

Prevalencia de depresión en pacientes HIV-SIDA del Hospital Adventista del Séptimo día de la ciudad de Kanye, Botswana, África

Giannina P. Gatti¹, Alexis E. Díaz², Samuel Mulugueta³, Marcelo R. Simi⁴

Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 17, Nº 1, junio de 2011, págs. 48 a 56.

Resumen

Objetivos: Determinar la prevalencia de depresión en individuos con HIV-SIDA, del IDCC (Antiretroviral treatment clinic) del Hospital ASD de Kanye. Comparar los datos socio-demográficos con la prevalencia de depresión en los individuos encuestados. Establecer la prevalencia de ideación suicida en individuos con HIV-SIDA, en pacientes atendidos en el Hospital ASD de Kanye, Botswana, África. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, de corte transversal y de tipo descriptivo realizado durante los meses de agosto-octubre de 2009. Se seleccionaron a los pacientes HIV-SIDA que asistieron tanto al IDCC como al OPD (Out patients) del Hospital Adventista del séptimo

día en Kanye, Botswana. El total fue de 200 pacientes de ambos sexos. Todos los individuos respondieron a una encuesta socio demográfica, Inventario de Beck, y firmaron consentimiento para el trabajo. La relación entre las variables se realizó mediante la prueba estadística χ^2 . La significancia estadística fue fijada en $p < 0,05$. **Resultados:** Se encontró que el 79,5%(n=159) de pacientes con HIV/SIDA tenían depresión. El 38,5% (n=77) de los individuos tenían ideas suicidas. Se halló asociación entre depresión de los individuos encuestados que poseían familiares con el mismo cuadro. ($p=0,047$). **Conclusión:** Existe una alta prevalencia de depresión e ideas suicidas entre pacientes con HIV-SIDA.

Palabras clave

Depresión, HIV-SIDA, ideación suicida.

1 Estudiante del Servicio Comunitario de Pregrado de medicina de la Universidad Adventista del Plata, Argentina. Dirección: Joaquín V. González 448 Villa Libertador General San Martín (3103) Entre Ríos, Argentina. Email: gattigiannina@hotmail.com

2 Médico voluntario en Kanye Seventh day Adventist Hospital. Dirección: Joaquín V. González 448 Villa Libertador General San Martín (3103) Entre Ríos, Argentina. Email: dalexis28@hotmail.com.

3 Médico de Kanye Seventh Day Adventist Hospital. Dirección: P.O. Box 11, Kanye Botswana. Email: saymol@yahoo.com

4 Médico Coordinador del Servicio Comunitario de Pregrado de la carrera de Medicina, de la Universidad Adventista del Plata, Argentina. Dirección: 25 de Mayo 99 (3103) Libertador

Introducción

El HIV/SIDA junto con los problemas mentales, contribuyen a engrosar el número de las enfermedades agobiantes de los países en desarrollo. Hay alrededor de 25 millones de individuos con HIV en África¹.

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 prevalencia². El rol de esta condición es de gran importancia en la salud de la población, ya que probablemente continuará en las próximas décadas. 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 desarrollo³.

A pesar de la importancia del HIV y de las enfermedades mentales en la salud poblacional, sólo unos pocos estudios las han examinado entre los individuos infectados de HIV en África^{4,6}. Por ello, existe poca comprensión acerca de las interacciones entre las epidemias del HIV y las enfermedades mentales, especialmente en el África Subsahariana.

Algunos estudios realizados en Europa y Norteamérica han sugerido que el HIV podría afectar la salud mental de maneras diferentes. El impacto psicosocial del diagnóstico en etapas tempranas del HIV, considerada como una enfermedad fatal y estigmatizada, presenta un factor estresante que aumentaría la prevalencia de desórdenes mentales^{7,8}.

Por otro lado, varios estudios han sugerido que la depresión podría aumentar la velocidad de la progresión del HIV^{9,10}. Dicha influencia puede ser mediada por los cambios

en la adherencia al tratamiento y a la falta de voluntad para acceder a cuidados médicos. También influyen las interacciones entre los trabajadores de la salud y otras conductas de promoción de la salud entre los individuos con desórdenes mentales^{11,12}.

Los signos y síntomas característicos de depresión como fatiga, pérdida de peso y de apetito, junto con insomnio, son atribuibles al SIDA. Por esta razón, con frecuencia, en pacientes con SIDA la depresión no es diagnosticada, o si lo es se la trata indecudamente¹³.

Los síntomas depresivos han sido asociados con una variedad de problemas en individuos infectados con HIV/SIDA. Quizá lo más preocupante sea que los índices de mortalidad son mayores para aquellos sujetos con síntomas depresivos, así como hay una rápida progresión al SIDA, como ya se mencionó anteriormente^{14,15}.

Varios estudios sugieren que el índice de prevalencia de la depresión es significativamente más alto entre las personas con HIV/SIDA, comparado con las personas que no poseen dicha infección^{16,19}.

Por lo descrito anteriormente, este estudio tiene por objetivos: determinar la prevalencia de depresión en pacientes con HIV-SIDA, del Hospital ASD de Kanye Botswana; comparar los datos socio-demográficos con la prevalencia de depresión en los individuos encuestados; establecer la prevalencia de ideación suicida en individuos con HIV-SIDA, en pacientes atendidos en el Hospital ASD de Kanye, Botswana, África.

Materiales y métodos

Esta investigación se llevó a cabo durante los meses de agosto-octubre del año 2009, en pacientes del Hospital Adventista del Sépti-

mo Día de Kanye, Botswana, África. Posee un diseño observacional, retrospectivo, de corte transversal y de tipo descriptivo.

La población de estudio fueron los pacientes HIV-SIDA concurrentes al Hospital Adventista del Séptimo Día de Kanye, los cuales eran entrevistados tanto en consultorio externo como en la Clínica del SIDA. Los criterios de inclusión fueron: individuos mayores de 20 años, con diagnóstico serológico de HIV-SIDA al momento de la entrevista. Los criterios de exclusión fueron: individuos que no hablaran o entendieran el idioma Inglés, sujetos que se negaron a realizar el cuestionario aunque hablaban inglés, personas con deterioro cognitivo o problemas mentales evidentes.

De un número aproximado de 800 pacientes, y debido a los criterios de exclusión, se obtuvo una población definitiva de 200, de los cuales el 30,5% (n=61) eran del sexo masculino y el 69,5% (n=139), del sexo femenino.

Para obtener la información relativa a la enfermedad HIV-SIDA, se utilizaron las historias clínicas de los pacientes almacenadas en el Hospital Adventista del Séptimo Día en Kanye, Botswana.

Los datos relacionados a la depresión, fueron recogidos con el Inventario de depresión de Beck (B.D.I: Beck Depression Inventory). Este cuestionario evalúa los estados de tristeza, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, expectativa de castigo, auto-disgusto, autoacusación, ideas suicidas, llanto, irritabilidad, alejamiento social, indecisión, autoimagen deformada, retardo para trabajar, pérdida de sueño, fatigabilidad, pérdida del apetito, pérdida de peso, preocupación sintomática y pérdida del deseo sexual. Dicho instrumento posee 21 preguntas, con puntajes de 0 a 3 cada una de ellas, siendo 0 indicativo de "menor" y 3 de "mayor" dentro de la escala.

Con un puntaje de 1 a 10 se considera al individuo normal, de 11 a 16 depresión leve, mientras que se estima que ya es una depresión clínica de 17 puntos a más de 41, subdivididos en las siguientes categorías: 17-20 se entiende como depresión límite, de 21-30 moderada, de 31 a 40 depresión severa y más de 40 depresión extrema.

Los datos sociodemográficos se recogieron mediante un cuestionario autoadministrado con preguntas cerradas acerca del sexo, edad, nacionalidad del individuo, estado civil, administración del tratamiento antirretroviral, otra medicación; enfermedades concomitantes diagnosticadas, antecedentes familiares de depresión o si el mismo experimentó en las últimas dos semanas eventos como duelo, problemas económicos, familiares o académicos que pudiesen afectar el estado de ánimo del entrevistado, lo cual no representó un criterio de exclusión.

El individuo encuestado a su vez, firmó una hoja con el consentimiento informado, en el cual se le explicaba la calidad y propósito del estudio de cual estaría participando. El mismo fue elaborado según las normas administradas para su elaboración, por el Ministerio de Salud de Botswana,

El estudio contó con la aprobación del Human Research Office in the Ministry of Health, Gaborone, Botswana

Los datos fueron analizados con estadísticos descriptivos, como medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desvío estándar) para las variables numéricas mientras que para las variables categóricas se utilizó la distribución de frecuencias y porcentajes. La asociación entre las variables categóricas se realizó mediante la prueba estadística de Chi cuadrado (χ^2), con un valor de significancia de $p < 0,05$.

Resultados

De los 200 entrevistados, el 30,5% (n=61) eran varones y el 69,5% (n=139), mujeres.

El promedio de edad en las personas entrevistadas fue de 36 años, dentro de un rango de 20 a 68 años.

De los sujetos encuestados, el 77,5% (n=155) eran solteros, mientras que el 17,5% (n=35) eran casados; sólo el 3% (n=6) eran viudos, el 0,5% (n=1) era divorciado y el 1,5% (n=3) practicaba concubinato.

Se encontró que el 79,5% (n=159) de pacientes con HIV/SIDA tenían depresión. El 16,5% (n=33) presentaba depresión leve; el 7,5% (n=15) tuvo depresión clínica, el 16% (n=32) presentó depresión moderada, mientras que el 23% (n=46) tenía depresión severa, y el 16,5% (n=33) presentó depresión extrema. Se encontró que el 82% (n=50) de los hombres tenían depresión, mientras que el 78,4% (n=109) de las mujeres la tenían a nivel clínico. Considerando los niveles de depresión de los hombres, el 18% (n=11) no tenía depresión, el 13,1% (n=8) presentó depresión leve, el 6,6% (n=4) demostró tener depresión clínica, el 14,8% (n=9) tenía depresión moderada, mientras que el 24,6% (n=15) evidenció depresión severa y el 23% (n=14) tenía depresión extrema. En cuanto a las mujeres, el 21,6% (n=30) no tenía depresión, el 18% (n=25) presentó depresión leve, el 7,9% (n=11) demostró tener depresión clínica, el 16,5% (n=23) tenía depresión moderada, mientras que el 22,3% (n=31) evidenció depresión severa y el 13,7% (n=19) tenía depresión extrema. No se encontró asociación estadísticamente significativa ($p=0,643$), entre la depresión y el sexo de los pacientes.

Dentro de los niveles de depresión se halló que el 23% (n=14) de los hombres tenían depresión extrema, mientras que el 13,7%

(n=19) de las mujeres se hallaban en dicho nivel.

No se encontró asociación entre la depresión y las siguientes variables socio demográficas: sexo ($p=0,643$), nacionalidad (Botswana, extranjero) ($p=0,623$); religión (si es cristiano o no), ($p=0,116$); estado civil (soltero, casado, separado-divorciado, viudo, concubinato), ($p=0,440$); si está tomando medicación antirretroviral, ($p=0,136$); si posee alguna enfermedad, que podría manifestarse con algunos de los síntomas de la depresión ($p=0,532$); si el individuo toma algún tipo de medicación, fuera de la antirretroviral, que podría ocasionar como efecto adverso algún síntoma de depresión ($p=0,674$); así como si el sujeto experimentó algún problema en las 2 semanas anteriores a la encuesta, que podría ser adyuvante en su depresión ($p=0,623$).

Se demostró asociación entre la depresión y la existencia de familiares con diagnóstico de la misma ($p=0,047$). Se encontró que el 82,4% (n=14) de los hombres con depresión, poseían familiares con dicha enfermedad; mientras que el 90,5% (n=38) de las mujeres depresivas tenían familiares con el mismo problema.

Se evidenció un alto porcentaje de incidencia de ideación suicida en pacientes HIV-SIDA. De 200 pacientes encuestados, 77 personas manifestaron tener ideas suicidas, que representa el 38,5% de la muestra, de los cuales el 0,5% (n=1) tenía niveles normales de depresión, el 2% (n=4) tenía depresión leve, el 0,5% (n=1) manifestó depresión clínica, el 6,5% (n=13) tuvo depresión moderada, el 14,5% (n=29) evidenció depresión severa y el 14,5% (n=29) tenía depresión extrema. El 45,9% (n=28) de los hombres poseían ideas suicidas, y el 35,3% (n=49) de las mujeres las tenían.

Tabla 1. Información descriptiva de los pacientes HIV/SIDA del Hospital ASD en Kanye, Botswana en estudio realizado en los meses de agosto-octubre del 2009

	N	%
Sexo		
Masculino	61	30,5
Femenino	139	69,5
Estado Civil		
Soltero	155	77,5
Casado	35	17,5
Divorciado	1	0,5
Viudo	6	3,0
Concubinato	3	1,5
Religión		
Cristiano	157	78,5
No Cristiano	43	21,5
Nacionalidad		
Botswana	198	99,0
Extranjero	2	1,0
Enfermedad concomitante		
Sí	22	11,0
No	178	89,0
Medicamentos		
Sí	29	14,5
No	171	85,5
Bajo Tratamiento Antiretroviral		
Sí	170	85,0
No	30	15,0
Con problemas		
Sí	88	44,0
No	112	56,0

Tabla 2. Prevalencia de depresión en personas HIV/SIDA atendidas en Kanye SDA Hospital, en Botswana durante los meses de agosto-octubre del 2009 e interpretación del Test de depresión.

	N	%
1 a 10 Normal	41	20,5
11 a 16 Depresión leve	33	16,5
17 a 20 Depresión clínica	15	7,5
21 a 30 Depresión moderada	32	16,0
31 a 40 Depresión severa	46	23,0
41 a 63 Depresión extrema	33	16,5
Total de depresión	159	79,5

Tabla 3. Niveles de depresión en personas HIV/SIDA atendidas en Kanye SDA Hospital, en Botswana durante los meses de agosto-octubre del 2009 e interpretación del Test de depresión.

	N	%
Depresión leve	33	20,8
Depresión clínica	15	9,4
Depresión moderada	32	20,1
Depresión severa	46	28,9
Depresión extrema	33	20,8
Total de depresión	159	100

Tabla 4. Prevalencia de ideación suicida relacionada a los valores del test de depresión encontrada en pacientes HIV/SIDA, en Hospital ASD de Kanye Botswana en los meses de agosto-octubre del 2009.

	Con ideación suicida	Sin ideación suicida
1 a 10 Normal	0,5% (n=1)	20,0% (n=40)
11 a 16 Depresión leve	2,0% (n=4)	14,5% (n=29)
17 a 20 Depresión clínica	0,5% (n=1)	7,0% (n=14)
21 a 30 Depresión moderada	6,5% (n=13)	9,5% (n=19)
31 a 40 Depresión severa	14,5% (n=29)	8,5% (n=17)
41 a 63 Depresión extrema	14,5% (n=29)	2,0% (n=4)
Total	38,5 (n=77)	61,5% (n=123)

Discusión

En este estudio se demuestra que existe un alto porcentaje de depresión entre los pacientes infectados, atendidos en Botswana con HIV-SIDA.

Además, la presencia de pacientes con familiares con diagnóstico de depresión, se relaciona con el nivel de depresión en los individuos encuestados durante esta investigación, lo que podría sugerir la presencia de algún factor de la herencia genética y experiencias infantiles dentro de la depresión.

Según Jin, Hampton Atkinson, Yu, Heaton, Shi, Marcotte, Young, Sadek, Wu, I 20, en su estudio hecho utilizando también el BDI en China a 28 pacientes con HIV, y 23 controles HIV, demuestra evidencia de los altos índices

de depresión mayor e índices de suicidio en personas infectadas con VIH. Casi el 79% (n=22) del grupo VIH positivo, y solamente 4% (n=1) del grupo VIH negativo, presentaron depresión mayor durante el curso. A pesar de esto, pocos habían buscado ayuda en salud mental, lo que sugiere una necesidad de aumentar el conocimiento de la comorbilidad psiquiátrica y acceso a los servicios médicos mentales. Del mismo modo, en este estudio, se encontraron altos índices de depresión e ideación suicida en pacientes HIV-SIDA. En esta investigación se halló también un alto porcentaje de depresión en sujetos HIV positivos, el cual es muy similar al realizado en China. Este alto porcentaje, se explicaría por el sentimiento de desesperanza y de tristeza grave que se posee al saber que se padece

una enfermedad sin cura, así como también quizá se relacione con los efectos adversos del tratamiento antirretroviral. Correlacionado con el estudio mencionado anteriormente, para los sujetos de este estudio es muy difícil acceder a una buena atención psiquiátrica en este hospital, ya que no hay médico psiquiatra, sino sólo un enfermero con orientación en las enfermedades mentales que prescribe medicación, la cual tampoco es variada y suficiente.

Según el estudio de Palacios, Rueda y Valderrama²¹ realizado en Bogotá, Colombia a 75 sujetos HIV-SIDA, el 38,6% (n=29) tiene o tuvo ideación suicida contra un 61,3% (46 sujetos) que no la tiene o no la tuvo. En este estudio realizado también con el BDI, el 51,9% de los individuos tuvo diagnóstico de depresión. De acuerdo con el presente, el porcentaje de personas deprimidas fue mayor. Es de destacar que en ambos estudios, la frecuencia de ideación suicida es alta y muy similar, esto podría deberse a que el paciente depresivo presenta mayores pensamientos pesimistas con respecto al pasado, presente y futuro, así como también posee mayores cantidades de pensamientos de culpa, autoacusaciones y desesperanza. En individuos con HIV-SIDA, el porcentaje de ideación suicida es mayor quizá porque como fue mencionado anteriormente, dichos sujetos conocen el progreso de la enfermedad, la cual es crónica, irreversible e incurable, por lo cual los sentimientos de desesperanza son mayores, con tendencias autolíticas.

Estudios similares hechos por Jori A, Berger-Greenstein, Cuevas C, et al 22 en Boston, Massachusetts, dieron como resultado el 72,9% de depresión en 85 pacientes con HIV-SIDA.

Se encontró una tendencia entre la depresión y las ideas suicidas del paciente; es decir,

aquéllos que tenían mayores niveles de depresión poseían cantidades mayores de ideas suicidas; la razón probable es que a mayores niveles de depresión mayor predisposición tiene el individuo a suicidarse.

Es de notar que dentro de los estudios que se mencionaron anteriormente, ninguno superó el número de 90 en la muestra, mientras que este estudio fue realizado con una muestra de 200 pacientes.

El presente trabajo presentó algunas limitaciones, propias de las personas a las que fueron dirigidas las encuestas. Esto se entiende porque la encuesta fue hecha oralmente de manera personal, considerando el estado depresivo de muchos de los pacientes que por ende, poseían desgano. Por otra parte, no hubo mucha colaboración por parte de los pacientes HIV-SIDA, ya que muchos se negaron a realizar las encuestas, algunos de los cuales desconfiaban que el gobierno estuviera implicado. El idioma (Setswana) también fue otra de las limitaciones, ya que los cuestionarios fueron hechos en Inglés solamente, y no hubo enfermeras con voluntad de ayudar con la traducción.

Si bien este trabajo presentó algunas limitaciones como las mencionadas anteriormente, es uno de los primeros estudios de esta índole realizados en Botswana, y es uno de los pocos que abarcan las enfermedades mentales en pacientes HIV-SIDA, cuando el porcentaje de dicha enfermedad infecciosa es muy alto en este continente. Es por ello, que debe resaltarse su importancia como base para investigaciones futuras.

Conclusiones

Existe un alto porcentaje de depresión e ideación suicida entre pacientes con HIV-

SIDA del Hospital Adventista de Kanye, Botswana.

De acuerdo con las variables socio demográficas se llegó a la conclusión que hay mayor prevalencia de depresión en los pacientes que poseían familiares con depresión.

Se recomienda diseñar y ejecutar un plan de apoyo terapéutico dirigido a mejorar la calidad de vida del paciente que vive con HIV/SIDA tomando en cuenta el soporte psicosocial. Elaborar guías de diagnóstico y tratamiento en pacientes HIV-SIDA, en las cuales se aborde el área psicológica del paciente, dando mayor énfasis a las enfermedades psiquiátricas más prevalentes en los mismos, como depresión y ansiedad. Investigar respuestas de conductas sexuales en pacientes infectados por el HIV/SIDA, para mejorar estrategias de prevención. Durante la entrevista, se debe manejar y tratar de controlar la depresión en sujetos asintomáticos infectados por el HIV/SIDA que más recientemente hayan conocido su diagnóstico.

Bibliografía

1. UNAIDS/WHO, AIDS epidemic update, May 2006. Geneva: UNAIDS, 2006.
2. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada- Villa J, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health surveys. *JAMA* 2004; 291: 2851-2590.
3. Murray CJ, López AD. Alternative projections of mortality and disability by cause. 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349:1498-1504.
4. Olley BO, Zeier MD, Seedat S, Stein DJ. Post traumatic stress disorder among recently diagnoses patients with HIV-AIDS in South Africa. *AIDS Care* 2005; 17:550-557.
5. Olley BO, Seedat S, Nei DG, Stein DJ. Predictors of major depression in recently diagnosed patients with HIV-AIDS in South Africa. *AIDS Patient Care STDs* 2004;18:481-487.
6. Myer L, Smit J, Le Roux L, Cur B, Parker S, Stein D, Seedat A. Common Mental Disorders among HIV infected Individuals in South Africa: Prevalence, predictors and validation of brief Psychiatric scales. *AIDS Patient Care and STDs* 2008; 22 (2) 147-158.
7. Rabkin JG, Johnson J, Lin SH, et al. Psychopathology in male and female HIV-positive and negative injecting drug users: longitudinal course over 3 years. *AIDS* 1997;11:507-515.
8. Nott KA, Vedhara K, Spickett GP. Psychology, Immunology and HIV. *Psychoneuroendocrinology*. 1995;20:451-474.
9. Leserman J, Jacson ED, Petitto JM, et al. Progression to AIDS: the effects of stress, depressive symptoms, and social support. *Psychosomat Med* 1995;61:397-406.
10. Farinpour R, Miller EN, Satz P, et al. Psychosocial risk factors of HIV morbidity and mortality: Findings from the Multicenter AIDS Cohort Study (MACS). *J Clin Exp Neuropsychol* 2003;25:654-670.
11. Sledjeski EM, Delahanty DL, Bogart LM. Incidence and impact of post-traumatic stress disorder and comorbid depression on adherence to HAART and CD4+ cell counts in people living with HIV. *AIDS Patient Care STDs* 2005;19:728-736.
12. Johnson MO, Chesney MA, Goldstein RB, et al. Positive provider interactions, adherence to antiretroviral medications among HIV-infected adults: a mediation model. *AIDS Patient Care STDs* 2006;20:258-268.
13. Petitto JM, Evans Dwight L. Depression in Cancer and HIV Infection: research findings and implications of effective antidepressant treatment. *Depression and Anxiety* 1998; 1:80-84.
14. Turrina C, Fiorazzo A, Turano A, et al. Depressive disorders and personality variables in HIV positive and negative intravenous drug-users. *J Affect disorders* 2001;65:45-53.
15. Leserman J. HIV disease progression: depression, stress and possible mechanisms. *Biol Psychiatry* 2003;54:294-306.
16. Bring EG, Burnam MA, Longshore D, et al. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:721-728.

17. Johnson JG, Rabkin JG, Lipsitz JD, Williams JBW, Remiem RH. Recurrent major depressive disorder among human immunodeficiency virus (HIV)-positive and HIV-negative intravenous drug users: findings of a 3-year longitudinal study. *Comprehensive Psychiatry*, 1999;40:31-34.
18. Jones DJ, Beach RH, Forehand R: The Family Health Project Research Group. Disease status in African American single mothers. *AIDS Care* 2001;13:343-350
19. Jones DJ, Beach SRH, Forehand R: The Family Health Project Research Group. Disease status in African American single mothers with HIV: The role of depressive symptoms. *Health Psychol* 2001;20:417-423.
20. Jin H, Hampton J, Atkinson X, Yu R, Heaton C, Shi T, Marcotte C, Young J, Sadek Z, Wu I. Grant Depression and suicidality in HIV/AIDS in China. *Journal of Affective Disorders*, Volume 94, Issue 1, Pages 269-275.
21. Palacios Espinosa X, Rueda Latiff A, Valderrama Herrera P: Relación de la intención e ideación suicida con algunas variables sociodemográficas, de la enfermedad y aspectos psicoafectivos en personas con el VIH-SIDA. *R Psicol* 2006;015: 25-38.
22. Jori A, Berger-Greenstein Ph.D, Carlos Cuevas PhD, et al: Major depression in patients with HIV-AIDS and substance abuse. *AIDS Patient Care and STDs* 2007;21:942-955.