample_Structural_Analysis
- 33.- Gómez Tabares A, Núñez C, Agudelo Osorio MP, Grisales Aguirre AM. Riesgo de ideación suicida y su relación con la impulsividad y la depresión en adolescentes escolares. Rev Ibero de Diag y Eval. 2020; (1):147-163. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7235283>
- 34.- Prevención del suicidio un instrumento para médicos generalistas. Trastornos Mentales y Cerebrales Departamento de Salud Mental y Toxicomanías Organización Mundial de la Salud Ginebra 2000. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/prevencion-suicidio-medios-comunicacion.pdf>
- 35.- Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2017.
- 36.- <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide> . 2 de 2019.
- 37.- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Lineamientos Operativos para la Atención a Personas con Intención y/o Intentos suicidas en Establecimientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Quito: Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, 2021. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Lineamiento-de-intencion-e-intentos-de-suicidio.pdf>
- 38.- Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre). Datos nacionales. Comunicado de prensa Núm. 520/21. 8 de Septiembre de 2021; 1-5. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/Suicidios2021Nal.pdf>
- 39.- ONUSIDA. (2021). Hoja informativa - Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- 40.- Cervantes D, Ochoa Torres C, Casique MP, Rodríguez L. Irene I. Análisis del impacto de la mortalidad por suicidios en México, 2000-2012 SALUD COLECTIVA.



- 2015; 11(4):471-484. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/731/73143274002.pdf>
- 41.- Sudjaritruk T, Aурpibul L, Natalie Songtaweelin W, Narkpongphun A, Thisayakorn P et al. Integration of mental health services into HIV healthcare. Journal of the International AIDS Society 2021. 24:e25668. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33569878/>
- 42.- Rodríguez Fortúnez P, China Cabello E Alemán Valls M.R, Comellas Serra M, Cejas Méndez RM. Ideación suicida y depresión en pacientes VIH+: Estudio transversal sobre prevalencia y factores de riesgo. REV MULTID DEL SIDA 2019; 7(16):16. Disponible en: <https://www.sidastudi.org/resources/inmaggic-img/DD54995.pdf>
- 43.- Narváez Sánchez Y, Hernández Suárez MI, Vázquez Hernández M, Miranda de la Cruz A, Magaña Olan L. Depresión e ideas suicidas en jóvenes de educación media superior en Tenosique, Tabasco. Salud Tab 2017; 23:28-33. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48754566005>
- 44.- INEGI. Estadísticas de mortalidad. Base de datos, varios años. CONAPO. Proyecciones de la población de México 2010 a 2050. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/suicidios2020_Nal.docx
- 45.- Gómez Gallardo P. Salud mental, depresión y suicidio en personas adolescentes y jóvenes. Defensor. Revista mensual de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. 9; 2017. Disponible en: https://cdhcm.org.mx/wp-content/uploads/2014/05/dfensor_09_2017.pdf
- 46.- González Ávalos RI, Martínez Cárdenas A. Riesgo de tentativa de suicidio en adolescentes con diagnóstico de VIH-SIDA en el Hospital Esperanza. Luanda. Angola. Mul Med 2016; 20(1):1-14. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2016/mul161n.pdf>
- 47.- Canalez Zavala MA, et al. Calidad de vida, sintomatología de ansiedad y depresión en personas con VIH: el papel del psicólogo en la salud. Educación y Salud Boletín Científico 2019; 8(15):80-91. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/4829/6879>
- 48.- Guerrero Muñoz D, Salazar D, Constain V, Perez A, Pineda Cañar CA,



García Perdomo HA. Association between Family Functionality and Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. Korean J Fam Med 2021; 42:172-180. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8010447/pdf/kjfm-19-0166.pdf>

49.- Remor E. Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. Aten Primaria 2002. julio-agosto. 30(3): 143-149. Disponible en: <http://sciedirect.com/science/article/pii/S0212656702789932?via%3Dihub>

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado



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

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

Nombre del estudio: DEPRESION COMO FACTOR DE RIESGO DE INTENTO SUICIDA EN PACIENTES CON VIH EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.

Patrocinador externo (si aplica): NO APLICA

Lugar y fecha: Cárdenas, Tabasco, Septiembre 2022.

Número de registro institucional: PENDIENTE

Justificación y objetivo del estudio: DETERMINAR LA ASOCIACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON VIH Y EL RIESGO DEL INTENTO SUICIDA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.

Procedimientos: SE APLICARÁN CUESTIONARIOS PARA VALORAR EL NIVEL DE DEPRESIÓN, RIESGO DE INTENTO SUICIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH.

Posibles riesgos y molestias: NO SE CONTEMPLAN POSIBLES RIESGOS POR LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTE ESTUDIO. PARA RESPONDER LAS PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO SE CONTARÁ CON PERSONAL CAPACITADO Y SI EL PACIENTE NO DESEA RESPONDER ALGUNA PREGUNTA PODRÁ NO HACERLO.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: LOS RESULTADOS QUE SE OBTENGA DEL ESTUDIO PUEDEN SER ÚTILES PARA QUE EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 2 DEL IMSS SE TOMEN MEDIDAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON VIH Y REFERIRLOS AL ÁREA DE PSICOLOGÍA Y/O PSIQUIATRÍA SEGÚN SU EVALUACIÓN, CON EL FIN DE LOGRAR UN MEJOR CONTROL Y CUIDADO DE LA SALUD MENTAL DEL PACIENTE.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: LOS PACIENTES SERÁN INFORMADOS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN SU ENCUESTA

Participación o retiro: LOS PACIENTES INVITADOS A PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO PUEDEN DECIDIR LIBREMENTE SI DESEAN O NO PARTICIPAR.

Privacidad y confidencialidad: SE MANTENDRÁ OCULTA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS PARTICIPANTES, ÉSTA NO SE REVELARÁ EN EXPOSICIONES O PUBLICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ESTE ESTUDIO.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

- No acepto participar en el estudio.
- Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable:
Colaboradores:

HERENIA DEL CARMEN PADRON SANCHEZ TEL.:8331406903
CLEOPATRA ÁVALOS DÍAZ TEL.: 9934535741
ROGELIO PÉREZ MORENO TEL: 9931047416
CAROLINA RODRIGUEZ DE DIOS TEL 9932199687

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Zona no. 2, Calle Francisco Trujillo Gurría s/n, Colonia Pueblo Nuevo, Cárdenas, Tabasco. CP 86500. Correo electrónico: cei.27.001.20170221@gmail.com

Nombre y firma del participante

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



Anexo 2. Cuestionarios.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI- BDI - II)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor lea con atención cada uno de ellos. Elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el enunciado correspondiente.

1. Tristeza

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

2. Pesimismo

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

3. Fracaso

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

4. Pérdida de placer

- 0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto
- 1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo



2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar
3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar

5. Sentimientos de culpa

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

6. Sentimientos de castigo

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

7. Disconformidad con uno mismo

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

8. Autocrítica

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

9. Pensamientos o deseos suicidas



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

10. Llanto

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

11. Agitación

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

12. Pérdida de interés

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

13. Indecisión

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



14. Desvalorización

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

15. Pérdida de energía

0. Tengo tanta energía como siempre
1. Tengo menos energía que la que solía tener
2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
3. No tengo energía suficiente para hacer nada

16. Cambios en los hábitos de sueño

0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño
- 1ª Duermo un poco más que lo habitual
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual
- 2ª Duermo mucho más que lo habitual
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª Duermo la mayor parte del día
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0. No estoy tan irritable que lo habitual
1. Estoy más irritable que lo habitual
2. Estoy mucho más irritable que lo habitual
3. Estoy irritable todo el tiempo

18. Cambios en el apetito



0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito

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

1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual

2^a Mi apetito es mucho menor que antes

2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3^a No tengo apetito en lo absoluto

3b Quiero comer todo el día

19. Dificultad de concentración

0. Puedo concentrarme tan bien como siempre

1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

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

3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada

20. Cansancio o fatiga

0. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual

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

2. Estoy demasiado fatigado o cansado por hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

3. Estoy demasiado fatigado o cansado por hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

21. Pérdida del interés en el sexo

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

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

2. Estoy mucho menos interesado en el sexo

3. He perdido completamente el interés en el sexo.



Anexo 3. Cuestionario.

ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK (RISK OF SUICIDE, RS)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 15 ítems sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor marque con una **(X)** si o no

1.- ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	SI	NO
2.- ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	SI	NO
3.- ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo?	SI	NO
4.- ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	SI	NO
5.- ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	SI	NO
6.- ¿Se ha sentido algunas vez inútil o inservible?	SI	NO
7.- ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	SI	NO
8.- ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quiere meterse en la cama y abandonarlo todo?	SI	NO
9.- ¿Está deprimido/a ahora?	SI	NO
10.- ¿Está usted separado/a divorciado/a o viudo/a?	SI	NO
11.- ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	SI	NO
12.- ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	SI	NO
13.- ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	SI	NO
14.- ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	SI	NO
15.- ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	SI	NO
Puntuación		



Anexo 4. Cuestionario.

APGAR FAMILIAR ADULTO

FOLIO:		EDAD:
ESCOLARIDAD: () Analfabeta () Primaria completa () Primaria incompleta () Secundaria completa () Secundaria incompleta () Preparatoria completa () Preparatoria incompleta () Licenciatura Completa () Licenciatura incompleta () Maestría () Doctorado		
ESTADO CIVIL: () Soltero () Casado () Unión libre () Divorciado () Viudo (a)		
Sexo: () Masculino () Femenino	Ocupación:	
Tiempo de evolución de diagnóstico:		
Teléfono:	Correo Electrónico:	

Instrucciones: Marque con una (X) la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal.

FUNCIÓN	NUNCA (0 PUNTOS)	CASI NUNCA (1 PUNTO)	ALGUNAS VECES (2 PUNTOS)	CASI SIEMPRE (3 PUNTOS)	SIEMPRE (4 PUNTOS)
Me satisface la ayuda que recibo de la familia cuando tengo algún problema o necesidad					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc.					
Me satisface como compartimos en mi					



familia:					
a) El tiempo para estar juntos					
b) Los espacios de la casa					
c) El dinero					

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.