

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**  
**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**  
**CARRERA DE MEDICINA**



**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO**

**PREVALENCIA DE SÍNDROME DEPRESIVO Y FACTORES ASOCIADOS EN  
PACIENTES VIH POSITIVOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL ENRIQUE  
GARCÉS DE QUITO. ENERO – JUNIO 2017**

**DIRECTOR/A:**

**Dra. Rosa Solórzano**

**AUTOR:**

**Silvana Estefanía Ordoñez Gavilánez**

**CUENCA – ECUADOR**

**2017**

## RESUMEN

**Antecedentes:** La depresión es un trastorno del estado de ánimo. La depresión es una sensación de tristeza o aflicción de una intensidad más profunda y que dura más de lo que debería. Aproximadamente entre el 5% y el 10% de la población general sufre depresión. Sin embargo, el índice de depresión en las personas con el VIH puede llegar al 60 - 64%. Las mujeres con VIH se deprimen dos veces más frecuentemente que los hombres (1).

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de síndrome depresivo y factores asociados en pacientes VIH positivos que acuden al Hospital Enrique Garcés de Quito. Enero – Junio 2017

**Metodología:** Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal y se aplicó un formulario de recolección de datos sobre la prevalencia de síndrome depresivo y factores asociados en 80 pacientes VIH positivos que acudieron al Hospital Enrique Garcés de Quito. Enero – Junio 2017. Los datos se procesaron en el programa IBM SPSS 15.0 versión evaluación.

**Resultados:** Los adultos jóvenes se encuentran en el 37.5% de la población, 76.3% viven en el área urbana, 47.5% son casados, 42.5% presentan depresión muy severa.

**Palabras clave:** Depresión, salud mental, HIV, SIDA, enfermedad de transmisión sexual

## ABSTRACT

**Background:** Depression is a mood disorder. Depression is a feeling of sadness or affliction of a deeper intensity that lasts longer than it should. Approximately 5% to 10% of the general population suffers from depression. However, the rate of depression in people with HIV can reach 60-64%. Women with HIV become depressed twice as often as men (1).

**Objective:** To determine the prevalence of depressive syndrome in HIV positive patients attending the Enrique Garcés Hospital in Quito. January - June 2017

**Methodology:** A quantitative, descriptive, cross-sectional study was carried out and a data collection form was applied on the Prevalence of depressive syndrome in 80 HIV positive patients who attended the Enrique Garcés Hospital in Quito. January - June 2017. Data were processed in the IBM SPSS 15.0 Evaluation Version program.

**RESULTS:** The results of the present study Young adults are found in 37.5% of the population, 76.3% live in the urban area, 47.5% are married, and 42.5% have very severe depression.

**Key words:** Depression, mental health, HIV, AIDS, sexually transmitted disease

## ÍNDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT .....	2
ÍNDICE.....	3
DEDICATORIA .....	5
AGRADECIMIENTO .....	6
CAPITULO I.....	7
1.1 Introducción.....	7
1.2 Planteamiento del problema .....	8
1.3 Justificación .....	9
CAPITULO II .....	10
2.1 Antecedentes.....	10
2.2 Fundamento teórico.....	11
2.2.1 Infección por HIV y SIDA .....	11
2.2.2 Estigma de la infección por el VIH .....	12
2.2.3 Patología del SIDA .....	13
2.2.4. Virología del VIH.....	14
2.3 Epidemiología.....	16
2.4 Estimaciones sobre el VIH y el sida (2015).....	16
2.5 Depresión y Sida .....	17
2.6 Hipótesis.....	18
CAPITULO III .....	19
3.1 Objetivos .....	19
3.1.1 Objetivo general .....	19
3.1.2 Objetivos específicos.....	19
CAPITULO IV.....	20
4.1 Diseño metodológico .....	20
4.2 Definición operacional de las variables .....	20
4.3 Diseño general del estudio .....	20
4.3.1 Tipo de estudio .....	20
4.3.2 Área de investigación .....	20
4.3.3 Universo de estudio .....	20
4.4 Selección y tamaño de la muestra .....	21

4.5 Determinación del tamaño de la muestra.....	21
4.5.1 Formula de cálculo .....	21
4.6 Unidad de análisis y de observación.....	22
4.7 Criterios de inclusión y exclusión .....	23
4.7.1 Criterios de inclusión .....	23
4.7.2 Criterios de exclusión .....	23
4.8 Métodos e instrumento para obtener la información .....	23
4.9 Métodos de procesamiento de la información .....	23
4.10 Procedimientos para garantizar procesos bioéticos .....	24
4.11 Descripción de variables.....	24
4.12 Operacionalización de las variables.....	25
CAPITULO V .....	27
5.1 Resultados .....	27
5.2 Cumplimiento del estudio .....	31
5.3 Características de la población de estudio.....	31
CAPITULO VI.....	32
6.1 Discusión .....	32
CAPITULO VII.....	34
7.1 Conclusiones y recomendaciones .....	34
7.1.1 Conclusiones .....	34
7.1.2 Recomendaciones.....	34
BIBLIOGRAFÍA .....	35
ANEXO 1 .....	38
ANEXO 2.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

## **DEDICATORIA**

Con todo mi corazón les dedico mi tesis a todos mis seres queridos y de manera especial a mis padres, familiares y amigos.

## **AGRADECIMIENTO**

Un agradecimiento especial a mi Dios por haberme permitido llegar a la culminación de este nuevo anhelo de mi vida, a toda mi familia que siempre estuvo apoyándome para seguir adelante, a la Dra. Rosa Solórzano y a todos los docentes que me acompañaron durante todo el proceso que permitió conseguir mis sueños.

## CAPITULO I

### 1.1 Introducción

Es frecuente sentirse triste o desalentado después de un diagnóstico de Sida o VIH positivo. Esto ocasiona nuevas limitaciones en lo que puede hacer, y que se sienta ansioso/a por los resultados del tratamiento y lo que le espera en el futuro. A los pacientes se le hace difícil adaptarse a una nueva realidad y hacer frente a los cambios y el tratamiento continuo que acompañan el diagnóstico (2), esto acarrea una serie de problemas y cambios en su salud mental, tales como ansiedad y depresión.

Los estudios muestran que los pacientes infectados con VIH son más propensos a desarrollar depresión, lo que además de afectar su calidad de vida puede tener efectos sobre su capacidad para seguir el tratamiento (3).

En el estudio publicado en la revista Cubana de Salud Pública, cuyo título es “Depresión en personas con VIH en dos municipios de Angola” se obtuvieron los siguientes resultados: se estudió a 100 participantes y 33% de los mismos presentaron depresión indistintamente del género (4).

El estudio prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA en el hospital General de Zona #11 del instituto mexicano del Seguro Social Lic. Ignacio Díaz Téllez se concluyó luego de entrevistar a 160 pacientes, el 18.13% tenían depresión moderada y 0,63% depresión severa (5).

El artículo “Prevalencia de depresión en pacientes HIV SIDA del Hospital Adventista del Séptimo día de la ciudad de Kanye, Botswana, África” es de 200 pacientes de ambos sexos, según el Inventario de Beck: el 79,5%(n=159) de pacientes con HIV/SIDA tenían depresión. El 38,5% (n=77) de los individuos tenían ideas suicidas (6).

Como se puede observar es una patología que afecta por igual a todos los grupos de edad, sin distinción de etnia, condición económica ni social, escolaridad o estado

civil. En virtud de tal problemática se hace necesario conocer la realidad de la prevalencia de depresión en los pacientes VIH positivos que acuden al hospital Enrique Garcés de Quito.

## **1.2 Planteamiento del problema**

A nivel mundial 36,7 millones de personas vivían con el VIH (final de 2015), de los cuales 2,1 millones de personas contrajeron la infección por el VIH (final de 2015), 1,1 millones de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida (final de 2015), mientras 78 millones de personas han contraído la infección por el VIH desde el comienzo de la epidemia (7).

Un estudio de la Organización Mundial de la Salud estima que en general, el porcentaje de enfermedades mentales en pacientes HIV/ SIDA es muy alto; la depresión se destaca entre ellas por su alta prevalencia. Un estudio en el cual se consideran las enfermedades más prevalentes estima que para el año 2020, las enfermedades mentales junto con el HIV/SIDA estarán dentro de las 10 primeras causas de morbilidad de los países de desarrollo (6).

Los pacientes que presentan afectaciones crónicas en su salud pueden experimentar crisis al momento de recibir su diagnóstico y atraviesan un proceso de adaptación psicológica, que se espera les permita finalmente aceptar su nueva condición y realizar cambios duraderos en su vida. Aparecen entonces reacciones como la desorientación, ansiedad y síntomas depresivos, los cuales estarían relacionados con la percepción de control sobre la salud, la esperanza de vida, los síntomas experimentados e incluso con las implicaciones físicas, psicológicas y sociales del tratamiento (8).

Debido a que el Sida es una enfermedad altamente contagiosa y crónica, con enormes repercusiones sociales, económicas, psicológicas, físicas, etc; se hace necesario e indispensable conocer *¿Cuál es la prevalencia de síndrome depresivo en pacientes VIH positivos que acuden al Hospital Enrique Garcés de Quito?*

### **1.3 Justificación**

El presente estudio es de gran importancia debido que complementara algunos estudios realizados en esta institución como por ejemplo la tesis “Estados emocionales de pacientes con VIH en el Hospital Enrique Garcés en estado de latencia en diferentes áreas de la población” realizado por Pasquel Carrillo, Valeria Estefanía donde se entrevistaron a 30 pacientes, se encontró que los pacientes no tienen altos niveles de ansiedad y depresión, en esta etapa de la infección (9).

Además el Hospital Enrique Garcés es una de las primeras Instituciones de Salud de referencia para tratamiento de pacientes portadores del VIH/SIDA. Al momento se ha convertido en Unidad de Referencia Nacional, especialmente de las provincias de la Sierra Central y Oriente. El Hospital Enrique Garcés es una de las primeras Instituciones de Salud de referencia para tratamiento de pacientes portadores del VIH/SIDA. Hasta la fecha ha atendido a más de 1600 pacientes y 1000 aproximadamente se encuentran en tratamiento (10).

El conocimiento adquirido por el presente estudio servirá como base teórica a la comunidad médica, estudiantes y a la sociedad en general como material de consulta y revisión.

## CAPITULO II

### 2.1 Antecedentes

En el trabajo *“Depresión y adhesión a terapia anti-retroviral en pacientes con infección por VIH atendidos en el Hospital San Pablo de Coquimbo, Chile”* realizado por Makarena Varela y Susan Galdames se evaluó a 119 pacientes atendidos en el Programa VIH/SIDA de dicho hospital en el cual se aplicó la escala de depresión de Beck II en el cual la *prevalencia de depresión tuvo un promedio de 14,30 ± 12,2, fluctuando entre 0 y 59 puntos. En términos de las categorías correspondientes a los puntajes obtenidos se observó 59% de casos con depresión mínima, 13,1% con depresión leve, 16,4% depresión moderada y 11,5% depresión severa (11).*

En *“Depresión en personas con VIH en dos municipios de Angola”* estudio descriptivo de corte transversal realizado por MSc. Lucas Antonio Nhamba en un grupo de 100 personas con VIH residentes en los municipios de Huambo y Bailundo entre enero y mayo de 2012, entre las encuestadas, *la depresión se presentó en 33 de las mismas, a predominio de la leve, que afectó a 15 personas, en tanto que las categorías moderada y grave se presentaron en igual magnitud. Un análisis por sexo permitió observar un predominio de mujeres en la muestra y una mayor frecuencia absoluta y relativa de la depresión en este grupo. Así, para las féminas, la depresión estuvo presente en el 37 %, a predominio de la forma leve (17,3 %) mientras que entre los hombres esta se presentó en el 25,8 %, a predominio de la forma grave, presente en el 10,5 % (4).*

En el trabajo *“Depresión y factores asociados en personas viviendo con VIH/Sida en Quindío, Colombia, 2015”* de Deisy Viviana Cardona-Duquel y colaboradores que realizaron un estudio transversal en un grupo de 70 adultos diagnosticados con VIH que se encontraban en tratamiento antirretroviral en Quindío Colombia. La información se obtuvo a través de los cuestionarios de depresión y ansiedad de Beck y el cuestionario MOS de apoyo social se obtuvieron los siguientes resultados: el promedio de edad es 38,2 años, 64,5% fueron hombres, 44,9% eran solteros, 30% puntuó niveles moderados o graves de depresión. El tener relación de pareja actuó como factor protector de la depresión: por cada paciente con

*relación de pareja y niveles moderados o graves de depresión, había 6 separados o viudos y tener niveles altos o moderados de ansiedad estuvo asociado con la depresión (8).*

En el trabajo de titulación de Psicología Clínica *“Revelación, manejo de diagnóstico y las consecuencias psicosociales que presentan los niños, niñas y adolescentes viviendo con VIH en el Hospital Pediátrico “Baca Ortiz”* realizada por Daysi Alexandra Jami Córdor en el 2012 se realizó un estudio de tipo descriptiva y explicativa en la que pudo evidenciar que los niños, niñas y adolescentes pertenecientes a la investigación realizada en el hospital antes mencionado, el 69% de ellos no presenta sintomatología depresiva, antes de ser revelado el diagnóstico de VIH, seguidos del 25% que muestra sintomatología depresión mínima o moderada y el 6% indica que tiene una depresión en grado máximo (12).

## **2.2 Fundamento teórico**

### **2.2.1 Infección por HIV y SIDA**

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un virus transmitido por la sangre típicamente a través de relaciones sexuales, parafernalia (Conjunto de instrumentos o aparatos que se necesitan para un fin determinado) por vía intravenosa compartida y transmisión de madre a hijo, que puede ocurrir durante el proceso de nacimiento o la lactancia (13). La enfermedad del VIH es causada por la infección con VIH-1 o VIH-2, que son retrovirus en la familia Retroviridae, género Lentivirus (14).

En la descripción inicial del sida, la transmisión se relacionaba con los varones que tenían sexo con varones y con los drogadictos que compartían las jeringas, sin embargo, en los últimos años, la transmisión del VIH se realiza por vía heterosexual en un 80%. El riesgo de transmisión es similar de hombre a mujer que de mujer a hombre y aproximadamente 40% de la población mundial afectada son mujeres (15).

Son virus ARN que se replican mediante un ADN intermediario, que depende del ADN polimerasa o retrotranscriptasa, proveniente del ARN y que se encuentra

dentro del virión. Este conjunto enzimático permite copiar o transcribir información genética de tipo ARN a ADN. Este proceso para sintetizar una partícula a partir de una información genética en forma de ARN, solo es atribuible a estos virus (13). El VIH-2 tiene un riesgo ligeramente menor de transmisión que el tipo 1, y tiende a progresar más lentamente al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), es menos agresivo además las personas infectadas con el VIH-2 tienden a tener una menor carga viral que las personas con VIH-1 (16).

En los Estados Unidos, la enfermedad del VIH se describió por primera vez en 1981 en el que numerosos hombres homosexuales jóvenes presentaron infecciones oportunistas que, en ese momento, se asociaban típicamente con una inmunodeficiencia grave: neumonía por *Pneumocystis* (PCP) y sarcoma agresivo de Kaposi (16).

### **2.2.2 Estigma de la infección por el VIH**

Se ha atribuido una cantidad considerable de estigma a la infección por el VIH, principalmente debido a la asociación del virus con la adquisición sexual y la inferencia de la promiscuidad sexual. Las consecuencias de este estigma han incluido la discriminación y la renuencia a someterse a pruebas para la infección por el VIH. El estigma de la infección por el VIH también se asocia con el temor de adquirir una infección rápidamente fatal por contacto relativamente casual (14).

Tales actitudes son inadecuadas porque el VIH es poco transmisible sin contacto sexual o contacto con la sangre. Además, la supervivencia esperada es larga en pacientes con infección por el VIH que están recibiendo tratamiento. El VIH no se transmite durante el contacto casual y es fácilmente inactivado por simples detergentes. Gran parte de la preocupación con respecto a la infección por el VIH se debe a la incurabilidad de la infección y al implacable declive inmunitario ya la muerte prematura en la gran mayoría de las personas infectadas (14).

### **2.2.3 Patología del SIDA**

La infección por el VIH pasa por una serie de etapas antes de que se convierta en SIDA.

Estas etapas de la infección como se indica en 1993 por los centros de Control y prevención de enfermedades son:

#### **— Etapa 1: Infección aguda por el VIH**

Dentro de las 2 a 4 semanas después de la infección por el VIH, las personas pueden sentirse enfermas como si tuvieran la influenza (gripe) y esto puede durar algunas semanas. Esta es la respuesta natural del cuerpo a la infección. Cuando una persona tiene una infección aguda por el VIH, tiene una gran cantidad de virus en la sangre y es muy contagiosa (17).

#### **— Etapa 2: Latencia clínica (inactividad o estado latente del VIH)**

A esta fase a veces se la llama de infección asintomática por el VIH o de infección crónica por el VIH. Durante esta fase, el VIH sigue activo, pero se reproduce a niveles muy bajos, y las personas podrían no tener ningún síntoma ni sentirse enfermas. En las personas que no están tomando ningún medicamento para tratar el VIH, esta fase podría durar una década o más; sin embargo, otras personas pueden pasar más rápido por esta etapa (17).

Es importante recordar que todavía se puede transmitir el VIH durante esta fase, aunque quienes que usan terapia antiretroviral y mantienen una carga viral inhibida (o sea, que tienen un nivel de virus muy bajo en la sangre) tienen muchas menos probabilidades de transmitir el virus que aquellas que no tienen una carga viral inhibida (17).

Al final de esta etapa, la carga viral comienza a aumentar y el recuento de células CD4 comienza a bajar. Cuando esto sucede, la persona podría comenzar a tener

síntomas a medida que vayan aumentando los niveles de virus en su cuerpo, y pasar a la etapa 3 (17).

### — **Etapa 3: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)**

El SIDA es la etapa más grave de la infección por el VIH. Las personas con SIDA tienen el sistema inmunitario tan dañado que comienzan a tener cada vez más enfermedades graves, las cuales se llaman enfermedades oportunistas (17).

#### **2.2.4. Virología del VIH**

El VIH-1 y el VIH-2 son retrovirus en la familia de los Retroviridae, género Lentivirus. Se trata de virus de ARN de cadena simple, de cadena sencilla, con un ADN intermedio, que es un genoma viral integrado (un provirus) que persiste dentro del ADN de la célula huésped (18).

El VIH contiene 3 genes retrovirales que definen las especies: gag, pol y env. El gen gag codifica el antígeno específico del grupo; Las proteínas estructurales internas. El gen pol codifica la polimerasa; También contiene integrasa y proteasa (las enzimas virales) y se produce como una extensión C-terminal de la proteína Gag). El gen env codifica la envoltura viral - las proteínas estructurales externas responsables de la especificidad del tipo celular (19).

La glicoproteína 120, la proteína de la envoltura viral, se une a la molécula CD4 + del huésped (18). El VIH-1 tiene 6 genes accesorios adicionales: tat, rev, nef, vif, vpu y vpr. El VIH-2 no tiene vpu pero en su lugar tiene el gen único vpx. El único otro virus conocido que contiene el gen vpu es el virus de la inmunodeficiencia simia en chimpancés (SIVcpz), que es el equivalente simio del VIH. Curiosamente, los chimpancés con infección activa por VIH-1 son resistentes a la enfermedad (19).

Las proteínas accesorias del VIH-1 y del VIH-2 están implicadas en la replicación viral y pueden desempeñar un papel en el proceso de la enfermedad. La parte externa del genoma consiste en repeticiones terminales largas (LTRs) que contienen secuencias necesarias para la transcripción y empalme de genes,

envasado viral de ARN genómico y secuencias de dimerización para asegurar que se empaqueten 2 genomas de ARN.

Las etapas del ciclo de vida del VIH son las siguientes:

1. **Enlace:** El primero de los siete pasos en el ciclo de vida del VIH. Cuando este virus ataca a un linfocito (una célula) CD4, el virus se fija a las moléculas en la superficie del linfocito CD4: primero a un receptor del CD4 y luego a un correceptor CCR5 o CXCR4 (20).
2. **Fusión:** El segundo de los siete pasos del ciclo de vida del VIH. Después de que el virus se une a un linfocito (una célula) CD4 huésped, la envoltura del virus se fusiona con la membrana del linfocito CD4. Esta fusión permite que el VIH entre al linfocito CD4. Una vez adentro, el virus libera su ARN y sus enzimas, tales como la transcriptasa inversa y la integrasa (20).
3. **Transcripción inversa:** El tercero de los siete pasos del ciclo de vida del VIH. Una vez que se encuentra dentro de un linfocito (una célula) CD4, el VIH libera y emplea la transcriptasa inversa (una enzima del VIH) para convertir su ARN del VIH—material genético—en ADN del VIH. La conversión de ARN del VIH a ADN del VIH le permite al VIH entrar al núcleo del linfocito CD4 y unirse con el ADN—material genético—de la célula (20).
4. **Integración:** El cuarto de los siete pasos del ciclo de vida del VIH. Una vez que se encuentra dentro del núcleo del linfocito (de la célula) CD4 huésped, el VIH libera la integrasa, una enzima del VIH. El VIH emplea la integrasa para insertar (integrar) su ADN vírico en el ADN de la célula huésped (20).
5. **Multiplicación:** El quinto de los siete pasos en el ciclo de vida del VIH. Una vez que el VIH se integra dentro del ADN del linfocito (de la célula) CD4 huésped, comienza a emplear el mecanismo de ese linfocito para crear cadenas largas de proteínas. Esas cadenas de proteínas son elementos constitutivos para producir más copias del virus (20).
6. **Ensamblaje:** El sexto de los siete pasos en el ciclo de vida del VIH. Durante el ensamblaje, el nuevo ARN del VIH y las proteínas víricas producidas por el linfocito (la célula) CD4 huésped salen a la superficie de la célula y se ensamblan dentro de un VIH inmaduro (no infeccioso) (20).

**7. Gemación:** El último de los siete pasos en el ciclo de vida del VIH. Durante la gemación, el VIH inmaduro (no infeccioso) se impulsa hacia el exterior del linfocito (célula) CD4 huésped. (El VIH no infeccioso no puede infectar otro linfocito CD4.) Una vez fuera del linfocito CD4, el nuevo virus libera proteasa, una enzima del VIH. La proteasa actúa para separar las cadenas largas de proteína que forman el virus no infeccioso. Las proteínas víricas más pequeñas se combinan para formar el VIH maduro, infeccioso (20).

### **2.3 Epidemiología**

Casi 37 millones de personas viven con el VIH en todo el mundo. En los Estados Unidos, 1,2 millones de personas viven con el VIH, de las cuales el 13 por ciento desconocen su diagnóstico. Aunque se han logrado avances en la lucha mundial contra el VIH / SIDA, la epidemia continúa en Estados Unidos y en la comunidad internacional. A nivel mundial, las muertes relacionadas con el SIDA han disminuido en un 45 por ciento desde su máximo en 2004. Sin embargo, la tasa de transmisión del VIH sigue siendo inaceptablemente alta, con 2,1 millones de nuevas infecciones que ocurren en todo el mundo en 2015 (21).

En 2015, 36,7 millones [34 millones–39,8 millones] de personas alrededor del mundo vivían con el VIH (7). De acuerdo a estadísticas de la ONU SIDA, en 2015, en Ecuador se estima que a finales del 2015 más de 29.000 personas eran portadoras del VIH y que entre 1000 y 3000 personas fallecieron por el Sida (22).

### **2.4 Estimaciones sobre el VIH y el sida (2015)**

- Número de personas que viven con el VIH: 29000 [23000 - 35000]
- Prevalencia en adultos de entre 15 y 49 años: 0.3% [0.2% - 0.3%]
- Adultos de al menos 15 años que viven con el VIH: 29000 [23000 - 34000]
- Mujeres de al menos 15 años que viven con el VIH: 8900 [7200 - 11000]
- Niños de 0 a 14 años de edad que viven con el VIH: <500 [<500 - <1000]
- Fallecimientos por el sida: <1000 [<1000 - 1300]
- Huérfanos por el sida de 0 a 17 años de edad: 11000 [8500 - 14000] (23)

## 2.5 Depresión y Sida

La depresión es una enfermedad recurrente, frecuentemente crónica y que requiere un tratamiento a largo plazo (24). Enfrentarse a situaciones de sufrimiento psíquico, inquietante y profundo por los problemas cotidianos experimentados por las personas que viven con el VIH y que se centran principalmente en cuestiones relacionadas con las desigualdades de género entre hombres y mujeres. Muchos de estos dramas son velados en el día a día, ha hecho invisibles, y es únicamente para aquellos que experimentan un sufrimiento silencioso como una forma de afrontamiento todos los días (1,25).

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

El Sida es un una enfermedad con características de amenazante y crónica donde se ponen a prueba los recursos de los que dispone la persona. En la infección por el VIH, en el caso de producirse un malestar mayor de lo esperable y si llegara a provocar un deterioro significativo de la actividad social y laboral (o académica) cumpliría criterios de trastorno adaptativo, pudiendo presentar alteraciones en la ansiedad, ánimo depresivo, o bien en el comportamiento (26).

El VIH/sida se ha representado con imágenes que lo vinculan a la suciedad, la contaminación y el miedo al “contagio”, por lo que los pacientes pueden ser excluidos, aislados o rechazados por el temor a que transmitan una infección incurable. Este padecimiento ha venido a desplazar al cáncer como imagen de la muerte, especialmente porque aún no hay un tratamiento que permita curar la infección, por lo que se ha asociado al horror, el dolor, el sufrimiento y la desesperanza (27).

A través del presente estudio se busca comprender la experiencia del estigma y la discriminación en la vida de los pacientes con VIH, lo cual acarrea en mucho de los casos sentimientos de angustia y desesperación, que según las estadísticas internacionales conlleva en un porcentaje alto a la depresión y temor a la muerte (27). El impacto emocional al momento del diagnóstico es negativo, caracterizado por tristeza, temor y ansiedad (28).

## **2.6 Hipótesis**

Los pacientes VIH positivos que acuden al Hospital Enrique Garcés de Quito presentan un cuadro depresivo desde el momento mismo de su diagnóstico.

## **CAPITULO III**

### **3.1 Objetivos**

#### **3.1.1 Objetivo general**

Determinar la prevalencia de síndrome depresivo y factores asociados en pacientes VIH positivos que acuden al Hospital Enrique Garcés de Quito. Enero – Junio 2017.

#### **3.1.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar la población estudiada de acuerdo a variables socio-demográficas.
- Identificar la severidad de depresión en la población de estudio.

## **CAPITULO IV**

### **4.1 Diseño metodológico**

El presente estudio será de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, en el cual se aplicará de instrumento un formulario de recolección de datos que incluirá variables como la edad, genero, residencia, procedencia, test de depresión de Hamilton.

### **4.2 Definición operacional de las variables**

#### **— Variable independiente**

Como independientes fueron seleccionadas variables demográficas de edad, género, procedencia, estado civil y nivel socioeconómico.

#### **— Variable dependiente**

Como variables dependientes se utilizó el test de depresión de Hamilton que se aplicó a los pacientes que acuden al Hospital Enrique Garcés de Quito.

### **4.3 Diseño general del estudio**

#### **4.3.1 Tipo de estudio**

El presente estudio será de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal

#### **4.3.2 Área de investigación**

#### **4.3.3 Universo de estudio**

Para la presente investigación se tomará en cuenta la población de pacientes que reciben atención médica en el Hospital Enrique Garcés de Quito.

#### 4.4 Selección y tamaño de la muestra

En base al informe Estrategia Nacional de VIH/SIDA-ITS publicado por el Ministerio de Salud Pública en el 2015 la población de pacientes con VIH/SIDA que fueron atendidos en el Hospital Enrique Garcés de Quito en esa fecha fueron de 852 (29), y a partir de ese dato se estimó una muestra tomando en cuenta un nivel de confianza al 95%, una proporción esperada del 45%, así como un error muestral del 5%; mediante el programa para análisis epidemiológico de datos Epi info 7, donde se obtuvo un valor de 78,56 participantes para ser incluidos en el estudio, los cuales serán escogidos al azar.

La unidad de análisis y observación comprenderá los datos obtenidos de la prevalencia de síndrome depresivo en pacientes VIH positivos que acuden al Hospital Enrique Garcés de Quito, los cuales serán presentados como frecuencias absolutas y relativas.

#### 4.5 Determinación del tamaño de la muestra

##### 4.5.1 Formula de cálculo

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

Dónde:

**Z** = nivel de confianza (correspondiente con tabla de valores de Z)

**p** = Porcentaje de la población que tiene el atributo deseado

**q** = Porcentaje de la población que no tiene el atributo deseado = 1-p

Nota: cuando no hay indicación de la población que posee o no el atributo, se asume 50% para p y 50% para q

**N** = Tamaño del universo (Se conoce puesto que es finito)

**e** = Error de estimación máximo aceptado

**n** = Tamaño de la muestra

<b>INGRESO DE DATOS</b>	
<b>Z=</b>	<b>1.96</b>
<b>p =</b>	<b>45%</b>
<b>q =</b>	<b>50%</b>
<b>N =</b>	<b>852</b>
<b>e =</b>	<b>10%</b>

<b>Valores de confianza tabla Z</b>	
95%	1.96
90%	1.65
91%	1.7
92%	1.76
93%	1.81
94%	1.89

### **TAMAÑO DE MUESTRA**

<b>n =</b>	<b>78.56 participantes</b>
------------	----------------------------

#### **4.6 Unidad de análisis y de observación**

La unidad de análisis constituye la población de pacientes VIH positivo que acuden al hospital Enrique Garcés de Quito. A partir de la información obtenida por el instrumento de recolección de datos, se procedió a la construcción de la base de datos en Excel para luego ser exportada al programa IBM SPSS 15.0 versión evaluación, en donde se realizaron los análisis estadísticos pertinentes.

Se utilizó la prueba de chi cuadrado para establecer asociaciones entre variables. Se considerarán los resultados de las pruebas estadísticas como significativos cuando el valor de p sea menor a 0,05.

## **4.7 Criterios de inclusión y exclusión**

### **4.7.1 Criterios de inclusión**

- Pacientes con diagnóstico seropositivo para VIH/Sida (hombres y mujeres) con edades comprendidas entre los 18 y 64 años
- Pacientes con tratamiento antirretroviral para Sida.
- Aquellos pacientes que acepten participar en la presente investigación.
- Aprobación de consentimiento informado por parte de Director Asistencial del Hospital Enrique Garcés de Quito.

### **4.7.2 Criterios de exclusión**

- Pacientes con enfermedad psiquiátrica previa (antecedentes de depresión) que son atendidos en el Hospital Enrique Garcés de Quito
- Pacientes que utilicen psicotrópicos o neurolépticos al momento del estudio y que acuden al Hospital Enrique Garcés de Quito.
- Con lesión cerebral o enfermedad oportunista cerebral.
- Individuos con alteraciones cognitivas previas al diagnóstico de VIH/SIDA (hombres y mujeres) con edades comprendidas entre los 18 y 64 años
- Pacientes con antecedentes de traumatismos craneoencefálicos o Eventos cerebro-vasculares.
- Pacientes con enfermedades metabólicas

## **4.8 Métodos e instrumento para obtener la información**

Para obtener la información se utilizará un formulario de recolección de datos y el test de Hamilton que fueron aceptados previamente por el departamento de investigación de la Carrera de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca

## **4.9 Métodos de procesamiento de la información**

Con los datos obtenidos en el presente estudio mediante el formulario de recolección de datos, se procederá a la construcción de la base de datos en Excel

para luego ser exportada al programa IBM SPSS 15.0, en donde se realizarán los análisis estadísticos pertinentes.

Las variables serán expresadas en frecuencias absolutas y relativas mediante tablas académicas. Además, se utilizará la prueba de chi cuadrado para establecer asociaciones entre variables. Se considerarán los resultados de las pruebas estadísticas como significativos cuando el valor de p sea menor a 0,05.

#### **4.10 Procedimientos para garantizar procesos bioéticos**

- Contar con las debidas autorizaciones del Director del Hospital Enrique Garcés de Quito.
- Aprobación por el comité de ética de la carrera de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca.
- Ausencia de costos para el paciente.
- Confidencialidad de los datos obtenidos.
- Se garantizará el principio de la autonomía de cada participante y se mantendrá la confidencialidad de los datos, debido a que no se divulgarán los nombres de las participantes y ningún paciente será expuesto a riesgos, por lo que se cumplirá el principio de la no maleficencia.

#### **4.11 Descripción de variables**

##### **— Variable independiente**

Como independientes fueron seleccionadas variables demográficas de edad, género, estado civil, procedencia y nivel socioeconómico.

##### **— Variable dependiente**

Como variables dependientes se utilizó el test de depresión de Hamilton que se aplicó a los pacientes que acuden al Hospital Enrique Garcés de Quito.

## 4.12 Operacionalización de las variables

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
<b>Edad</b>	Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia.	Grupo etario	Edad en años referida en la encuesta	<b>Cualitativa ordinal</b> Edad en años Adolescente De 12 a 19 Adulto joven De 20 a 35 Adulto de mediana edad De 35 a 64 Adulto maduro De 65 a 74 Anciano Más de 74
<b>Genero</b>	se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres (30).	Nominal	Cedula de identidad  1. Hombre 2. Mujer	<b>Cualitativa nominal</b>
<b>Procedencia</b>	Es vivir o habitar en un lugar determinado de forma permanente o por un tiempo considerable.	Localidad o lugar de procedencia	Ubicación Geográfica 1. Urbano 2. Rural	<b>Cualitativa nominal</b>
<b>Estado civil</b>	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Nominal	Cedula de identidad	<b>Cualitativa nominal</b> 1- Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Union libre 5. Viudo 6. Separado
<b>Nivel socioeconómico</b>	Característica económica y social que depende de nivel de educación, ocupación e ingresos y otros (31).	Característica socioeconómica.  - Características de vivienda - Acceso a tecnología - Posesión de bienes - Hábitos de consumo - Nivel de educación	Según puntaje asignado por el INEC A: Alto B: Medio alto C+: Medio típico. C-: Medio bajo. D: Bajo.	<b>Cualitativa nominal</b>  A. De 845,1 a 1000 pts. B. De 696,1 a 845 pts. C. De 535,1 a 696 pts. D. De 316,1 a 535 pts. E. De 0 a 316 pts.

		- Actividad económica del hogar		
<b>Depresión (test de depresión de Hamilton)</b>	Alteración afectivo-conductual, caracterizada por sentimientos de tristeza, inhibición de ideas y psicomotora	Cambios conductuales y/o afectivos en los seres humanos	Presencia de signos y síntomas de depresión de acuerdo al test de Hamilton	<b>Cualitativa ordinal</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sin depresión</li> <li>2. Depresión ligera/menor</li> <li>3. Depresión moderada</li> <li>4. Depresión severa</li> <li>5. Depresión muy severa</li> </ol>

## CAPITULO V

### 5.1 Resultados

#### EN LA TABLA 1

Tabla 1

Distribución de pacientes VIH positivos con síndrome depresivo que acuden al Hospital Enrique Garcés de Quito. Enero – junio 2017, según variables sociodemográficas

Variables Sociodemográficas	Frecuencia N = 80	Porcentaje %
<b>Edad</b>		
Adolescente	3	3.8
Adulto joven	30	37.5
Adulto de mediana edad	11	13.8
Adulto maduro	22	27.5
Anciano	14	17.5
<b>Procedencia</b>		
Urbano	61	76.3
Rural	19	23.8
<b>Estado Civil</b>		
Soltero	24	30.0
Casado	38	47.5
Divorciado	2	2.5
Unión libre	11	13.8
Viudo	5	6.3
<b>Condición económica</b>		
Alto	26	32.5
Medio	21	26.3
Bajo	33	41.3
Total	80	100.0
<b>Genero</b>		
Masculino	36	45.0
Femenino	44	55.0
Total	80	100.0

Fuente: Base de datos SPSS

Autor: Silvana Estefanía Ordoñez Gavilánez

**Interpretación:** De la población de estudio el 37.5% son adultos jóvenes, 76.3% de pacientes provienen del área urbana, además el 47.5% de los mismos están casados, el 41,3% son condición económica baja, el 55% son de género femenino

Tabla 2

**Prevalencia de pacientes VIH positivos con síndrome depresivo que acuden al Hospital Enrique Garcés de Quito. Enero – junio 2017, según la escala de ansiedad de Hamilton y su interpretación**

<b>Escala de Ansiedad de Hamilton</b>	<b>Frecuencia N = 80</b>	<b>Porcentaje %</b>
<b>Escala de Ansiedad de Hamilton (Interpretación)</b>		
Sin depresión	14	17.5
Depresión ligera / menor	13	16.3
Depresión moderada	8	10.0
Depresión severa	11	13.8
<b>Depresión muy severa</b>	<b>34</b>	<b>42.5</b>

**Fuente:** Base de datos SPSS

**Autor:** Silvana Estefanía Ordoñez Gavilánez

**Interpretación:** En el presente estudio 34 pacientes que representan el 42.5% de los casos presentan un cuadro de depresión muy severa de acuerdo a la escala de ansiedad de Hamilton.

**Tabla 3**

**Distribución de pacientes VIH positivos con síndrome depresivo que acuden al Hospital Enrique Garcés de Quito. Enero – junio 2017, según la escala de Ansiedad de Hamilton y la edad**

Edad	Escala de Ansiedad de Hamilton					Total	X2
	Sin depresión	Depresión ligera / menor	Depresión moderada	Depresión severa	Depresión muy severa		
Adolescente	0	0	0	1	2	3	
Adulto joven	7	11	6	1	5	30	
Adulto de mediana edad	4	0	0	3	4	11	
Adulto maduro	3	2	2	3	12	22	
Anciano	0	0	0	3	11	14	
<b>Total</b>	14	13	8	11	34	80	

**Fuente:** Base de datos SPSS

**Autor:** Silvana Estefanía Ordoñez Gavilánez

**Interpretación:** De acuerdo a la escala de ansiedad de Hamilton la población más afectada de depresión severa son los adultos jóvenes (11).

**Tabla 4**

**Distribución de pacientes VIH positivos con síndrome depresivo que acuden al Hospital Enrique Garcés de Quito. Enero – junio 2017, según la escala de Ansiedad de Hamilton**

Condición económica	Escala de Ansiedad de Hamilton					Total
	Sin depresión	Depresión ligera / menor	Depresión moderada	Depresión severa	Depresión muy severa	
	3	7	4	3	9	26
	21.4%	53.8%	50.0%	27.3%	26.5%	32.5%
	6	3	1	3	8	21
	42.9%	23.1%	12.5%	27.3%	23.5%	26.3%
	5	3	3	5	17	33
	35.7%	23.1%	37.5%	45.5%	50.0%	41.3%
	14	13	8	11	34	80
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	Escala de Ansiedad de Hamilton					
	Sin depresión	Depresión ligera / menor	Depresión moderada	Depresión severa	Depresión muy severa	
	5	6	4	6	15	36
	35.7%	46.2%	50.0%	54.5%	44.1%	45.0%
	9	7	4	5	19	44
	64.3%	53.8%	50.0%	45.5%	55.9%	55.0%
	14	13	8	11	34	80
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	Escala de Ansiedad de Hamilton					
	Sin depresión	depresión ligera / menor	depresión moderada	depresión severa	depresión muy severa	
	13	12	7	9	20	61
	92.9%	92.3%	87.5%	81.8%	58.8%	76.3%
	1	1	1	2	14	19
	7.1%	7.7%	12.5%	18.2%	41.2%	23.8%
	14	13	8	11	34	80
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	Escala de Ansiedad de Hamilton					
	Sin depresión	depresión ligera / menor	depresión moderada	depresión severa	depresión muy severa	
	3	4	5	3	9	24
	21.4%	30.8%	62.5%	27.3%	26.5%	30.0%
	9	3	1	6	19	38
	64.3%	23.1%	12.5%	54.5%	55.9%	47.5%
	0	0	1	1	0	2
	0.0%	0.0%	12.5%	9.1%	0.0%	2.5%
	2	6	1	0	2	11
	14.3%	46.2%	12.5%	0.0%	5.9%	13.8%
	0	0	0	1	4	5
	0.0%	0.0%	0.0%	9.1%	11.8%	6.3%
	14	13	8	11	34	80
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Base de datos SPSS

Autor: Silvana Estefanía Ordoñez Gavilánez

## **5.2 Cumplimiento del estudio**

El estudio se cumplió en el 100% de la programación establecida.

## **5.3 Características de la población de estudio**

Todos los pacientes VIH positivos atendidos en el hospital Enrique Garcés de Quito en los meses de enero a junio del 2017.

## CAPITULO VI

### 6.1 Discusión

Según el estudio *“Síndromes psiquiátricos en personas infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana: una revisión breve”* realizado por Miguel D. Sánchez-Fernández y colaboradores *La depresión es un problema frecuente en pacientes con VIH, debido a la carga personal y social que implica para el paciente ser portador del VIH. La prevalencia de depresión en pacientes con VIH puede ser de 19%-43% (32)*, según nuestra investigación el 42.5% y el 13.8% presenta depresión muy severa y depresión severa respectivamente, lo cual concuerda con los datos internacionales.

En el artículo original *“Estados emocionales negativos y variables clínicas en personas con virus de inmunodeficiencia humana/Sida”* realizado por Yamila Ramos Rangel y colaboradores que llevaron a cabo un estudio descriptivo, correlacional y trabajaron con un universo, conformado por 19 personas diagnosticadas con sida en el cual obtuvieron los siguientes resultados: predominaron rangos de edad correspondientes a adultos jóvenes (31,5 %) y de mediana edad (31,5 %), en su mayoría masculinos (74 %), blancos (14 %), con bajos niveles educacionales (57,9 %) en la cual existió correlación directa entre años de evolución de la enfermedad con la ansiedad (33), según los datos obtenidos en mi estudio la población más afectada por ansiedad y depresión son los adultos jóvenes con el 37.5% de los casos y los adultos de mediana edad en el 27.5%, lo cual concuerda con los estudios realizados en Cuba motivo de esta discusión.

En la revisión *“Depresión y factores asociados en personas viviendo con VIH/Sida en Quindío, Colombia, 2015”* de Deisy Viviana Cardona-Duquel y colaboradores, los cuales un estudio transversal en un grupo de 70 adultos diagnosticados con VIH que se encontraban en tratamiento antirretroviral en Quindío-Colombia. La información se obtuvo a través de los cuestionarios de depresión y ansiedad de Beck se concluyó que el promedio de edad se ubicó en 38,2 años, 64,5% fueron hombres, 44,9% eran solteros, 30% puntuó niveles moderados o graves de

depresión. El 47.5% en mi estudio están casados y presentan diferentes estados de depresión y el 30% de la población son solteros que se encuentran en las mismas condiciones, lo que se aprecia es que el estar casado suma mayor stress y preocupación a los pacientes VIH positivos.

## **CAPITULO VII**

### **7.1 Conclusiones y recomendaciones**

#### **7.1.1 Conclusiones**

- En la población de estudio los adultos jóvenes se hallan representando la tercera parte de los casos.
- La mayor parte de los participantes viven en el área urbana representando un 76.3% de los casos de estudio.
- En cuanto al estado civil, 47.5% de la población de estudio están casados,
- Un porcentaje del 41.3% de pacientes son de condición económica baja.
- Los participantes en el estudio son en su mayoría de género femenino.

#### **7.1.2 Recomendaciones**

- Luego de la investigación realizada se hace evidente la necesidad de realizar una evaluación psicológica y/o psiquiátrica a todos los pacientes con diagnóstico seropositivo para Vih/Sida, con el fin de realizar un diagnóstico oportuno y prevenir un mayor deterioro a futuro, influyendo así en la calidad de vida de las pacientes.
- Instaurar un programa de apoyo terapéutico y psicológico, desarrollando estrategias enfocadas en revertir o detener dicha patología, involucrando a la familia, amigos y la comunidad.
- Realizar un seguimiento psicológico mensual – semestral y/o anual en todos los pacientes dependiendo de cada caso, que requieran apoyo psicológico para mejorar la calidad de vida frente a su diagnóstico, éste abordaje debe ser realizado con sumo cuidado y respetando el derecho a la privacidad del paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. aidsinfonet.org. La Depresión y el VIH [Internet]. 2014 [citado 4 de mayo de 2017]. Disponible en: [http://www.aidsinfonet.org/fact\\_sheets/view/558?lang=spa](http://www.aidsinfonet.org/fact_sheets/view/558?lang=spa)
2. NIMH. Las enfermedades crónicas y la salud mental [Internet]. 2015 [citado 4 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-enfermedades-cronicas-y-la-salud-mental-como-reconocer-y-tratar-la-depresion/index.shtml>
3. Galenus. La depresión y el VIH/SIDA [Internet]. <http://www.galenusrevista.com>. 2013 [citado 4 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.galenusrevista.com/La-depresion-y-el-VIH-SIDA.html>
4. Nhamba LA, Hernández Meléndrez E, Veá B, Demetrio H. Depresión en personas con VIH en dos municipios de Angola. Rev Cuba Salud Pública. Diciembre de 2014; 40(4):276-88.
5. Galindo Sainz J, Ortega Ramírez M. Prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital [Internet]. yumpu.com. 2010 [citado 3 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://www.yumpu.com/es/document/view/36979654/prevalencia-de-depresion-en-pacientes-con-vih-sida-en-el-hospital->
6. Gatti GP, Díaz AE, Mulugueta S, Simi MR. Prevalencia de depresión en pacientes VIH SIDA del Hospital Adventista del Séptimo día de la ciudad de Kanye, Botswana, África. Rev Argent Clínica Neuropsiquiátrica. 2011; 17(1):48–56.
7. ONU / SIDA. Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida [Internet]. 2015 [citado 4 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
8. Cardona-Duque DV, Medina-Pérez ÓA, Herrera Castaño SM, Orozco Gómez PA. Depresión y factores asociados en personas viviendo con VIH/Sida en Quindío, Colombia, 2015. Rev Habanera Cienc Médicas. 2016; 15(6):941–954.
9. Carrillo P, Estefanía V. Estados emocionales de pacientes con VIH en el Hospital Enrique Garcés en estado de latencia en diferentes áreas de la población. 2015 [citado 4 de mayo de 2017]; Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/4633>
10. M.S.P Ecuador. Clínica del VIH/Sida del Hospital General Enrique Garcés [Internet]. 2017 [citado 4 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://instituciones.msp.gov.ec/cz9/index.php/sala-de-prensa/noticias/334-clinica-del-vih-sida-del-hospital-general-enrique-garces>
11. Varela M, Galdames S. Depresión y adhesión a terapia anti-retroviral en pacientes con infección por VIH atendidos en el Hospital San Pablo de Coquimbo, Chile. Rev Chil Infectol. Junio de 2014; 31(3):323-8.

12. Criollo Chiriboga MI. Capacidad adaptativa familiar de pacientes seropositivos para VIH [Internet] [B.S. thesis]. Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Psicológicas; 2012 [citado 12 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/6006>
13. Castillo L, Antonio J. Infección por VIH/sida en el mundo actual. Medisan. Julio de 2014; 18(7):993-1013.
14. Nicholas JB, Gilroy. HIV Infection and AIDS: Practice Essentials, Background, Pathophysiology. 24 de febrero de 2017 [citado 3 de mayo de 2017]; Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/211316-overview>
15. Vera L. Associated pathologies in HIV patients. Nac. Diciembre de 2013; 5(2):32-6.
16. Principios de Medicina Interna de Harrison. Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana: sida y trastornos relacionados [Internet]. 19e ed. McGraw-Hill Medical; 2015 [citado 3 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://harrisonmedicina.mhmedical.com/Content.aspx?bookId=1717&sectionId=114923943>
17. CDC. Acerca del VIH/SIDA | Información básica | VIH/SIDA | CDC [Internet]. 2017 [citado 19 de septiembre de 2017]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/whatishiv.html>
18. Cordeiro N, Taroco R, Higiene UU de la república F de MI de. Retrovirus y VIH. Temas Bacteriol Virol Médica [Internet]. 2012 [citado 4 de mayo de 2017]; Disponible en: <http://higiene.edu.uy/bacvir/materiales/cefa/2008/retrovirus.pdf>
19. Valdivieso Meza AL. Aspectos neurocognitivos en mujeres con diagnóstico de Vih/Sida con y sin uso de la Terapia antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) [Internet]. Quito: UCE; 2015 [citado 4 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/7625>
20. infoSIDA. El ciclo de vida del VIH | El VIH/SIDA [Internet]. [Citado 4 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/19/73/el-ciclo-de-vida-del-vih>
21. NIAID. HIV/AIDS [Internet]. 2016 [citado 4 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://www.niaid.nih.gov/diseases-conditions/hivaids>
22. Redacción Digital Extra. Ecuador no logra frenar la epidemia del VIH [Internet]. [www.extra.ec](http://www.extra.ec). 2016 [citado 4 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.extra.ec/actualidad/ecuador-dia-internacional-sida-lucha-estadisticas-ED894204>
23. ONU / SIDA. Ecuador | ONU SIDA [Internet]. 2015 [citado 4 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/ecuador>
24. Botto A, Acuña J, Jiménez JP. La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. Rev Médica Chile. Octubre de 2014; 142(10):1297-305.

25. Ceccon RF, Meneghel SN. HIV/AIDS: enfrentando o sofrimento psíquico. *Cad Saúde Pública*. Septiembre de 2012; 28(9):1813-4.
26. Lipps GE, Lowe GA, De La Haye W, Longman-Mills S, Clarke TR, Barton EN, et al. Validation of the Beck Depression Inventory II in HIV-positive patients. *West Indian Med J*. julio de 2010; 59(4):374-9.
27. Avendaño AA, Palacios FF. Resistencia a la discriminación: narrativas familiares acerca de la infección por VIH. *Psicol Salud*. 2013; 22(2):173–184.
28. Guzmán RC, Bermúdez JÁ, López ET, Sulvarán OM. Impacto psicosocial en personas que viven con VIH-sida en Monterrey, México. *Psicol Salud*. 18 de octubre de 2013; 22(2):163-72.
29. MSP. Estrategia Nacional de VIH/SIDA-ITS. 2015.
30. OMS. Género [Internet]. WHO. [Citado 19 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/gender/es/>
31. Censos IN de E y. Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico [Internet]. Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2017 [citado 19 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/encuesta-de-estratificacion-del-nivel-socioeconomico/>
32. Sánchez-Fernández MD, Tomateo-Torvisco D. Síndromes psiquiátricos en personas infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana: una revisión breve. *Rev Neuro-Psiquiatr*. 2014; 77(2):70–77.
33. Ramos Rangel Y, Cabrera Pérez A, González Aguiar B. Estados emocionales negativos y variables clínicas en personas con virus de inmunodeficiencia humana/sida. *MediSur*. 2016; 14(6):727–736.

## CODIGO DE BIOETICA



Cuenca, 09 mayo 2017

El Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca **CERTIFICA** que ha conocido, analizado y aprobado el protocolo de estudio titulado "PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DEL SINDROME DEPRESIVO EN PACIENTES VIH POSITIVOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS DE QUITO ENERO – JUNIO 2017", cuyo investigador principal es la Srta. Silvana Estefanía Ordoñez Gavilanez y que se encuentra siendo dirigida por la Dra. Rosa Solorzano.

Es todo cuanto se puede decir en honor a la verdad

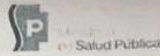
Atentamente,

  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA  
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
Dr. Wilson Campoverde Barros  
COORDINADOR COMITÉ DE BIOÉTICA

COORDINADOR DEPARTAMENTO DE BIOETICA



# AUTORIZACION DEL HOSPITAL EN DONDE SE REALIZO LA INVESTIGACION



Coordinación Zonal 9 / Dirección Distrital 17D06 – Chilibulo  
Hospital General Enrique Garcés  
Unidad de Docencia

OFICIO Nro. 071-UD-HGEG

Quito DM. , 23 de junio de 2017

Señora Doctora  
Susana Peña Cordero  
**DECANA DE LA UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**  
Presente.

## De mi consideración:

Con un saludo cordial me dirijo a Usted, con la finalidad de poner en su conocimiento que la solicitud presentada por la Señorita Silvana Estefanía Ordoñez Gavilánez con CI. 0106697550, estudiante del Internado Rotativo de la Unidad Académica de salud y Bienestar de la Carrera de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca, ha sido aprobada por parte de la Unidad de Docencia e Investigación del Hospital General Enrique Garcés, para el desarrollo de su Trabajo de Investigación previo a la obtención de su Título, con el tema: **PREVALENCIA DE SÍNDROME DEPRESIVO EN PACIENTES VIH POSITIVOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS DE QUITO ENERO – JUNIO 2017.**

Solicitamos a la Señorita Silvana Estefanía Ordoñez Gavilánez, que una vez terminado su trabajo de Investigación, entregar una copia en físico y magnético a la Unidad de Docencia de esta Casa de Salud, para que el beneficio científico sea compartido de manera Interinstitucional.

Expreso mis sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



Dr. Hugo Barros Moreta  
**COORD. DE DOCENCIA E INVESTIGACION  
HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS**

c.c. Coordinadora de la Gestión de Admisiones HGEG  
Archivo

Elaborado por:	Lic. Beatriz Zambrano
Revisado por:	Dr. Nelson Cevallos Dra. Marianita Escutar
Autorizado por:	Dr. Hugo Barros M.

Dirección: Chilibulo S/N y Av. Enrique Garcés -Telfs.:2648092 ext. 2392 Fax 2654298  
[docenciaheg10@hotmail.com](mailto:docenciaheg10@hotmail.com)

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado participante:

Usted ha sido preguntado si le gustaría participar en este estudio que será realizado para desarrollar y obtener conocimientos que comprueben lo ya conocido o aporten con nuevos conocimientos sobre un problema de salud.

Le proporcionamos toda la información sobre el tema de investigación que le hemos propuesto participar.

La presente investigación tiene como director a la **Dra. Rosa Solórzano** y es realizada por **Silvana Estefanía Ordoñez Gavilánez** estudiante universitario, con la finalidad de realizar el presente trabajo de investigación con objetivo ***Determinar la prevalencia de síndrome depresivo y factores asociados en pacientes VIH positivos que acuden al Hospital Enrique Garcés de Quito. Enero – Junio 2017.***

Durante la investigación usted puede recibir documentos que contienen preguntas sobre su estado de salud. Nos gustaría que complete estos espacios ya que forman parte de la información que se requiere en el estudio propuesto a usted.

**ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES:** Este proyecto de investigación ha sido enviado a un Comité de Ética independiente y ha sido aprobado. No hay objeciones éticas.

**AUTONOMÍA:** Usted con su firma acepta participar en el proyecto de investigación, declarando que se ha leído a usted toda la información respectiva de la investigación, que ha comprendido lo que dice el documento, que le han contestado todas las inquietudes que pueda surgir sobre el tema propuesto, y que su decisión de participar es voluntaria, libre y pensada por usted, sin ningún tipo de obligación o imposición por otras personas. Antes de tomar la decisión de firmar este documento, usted tiene toda la libertad para consultar con familiares u otros profesionales médicos independientes para poder tomar una decisión razonada. Usted tiene derecho a dar por finalizada su participación en el estudio en cualquier momento y por cualquier razón, sin experimentar ninguna consecuencia negativa. Durante el transcurso del estudio su investigador le informará de cualquier nuevo hallazgo que pudiese influenciar sobre su decisión de participar en el mismo.

**BENEFICENCIA:** Durante todo el desarrollo de la investigación se procurará siempre mantener su beneficio, buscando su bienestar personal y el bienestar de los otros sujetos de la sociedad. Con su participación en este estudio usted está apoyando al desarrollo de conocimientos médicos que podrían ayudarle a usted y posteriormente a otros pacientes.

**NO MALEFICENCIA:** Durante el tiempo que dure el proceso de la investigación usted no sufrirá ningún daño físico, mental, emocional o moral.

**JUSTICIA:** Los conocimientos generados durante el proceso de investigación serán difundidos hacia los sujetos objeto de estudio, y de manera anónima a la comunidad y población en general, con el único fin de mejorar las condiciones de vida.

**CONFIDENCIALIDAD:** Con esta firma usted otorga además su consentimiento para el traspaso de los datos recogidos de su persona, para proceder a una evaluación estadística. Todos los datos serán manejados de forma anónima (es decir, solo se transmitirán sus iniciales o el número que se le asigna); su nombre y dirección solamente son conocidos por su investigador y no serán comunicados a terceras partes estando sujetos a las normas de protección de datos. En caso de publicación de esta investigación se guardara todas las normas antes establecidas.

Si usted tiene cualquier otra pregunta que no esté suficientemente cubierta en esta información escrita o quiere obtener información adicional, su investigador a cargo le ayudará gustosamente. En caso de preguntas posteriores, por favor contactar: **Silvana Estefanía Ordoñez Gavilánez**

Participante: \_\_\_\_\_

**Cuenca, viernes, 6 de octubre de 2017**



## FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**Instructivo:** El presente cuestionario forma parte de un trabajo investigativo en el cual se determinará **la prevalencia de síndrome depresivo y factores asociados en pacientes VIH positivos que acuden al Hospital Enrique Garcés de Quito. Enero – Junio 2017**, la información que nos proporcione es estrictamente confidencial y solo será utilizada en la presente investigación.

- Señale con una X la opción correcta

Código del paciente: \_\_\_\_\_

Formulario N° \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

1. Edad en años cumplidos: \_\_\_\_\_

2. Procedencia:

2.1 Urbana ( )

2.2 Rural ( )

3. Genero

3.1 Masculino ( )

3.2 Femenino ( )

4. Condición socioeconómica

4.1 A: Alto ( )

4.2 B: Medio alto ( )

4.3 C+: Medio típico ( )

4.4 C-: Medio bajo ( )

4.5 D: Bajo ( )

5. Estado civil:

5.1 Soltero ( )

5.2 Casado ( )

5.3 Divorciado ( )

5.4 Separado ( )

5.5 Unión libre ( )

5.6 Viudo ( )

Escala de Ansiedad de Hamilton		
Nombre del paciente: _____		
Fecha de evaluación _____		Ficha clínica: _____
		Puntaje

	<b>0</b>	El paciente no está ni más ni menos inseguro o irritable que lo usual	
	<b>1</b>	Es dudoso si el paciente se encuentre más inseguro o irritable que lo usual	
	<b>2</b>	El paciente expresa claramente un estado de ansiedad, aprensión o irritabilidad, que puede ser difícil de controlar. Sin embargo, no interfiere en la vida del paciente, porque sus preocupaciones se refieren a asuntos menores.	
	<b>3</b>	La ansiedad o inseguridad son a veces más difíciles de controlar, porque la preocupación se refiere a lesiones o daños mayores que pueden ocurrir en el futuro. Ej: la ansiedad puede experimentarse como pánico o pavor sobrecogedor. Ocasionalmente ha interferido con la vida diaria del paciente.	
	<b>4</b>	La sensación de pavor está presente con tal frecuencia que interfiere notablemente con la vida cotidiana del paciente.	
	<b>Este ítem incluye la incapacidad de relajación, nerviosismo, tensión corporal, temblor y fatiga.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	El paciente no está ni más ni menos tenso que lo usual	
	<b>1</b>	El paciente refiere estar algo más nerviosos y tenso de lo usual	
	<b>2</b>	El paciente expresa claramente ser incapaz de relajarse, tener demasiada inquietud interna difícil de controlar, pero que no interfiere con su vida cotidiana.	
	<b>3</b>	La inquietud interna y el nerviosismo son tan intensos o frecuentes que ocasionalmente han interferido con el trabajo cotidiano del paciente.	
	<b>4</b>	La tensión y el nerviosismo interfieren todo el tiempo con la vida y el trabajo cotidiano del paciente	
	<b>Tipo de ansiedad que surge cuando el paciente se encuentra en situaciones especiales, que pueden ser espacios abiertos o cerrados, hacer fila, subir en un autobús o un tren. El paciente siente alivio evitando esas situaciones. Es importante notar en esta evaluación, si ha existido más ansiedad fóbica en el episodio presente que lo usual.</b>		
	<b>0</b>	No se encuentran presentes	
	<b>1</b>	Presencia dudosa	
	<b>2</b>	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	

	<b>3</b>	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	<b>4</b>	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano	
	<b>Se refiere a la experiencia subjetiva del paciente de la duración del sueño (horas de sueño en un período de 24 horas), la profundidad o ligereza del sueño, y su continuidad o discontinuidad. Nota: la administración de hipnóticos o sedantes no se tomará en cuenta.</b>		
	<b>0</b>	Profundidad y duración del sueño usuales	
	<b>1</b>	Es dudoso si la duración del sueño está ligeramente disminuida (ej: dificultad para conciliar el sueño), sin cambios en la profundidad del sueño.	
	<b>2</b>	La profundidad del sueño está también disminuida, con un sueño más superficial. El sueño en general está algo trastornado.	
	<b>3</b>	La duración y la profundidad del sueño están notablemente cambiadas. Los períodos discontinuos de sueño suman pocas horas en un período de 24 horas.	
	<b>4</b>	Hay dificultad para evaluar la duración del sueño, ya que es tan ligero que el paciente refiere períodos cortos de adormecimiento, pero nunca sueño real.	
			<b>Puntaje</b>
	<b>0</b>	El paciente no tiene ni más ni menos dificultades que lo usual en la concentración y la memoria.	
	<b>1</b>	Es dudoso si el paciente tiene dificultades en la concentración y/o memoria	
	<b>2</b>	Aún con esfuerzo es difícil para el paciente concentrarse en su trabajo diario de rutina.	
	<b>3</b>	Dificultad más pronunciada para concentrarse, en la memoria o en la toma de decisiones. Ej: tiene dificultad para leer un artículo en el periódico o ver un programa de TV completo. Se califica '3', siempre que la dificultad de concentración no influya en la entrevista.	
	<b>4</b>	El paciente muestra durante la entrevista dificultad para concentrarse o en la memoria, y/o toma decisiones con mucha tardanza.	
	<b>Comunicación verbal y no verbal de tristeza, depresión, desaliento, inutilidad y desesperanza.</b>		<b>Puntaje</b>

<b>Animo deprimido</b>	<b>0</b>	Animo natural	
	<b>1</b>	Es dudoso si el paciente está más desalentado o triste que lo usual. Ej: el paciente vagamente comenta que está más deprimido que lo usual.	
	<b>2</b>	El paciente está más claramente preocupado por experiencias desagradables, aunque no se siente inútil ni desesperanzado.	
	<b>3</b>	El paciente muestra signos no verbales claros de depresión y/o desesperanza.	
	<b>4</b>	El paciente enfatiza su desaliento y desesperanza y los signos no verbales dominan la entrevista, durante la cual el paciente no puede distraerse.	
<b>Incluyen debilidad, rigidez, hipersensibilidad o dolor franco de localización muscular difusa. Ej: dolor mandibular o del cuello.</b>			
<b>0</b>	No se encuentran presentes	Puntaje	
<b>1</b>	Presencia dudosa		
<b>2</b>	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.		
<b>3</b>	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.		
<b>4</b>	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano.		
		Puntaje	
<b>0</b>	No presente		
<b>1</b>	Es dudoso si las molestias referidas por el paciente son mayores que lo usual.		
<b>2</b>	La sensación de presión en los oídos alcanza el nivel de zumbido, en los ojos de alteraciones visuales y en la piel de pinchazo o parestesia.		
<b>3</b>	Los síntomas generales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.		
<b>4</b>	Los síntomas sensoriales generales están presentes la mayor parte del tiempo e interfiere claramente en la vida diaria y laboral del paciente.		
<b>Incluye taquicardia, palpitaciones, opresión, dolor torácico, latido de venas y arterias y sensación de desmayo.</b>		Puntaje	

<b>Síntomas cardiovasculares</b>	<b>0</b>	No presentes	
	<b>1</b>	Dudosamente presentes	
	<b>2</b>	Los síntomas están presentes pero el paciente los puede controlar.	
	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas cardiovasculares, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral	
	<b>4</b>	Los síntomas cardiovasculares están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
	<b>Incluye sensaciones de constricción o de contracción en la garganta o pecho, disnea que puede llevar a sensación de atoro y respiración suspirosa.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	No presente	
	<b>1</b>	Dudosamente presente	
	<b>2</b>	Los síntomas respiratorios están presentes pero el paciente puede controlarlos.	
	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas respiratorios, los cuales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral de él.	
	<b>4</b>	Los síntomas respiratorios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
	<b>Incluye dificultades para deglutir, sensación de "vacío en el estómago", dispepsia, ruidos intestinales audibles y diarrea.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	No presentes	
	<b>1</b>	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto a las molestias habituales del paciente).	
	<b>2</b>	Una o más de las molestias descritas arriba están presentes pero el paciente las puede controlar.	
	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas gastrointestinales, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del enfermo (tendencia a no controlar la defecación)	
	<b>4</b>	Los síntomas gastrointestinales están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
	<b>Incluye síntomas no orgánicos o psíquicos tales como polaquiuria, irregularidades menstruales, anorgasmia, dispareunia, eyaculación precoz, pérdida de la erección.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	No presentes	

	<b>1</b>	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto de las sensaciones genito urinarias frecuentes del paciente).	
	<b>2</b>	Uno o más de los síntomas mencionados están presentes, pero no interfieren con la vida diaria y laboral del presente.	
	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas genito-urinarios mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	<b>4</b>	Los síntomas genito-urinarios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
	<b>Incluye sequedad de boca, enrojecimiento facial o palidez, transpiración y mareo.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	No se encuentran presentes	
	<b>1</b>	Presencia dudosa	
	<b>2</b>	Una o más de las molestias autonómicas descritas más arriba están presentes pero no interfieren con la vida diaria y laboral del paciente.	
	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas autonómicos mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del paciente.	
	<b>4</b>	Los síntomas autonómicos están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
	<b>Incluye comportamiento del paciente durante la entrevista. ¿Estaba el paciente tenso, nervioso, agitado, impaciente, tembloroso, pálido, hiperventilando o transpirando</b>		Puntaje
	<b>0</b>	El paciente no parece ansioso	
	<b>1</b>	Es dudoso que el paciente esté ansioso	
	<b>2</b>	El paciente está moderadamente ansioso	
	<b>3</b>	El paciente está claramente ansioso	
	<b>4</b>	El paciente está abrumado por la ansiedad. Tiritando y temblando completamente.	

## ANTIPLAGIO

### PREVALENCIA DE SÍNDROME DEPRESIVO EN PACIENTES VIH POSITIVOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS DE QUITO. ENERO – JUNIO 2017

INFORME DE ORIGINALIDAD

**8%**

INDICE DE SIMILITUD

**8%**

FUENTES DE  
INTERNET

**0%**

PUBLICACIONES

**5%**

TRABAJOS DEL  
ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

1%

★ [internacional-iecs.blogspot.com](http://internacional-iecs.blogspot.com)

Fuente de Internet

Excluir citas      Activo

Excluir bibliografía      Activo

Excluir coincidencias      < 50 words

## AUTORIZACION DE SUSTENTACION POR PARTE DE LA TUTORA



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERÍA

Cuenca, 20 de septiembre del 2017.

**Señor, Doctor.**

Lorgio Aguilar

**DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN**

**Señora, Doctora.**

Patricia Vanegas

**DIRECTORA DE UNIDAD DE TITULACIÓN**

Por medio del presente me permito indicar a su persona que el Trabajo de Grado, de título: PREVALENCIA DE SÍNDROME DEPRESIVO Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES VIH POSITIVOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS DE QUITO. ENERO – JUNIO 2017, realizado por el estudiante Silvana Estefanía Ordoñez Gavilanez ha cumplido con las recomendaciones sugeridas por los pares revisores asignados, motivo por el cual me permito sugerir se dé paso a la sustentación del mismo.

Con sentimientos de distinguida consideración.

**Atentamente,**

**Dra. Rosa Solorzano**

PSIQUIATRA  
CONSEP: CA-01-0600

**Manuel Vega y Pío Bravo**  
Teléfonos: 830752 – 4123175  
[www.ucacues.edu.ec](http://www.ucacues.edu.ec)

## DERECHO DE AUTOR



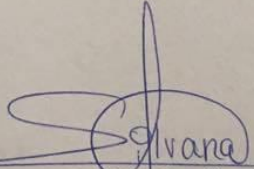
**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA**  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

### UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

#### CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERÍA

Yo, Silvana Estefanía Ordoñez Gavilanez, autora del proyecto de investigación titulado: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DEL SÍNDROME DEPRESIVO EN PACIENTES VIH POSITIVOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS DE QUITO. ENERO – JUNIO 2017; reconozco y acepto el derecho de la Universidad Católica de Cuenca, de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad hiciera de este trabajo, no implicará afcción alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Atentamente,



**Silvana Estefanía Ordoñez Gavilanez**

Manuel Vega y Pio Bravo

Teléfono: 830752-413175

[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)