



Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud Humana
Carrera de Psicología Clínica

**Depresión en Personas Diagnosticadas con el Virus de la
Inmunodeficiencia Humana: Revisión Sistemática**

Trabajo de Integración Curricular
previo a la obtención del título de
Licenciado en Psicología Clínica.

AUTOR:

Anthony Fernando Jumbo Ordoñez

DIRECTORA:

Psic. Cl. Gabriela Fernanda Rojas Muñoz Mgtr.

Loja – Ecuador

2024

Certificación



unl

Universidad
Nacional
de Loja

Sistema de Información Académico
Administrativo y Financiero - SIAAF

CERTIFICADO DE CULMINACIÓN Y APROBACIÓN DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Yo, **ROJAS MUÑOZ GABRIELA FERNANDA**, director del Trabajo de Integración Curricular denominado **Depresión en Personas Diagnosticadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana: Revisión Sistemática**, perteneciente al estudiante **ANTHONY FERNANDO JUMBO ORDOÑEZ**, con cédula de identidad N° **1105589137**.

Certifico:

Que luego de haber dirigido el **Trabajo de Integración Curricular**, habiendo realizado una revisión exhaustiva para prevenir y eliminar cualquier forma de plagio, garantizando la debida honestidad académica, se encuentra concluido, aprobado y está en condiciones para ser presentado ante las instancias correspondientes.

Es lo que puedo certificar en honor a la verdad, a fin de que, de así considerarlo pertinente, el/la señor/a docente de la asignatura de **Integración Curricular**, proceda al registro del mismo en el Sistema de Gestión Académico como parte de los requisitos de acreditación de la Unidad de Integración Curricular del mencionado estudiante.

Loja, 7 de Agosto de 2024



GABRIELA FERNANDA
ROJAS MUÑOZ

F) -----

DIRECTOR DE TRABAJO DE INTEGRACIÓN
CURRICULAR

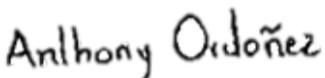


Certificado TIC/TT.: UNL-2024-002096

1/1
Educamos para **Transformar**

Autoria

Yo, **Anthony Fernando Jumbo Ordoñez**, declaro ser el autor del presente Trabajo de Integración Curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos, de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Integración Curricular en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Firma: 

Cédula de identidad: 1105589137

Fecha: 11 de septiembre de 2024

Correo electrónico: anthony.jumbo@unl.edu.ec

Teléfono: 0962072090

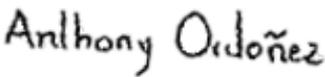
Carta de Autorización por parte del autor, para consulta, reproducción parcial o total y/o publicación electrónica del texto completo, del Trabajo de Integración Curricular

Yo, **Anthony Fernando Jumbo Ordoñez**, declaro ser autor del Trabajo de Integración Curricular denominado: **Depresión en personas diagnosticadas con el virus de la inmunodeficiencia humana: Revisión Sistemática**, como requisito para optar por el título de **Licenciado en Psicología Clínica**, autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Integración Curricular que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los once días del mes de septiembre del dos mil veinticuatro.

Firma:


Autora: Anthony Fernando Jumbo Ordoñez

Cédula de identidad: 1105589137

Dirección: Celi Román, Francisco Eguiguren y Pedro Falconí

Correo electrónico: anthony.jumbo@unl.edu.ec

Teléfono: 0962072090

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Directora de Trabajo de Integración Curricular: ~~Psic.~~ Cl. Gabriela Fernanda Rojas Muñoz.

Mg. Sc.

Dedicatoria

A mi madre María Edid Ordoñez Salazar y mi sobrina Erika Brigitte Zapata Ordoñez, mi mayor fuente de motivación, inspiración y por brindarme siempre su amor y apoyo incondicional, demostrándome su amor sincero, puro y real, que trasciende espacio, lugar y tiempo. A mis hermanos, sobrinos, primos y familia extensa en general.

A quienes enfrentan una enfermedad física y mental, especialmente a las personas viviendo con VIH/SIDA y Depresión; por enseñarme a través de su valentía y determinación, una valiosa lección de vida, fortaleza y resiliencia. Además, por aquellos que ya no están con nosotros, cuyo recuerdo aún vive y continúan inspirando.

A mis amigos channels: Jhoan, Alejo, Jonathan y Diego, los amo con todo mi ser chicos; a mis compañeros, amigos y equipo alfabuenamaravilla: Sheccid, Mabe, Joan y Betty; y al resto de mis compañeros de universidad que significan mucho para mí y amo mucho.

Para las personas que han pasado por mi vida, dejándome su valiosa huella de enseñanza; gracias por cada lección compartida y el impacto duradero que ha tenido en mi camino.

Por último, a mí, por haber aprendido a resignificar el dolor y sufrimiento de la vida, para convertirlo en un verdadero potencial, encontrando así mi verdadero propósito y sentido de la vida.

Anthony Fernando Jumbo Ordoñez

Agradecimiento

Mis más sinceros agradecimientos a la universidad Nacional de Loja, Facultad de Salud Humana, carrera de Psicología Clínica y planta docente de la misma, que aportaron en mi formación profesional.

A la Psic. Cl. Gabriela Rojas, la psicóloga más tierna, bondadosa, cuidadosa y dulce que he conocido, quien me oriento en mi trabajo de integración curricular.

A los lugares donde realicé mis prácticas preprofesionales, que me acogieron y aportaron en mi crecimiento profesional y personal, en especial a Bienestar Universitario de la Universidad de Loja, al Dr. Paúl Palacios, Psic. Cl. Jorge Pérez. Al igual, el Centro de Salud N.-1 al Psic. Cl. Carlos Hidalgo, Ing. Eduardo Savinovich y Lic. Sofía Melo; gracias por su confianza y sus enseñanzas, mis más sinceros agradecimientos.

Anthony Fernando Jumbo Ordoñez

Índice de Contenidos

Portada	i
Certificación.....	ii
Autoría	¡Error! Marcador no definido.
Dedicatoria	v
Agradecimiento.....	vi
Índice de Contenidos.....	vii
Índice de Tablas	ix
Índice de Anexos.....	x
Índice de Figuras.....	xi
1. Título	1
2. Resumen	2
Abstract	3
3. Introducción	4
4. Marco Teórico	6
Capítulo 1: Depresión	6
Definición y Características de la Depresión	6
Factores de la Depresión	9
Depresión en Enfermedades crónicas	10
Evaluación y Diagnóstico de la Depresión	11
Promoción, prevención y manejo de la depresión en personas con VIH.....	13
Factores Contextuales y Estigma de la Depresión	18
Capítulo 2: Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	20
Breve reseña histórica	20
Definición y Características del VIH	21
Epidemiología del VIH	24
Curso y Etapas del VIH.....	24
Evolución Psicológica del Paciente con VIH.....	27
5. Metodología	30
Enfoque de investigación.....	30
Diseño de investigación.....	30
Tipo de investigación.....	30
Población	30

Muestra	30
Criterios de inclusión	31
Criterios de exclusión.....	31
Método, técnica e instrumento.....	31
Procedimiento	31
Fase 1.....	31
Fase 2.....	32
Fase 3.....	32
Fase 4.....	33
Fase 5.....	33
Fase 6.....	33
6. Resultados	34
Objetivo General.....	34
Objetivo Específico 1	39
Objetivo Específico 2	41
Objetivo Específico 3	43
7. Discusión	57
8. Conclusiones	59
9. Recomendaciones	60
10. Bibliografía	61
11. Anexos	78

Índice de Tablas

Tabla 1. Determinar la evidencia científica de la depresión en personas diagnosticadas con el virus de la inmunodeficiencia humana.	35
Tabla 2. Conocer la prevalencia de la depresión en personas diagnosticadas con el virus de la inmunodeficiencia humana.	40
Tabla 3. Determinar las características sociodemográficas en personas diagnosticadas con el virus de la inmunodeficiencia humana.	42

Índice de Anexos

Anexo 1. Pertinencia del Proyecto de Investigación de Integración Curricular.....	80
Anexo 2. Aprobación del trabajo de Integración Curricular	81
Anexo 3. Designación de director de Trabajo de Integración Curricular.....	82
Anexo 4. Diagrama de Flujo PRISMA.....	83
Anexo 5. Tabla General de Análisis de los 32 Artículos.....	84
Anexo 6. Lista de verificación PRISMA 2020.....	97
Anexo 7. Lista de verificación de resúmenes de PRISMA	102
Anexo 8. Link de Guía Psicoeducativa en Formato Revista	103
Anexo 9. Certificado de Traducción del Resumen al Idioma Inglés.....	104

Índice de Figuras

Figura 1. Pasos para ejecutar la técnica del espejo de manera adecuada.....	51
Figura 2. Esquema simplificado de la técnica parada del pensamiento.....	56

1. Título

Depresión en Personas Diagnosticadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana: Revisión
Sistemática

2. Resumen

La salud mental en las personas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) puede verse afectada tras la carga emocional del diagnóstico de la enfermedad, teniendo un impacto negativo en el bienestar general; entre los problemas psicológicos más comunes se encuentra la depresión, la cual se presenta con mucha más frecuencia y en diferentes intensidades. Este trabajo tiene como objetivo determinar la evidencia científica de la depresión en personas diagnosticadas con el virus de la inmunodeficiencia humana. Teniendo un enfoque cuantitativo no experimental de corte transversal de tipo revisión sistemática; basado en la revisión, selección y análisis de una muestra de 32 artículos científicos relacionados a las variables de estudio, publicados entre el 2014 y 2024 en idioma español e inglés, donde la ausencia de depresión predominó en China y Nigeria; la depresión leve en República del Congo; y depresión moderada se observó en Perú y Brasil; y finalmente, la depresión grave en Bangladesh. En las características sociodemográficas, en cuanto al sexo, en hombres se reportó en Brasil y Bangladesh; en mujeres se destacó en China y Cuba. En el estado civil, Casado/Unión libre predominó en India y Nigeria. En Divorciados/Viudos fue en Kenia y Sudán; Por último, en Solteros predominó en Perú y China. La prevalencia de la depresión muestra un porcentaje mayor de ausencia de depresión. En las características sociodemográficas, predomina el porcentaje de hombres y de personas casadas/unión libre. A partir de los resultados obtenidos, se elaboró una Guía Psicoeducativa con el objetivo de proveer información y recursos psicoeducativos en las personas con VIH para prevenir la depresión, promoviendo su bienestar emocional y calidad de vida; cuenta con una sección psicoeducativa y otra sección con herramientas centradas en la prevención de la depresión.

Palabras claves: “Salud mental”, “Síntomas depresivos”, “Trastorno depresivo mayor”, “VIH”.

Abstract

Mental health in people with human immunodeficiency virus (HIV) can be affected by the emotional burden of the disease diagnosis, having a negative impact on overall well-being; among the most common psychological problems is depression, which occurs much more frequently and in varying intensities. This study aims to determine the scientific evidence of depression in people diagnosed with human immunodeficiency virus. Having a quantitative non-experimental approach of cross-sectional systematic review type; based on the review, selection and analysis of a sample of 32 scientific articles related to the study variables, published between 2014 and 2024 in Spanish and English language, where the absence of depression predominated in China and Nigeria; mild depression in Republic of Congo; and moderate depression was observed in Peru and Brazil; lastly, severe depression in Bangladesh. In socio-demographic characteristics, in terms of sex, in men it was reported in Brazil and Bangladesh; in women it was prominent in China and Cuba. In marital status, Married/Civil Partnership predominated in India and Nigeria. In Divorced/Widowed it was in Kenya and Sudan; finally, in singles it was predominant in Peru and China. The prevalence of depression shows a higher percentage of no depression. In the socio-demographic characteristics, the percentage of men and married/unmarried people predominated. Based on the results obtained, a Psychoeducational Guide was developed with the aim of providing information and psychoeducational resources for people with HIV to prevent depression, promoting their emotional well-being and quality of life; it has a psychoeducational section and another section with tools focused on the prevention of depression.

Keywords: ‘Mental health’, ‘Depressive symptoms’, ‘Major depressive disorder’, ‘HIV’.

3. Introducción

A pesar del gran avance de la medicina en el tratamiento del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que ha permitido mejorar la esperanza de vida en las personas que viven con esta condición. Sigue creciendo una alarmante cifra con respecto al contagio a nivel mundial, generando un cambio drástico en las esferas funcionales de la vida de las personas tras el recibimiento del diagnóstico (ONUSIDA, 2011).

El VIH, forma parte de la familia retroviridae (retrovirus), siendo un microorganismo que necesita de las células del sistema inmunológico del cuerpo para su reproducción, además, trae consigo un deterioro paulatino en el sistema inmunitario hasta llegar al estadio más avanzado de la enfermedad, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (Cajas, 2015). Posterior al diagnóstico del virus de la inmunodeficiencia humana, puede generar depresión como una reacción inevitable, siendo uno de los problemas más comunes que varía en el grado de intensidad de leve a grave (Ayala y Escobar, 2015).

La depresión es una alteración clínica del estado de ánimo que se presenta de la misma manera en personas que viven con VIH/SIDA (PVVS), caracterizada por cambios a nivel de la conducta, como: irritabilidad y retraimiento; nivel vegetativo: variaciones en el peso, apetito y sueño; y nivel cognitivo: disminución en la concentración y memoria, pudiendo ser de origen primaria o secundaria, al encontrarse como base otras enfermedades crónicas u otras (Colibazzi et al., 2006; Judd et al., 2005; Organización mundial de la salud, 2023).

La presente investigación se enfocó en responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo se presenta la depresión en personas diagnosticadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)? Para ello, se midió la depresión en diferentes niveles: ausencia, leve, moderado y grave, además, se determinó las características sociodemográficas como sexo y estado civil en personas diagnosticadas con el virus de la inmunodeficiencia humana y en base a los resultados obtenidos se elaboró una guía psicoeducativa.

Además, se sustentó mediante una revisión bibliográfica sobre depresión y el virus de la inmunodeficiencia humana, lo que permitió dos capítulos esenciales. El primero hace aborda la depresión donde se establece definiciones y características, prevalencia, factores, depresión en enfermedades crónicas, evaluación y diagnóstico, clasificación, instrumentos de evaluación y detección, tratamiento de la depresión, estrategias de prevención y manejo; mientras que, el

capítulo dos, describe definiciones y características, breve reseña histórica, epidemiología, curso y etapas, profilaxis y evaluación psicológica de la enfermedad.

En cuanto a la guía psicoeducativa, para abordar las temáticas, se establecieron dos capítulos. El primero se enfoca en la depresión, incluye definición, depresión en el diagnóstico del VIH, que genera la falta de conocimiento sobre el VIH, diferencia de los síntomas depresivos en las personas con VIH y cuales son. Por otro lado, el segundo capítulo trata sobre el virus de la inmunodeficiencia humana, abarcando su concepto, etapas de la enfermedad, como se transmite y como no. Cada capítulo concluye con una sección dedicada a la intervención psicológica preventiva de la depresión en personas diagnosticadas con el virus de la inmunodeficiencia humana.

Se presenta un apartado de metodología donde se estableció el enfoque, diseño, tipo de investigación, población, muestra, método, técnica, instrumento y procedimiento, mismo que consta de seis fases. Para la muestra, se incluyó artículos, revistas y documentos que incorporaron bases científicas y relevantes a las variables de estudio, considerando las investigaciones realizadas dentro del rango de 2014 y 2024, documentos cuantitativos, fuera del rango periodo y población establecida. Para culminar con el proceso investigativo se realizó la discusión, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

En cuanto a los resultados obtenidos, prevalece la ausencia de depresión y en las características sociodemográficas en personas con diagnóstico del virus de la inmunodeficiencia humana, sexo hombres y estado civil solteros.

4. Marco Teórico

Capítulo 1: Depresión

Definición y Características de la Depresión

La depresión es un trastorno mental afectivo que se presenta con mucha regularidad en el mundo, que puede ser tratada; se caracteriza por una alteración en el estado de ánimo acompañado de síntomas físicos y cognitivos, estos cambios pueden ser de causa primaria o secundaria que se relacionan con enfermedades subyacentes, como el VIH, Parkinson, trastornos alimenticios, cáncer, enfermedad cerebro vascular, infartos agudos al miocardio y abuso de sustancias (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Así mismo, las personas en esta condición experimentan tristeza constante, pérdida de interés en actividades que solían disfrutar o realizar, dificultad en actividades de la vida diaria, por al menos durante dos semanas (Organización Panamericana de la Salud, 2023). Inclusive puede escalar a tal grado hasta convertirse en recurrente o crónica, dificultando el desempeño en el empleo o en la escuela y la manera en cómo nos desenvolvemos ante la vida cotidiana; en la forma más grave, puede presentarse con el suicidio; leve, se aborda sin recurrir a psicofármacos; moderado o grave es indispensable el uso de fármacos y abordaje psicoterapéutico (OMS, 2017).

En el curso de este trastorno existe una disminución en la afectividad del individuo, la cual se presenta con tristeza, incapacidad para sentir placer (anhedonia) y desmotivación la mayor parte del tiempo; en la cognición, el pensamiento tiende a oscilar con la lentitud del procesamiento mental (bradipsiquia) y en su contenido con ideas de culpa, desesperanza e incluso ideación suicida, de la misma manera, hay alteraciones en los procesos cognitivos como la atención, memoria y concentración; por último, en la conducta se manifiesta con enlentecimiento motor (bradicinesia) debido a la anhedonia que disminuye la actividad del individuo, en los cuadros depresivos también puede haber manifestaciones somáticas, como alteración del apetito, cefalea, fatiga muscular y alteraciones en la parte del sueño (Jarne y Talarn, 2010).

Descripción de la depresión

Síntomas y manifestaciones. Según Riveros et al. (2007) los síntomas y signos de la depresión pueden manifestarse clínicamente, como:

- Estado de ánimo deprimido. Suelen mostrarse retraídos socialmente, irritados, intolerantes, presentar sentimientos de victimización y llanto fácil ante los recuerdos.
- Anhedonia. Pérdida del interés y placer por actividades que el individuo solía disfrutar.
- Sentimientos de culpa. El individuo presenta un sentimiento de culpa, que se da de manera recurrente, además de arrepentimiento y remordimiento. Este mismo lo puede llevar a querer acabar con su vida.
- Ideación suicida. Es el pensamiento recurrente que se da en el individuo de querer terminar con su propia vida, además, hay una tasa elevada de suicidio en las personas deprimidas, ya que sienten que la vida no vale la pena, nada bueno les pasará y el futuro es impredecible.
- Insomnio y otros trastornos del sueño. Se puede presentar insomnio en fase tardía o terminal, incluso, existe la tendencia a levantarse entre 1 a 3 horas antes de lo usual, luego de aquello, la persona se dificulta volver a conciliar el sueño, ya que puede ser común que aparezcan pensamientos negativos durante este periodo, no obstante, en algunos individuos esto varía, pudiendo dormir en exceso (hipersomnía).
- Alteración psicomotora. La persona puede dar indicios de inquietud, lo cual se evidencia con temblores en las piernas y manos, alada del cabello, caminata de un lado a otro de manera constante, etc.; siendo estos signos los principales que ayudan a determinar el diagnóstico. Además, el individuo alude sentirse nervioso, intranquilo y agitado.
- Molestias físicas. Pueden presentarse manifestaciones somáticas como náuseas, cansancio muscular, cefalea, sensación de dificultad para respirar, boca seca, entre otros.
- Alteración en el apetito y peso. Es común que existe una disminución del apetito, lo que puede ocasionar una pérdida de peso, sin embargo, para algunas personas puede ocurrir lo contrario, aumenta su peso corporal, relacionado a alteraciones en su psicomotricidad y sueño.

Prevalencia de la depresión. La depresión es uno de los trastornos que se da con mayor frecuencia en el mundo, teniendo un alto impacto y una estrecha relación con enfermedades invalidantes en adultos (Murray y López, 1996).

Aproximadamente el 3,8 de la población atraviesa por depresión, en los adultos incluye un 5%, (siendo en hombres un 4% y en las mujeres un 6%), además, en adultos mayores de 60 años corresponde al 5,7% y en una escala mundial, alrededor de 280 millones padecen esta condición (IHME, 2019). La depresión es más frecuente en mujeres con un aproximado de 50%, según cifras más del 10% de las mujeres en periodo de gestación y de alumbramiento, experimentan depresión en todo el mundo (Woody et al., 2017). El suicidio es considerado como la cuarta causa de muerte entre la población de 15 a 29 años de edad, suicidándose 700 000 personas cada año (World Health Organization, 2023).

Aunque existen tratamientos con un alto número de eficacia y que son muy conocidos para ayudar en los diferentes desórdenes mentales, en los países de bajo y mediano ingreso el 75% no reciben tratamiento alguno (Evans et al., 2017). Algunas barreras para cubrir esta atención eficaz son la falta de inversión y capacitación de los proveedores de la salud mental, además del estigma relacionado a los diferentes trastornos mentales (WHO, 2023).

Según el informe “Depresión y otros trastornos mentales comunes” emitido por la OMS (2017), se detalla la prevalencia de la depresión en algunos países Latinoamericanos: Brasil siendo el primero en la lista con 5,8%; Cuba 5,5%; Paraguay 5,2%; Uruguay y Chile 5%; Perú 4,8%; Colombia, Argentina, Republica dominicana y Costa Rica 4,7%; Ecuador 4,6%; Bolivia, El Salvador y Panamá 4,4%; México, Nicaragua y Venezuela 4,2%; Honduras 4 % y Guatemala 3,7%. Además, se dio a conocer que alrededor 800 mil personas consumen el suicidio cada año a causa de la depresión (OMS, 2017).

Según el Ministerio de Salud Pública (MSP) (2015), en Ecuador se registró un número de 50.379 casos de diagnóstico definitivo y presuntivo por depresión, de los cuales 36.631 correspondía a mujeres y 13.748 a hombres, siendo que la depresión se da mayormente en mujeres, triplicando el número de los hombres. Por otra parte, en base al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en las cifras de egresos hospitalarios del Ecuador hubo 3.406 hospitalizaciones que se vinculan a la depresión (INEC, 2019).

Factores de la Depresión

Son múltiples factores de riesgo que influyen en la manifestación de la depresión, aunque se desconoce cómo se relacionan entre sí y en qué momento aparecen, estos factores se pueden describir como genéticos, familiares, cognitivos, personales y sociales (Sanidad de Castilla y León, 2018).

De acuerdo a SOM Salud Mental 360 (2021), estos factores pueden ser:

- Sexo: se da con mucha mayor frecuencia en mujeres que van desde los 12 hasta los 55 años de edad, sin alguna diferencia.
- Edad: puede llegar a ser común en personas que cursan entre 18 y 44 años, en base a la edad hay diferencias en cuanto a sus manifestaciones, es así que, en los niños se puede presentar de manera somática como la cefalea y dolor abdominal, además de irritabilidad y querer alejarse de la sociedad; en los adolescentes se relaciona con problemas de conducta alimentaria, conducta y abuso de sustancia, a diferencia de las personas mayores se da mayormente la sensación o experimentación en la parte cognitiva (problemas de concentración, memoria y atención) y malestar físico.
- Estado civil: en las personas solteras, un proceso de separación o divorcio suele ser más común.
- Consumo de sustancias: el ingerir drogas como es el caso del alcohol a niveles moderado, puede ser un riesgo.
- Comorbilidad: problemas físicos como diabetes, migraña, alteraciones en la tiroides y otras enfermedades relacionadas al sistema endocrino o presentar otro trastorno mental potencializan el riesgo a la depresión.
- Factores sociales: situaciones que generan estrés que se prolonguen durante el tiempo, problemas económicos, desempleo, crisis no normativas (no esperadas) y ausencia de apoyo familiar. Además, los grupos socioeconómicos con menores ventajas tienen mucho más riesgo de presentar depresión.
- Factores psicológicos y eventos adversos: trauma durante la infancia, circunstancias vitales que afectan negativamente como problemas en la relación amorosa, trabajo y familiar, sin embargo, no tienen tal impacto para la génesis de la depresión, sino se acumulan y se mantienen a través del tiempo, a lo largo,

generan estrés y ansiedad, lo que influye en el estado de ánimo, además, algunos rasgos de personalidad tienden a pensamientos negativos que provocan este riesgo.

- Factores genéticos: la familia de la persona con diagnóstico de depresión mayor de primer grado de consanguinidad presenta el doble de probabilidad de presentarlo en comparación con la población en general, la misma proporción es aplicable para los de segundo grado.

Depresión en Enfermedades crónicas

Los estados depresivos están entre uno de la lista como causantes primarios de morbilidad en el mundo, siendo 300 millones las personas quienes lo padecen (Lagoa, 2021).

En base a National Institute of Mental Health (2021), la depresión se da con mayor frecuencia en las siguientes patologías crónicas:

- VIH/SIDA
- Epilepsia
- Hipotiroidismo
- Cáncer
- Diabetes
- Alzheimer
- Parkinson
- Enfermedades autoinmunitarias (entre estas artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y psoriasis)
- Enfermedad coronaria
- Esclerosis múltiple
- Accidente cerebrovascular

En base a los resultados de la investigación “Impacto emocional en la enfermedad crónica”, con una muestra de 541 entrevistas ejecutado por la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP), en conjunto con la Universidad Complutense de Madrid (UCM) y de Fundación ONCE, arrojaron que los pacientes crónicos un 50% se sienten aislados debido a su condición, el 70% tienen síntomas depresivos por su enfermedad, presentándose con fatiga y cansancio (el 88% lo presentan habitualmente), el 70 % presentan tristeza, 71% tienen dificultades en el sueño y 67%

apatía, siendo un total de 48% de los casos que experimentan depresión (Plataforma de Organizaciones de Pacientes [POP], 2021).

Evaluación y Diagnóstico de la Depresión

Existen dos maneras principales para poder evaluar la depresión, que pueden ir en conjunto, siendo la entrevista y la auto aplicación de reactivos psicológicos (Katz et al., 1995), el clínico hace uso de estas herramientas, pudiendo combinarlas dependiendo del caso y con qué objetivos se van a usar en la evaluación, por ejemplo, realizar un diagnóstico, seguimiento terapéutico y con fines de investigación (Pérez y García, 2001).

En el diagnóstico de la depresión, la persona debe presentar al menos 5 de las siguientes características clínicas durante todos los días, mayor parte del día, durante un tiempo de 2 semanas. El individuo presenta una alteración en cuanto a su estado de ánimo, cambiando a depresivo o pérdida del interés en sus actividades que realizaba con regularidad en su rutina diaria, no obstante, en niños y adolescentes la tristeza no se tiende a presentar, sin embargo, puede manifestarse la irritabilidad en vez de esta. Las personas que usualmente suelen hacer el diagnóstico son los médicos y se refieren a distintos profesionales de salud mental, como es en el caso de los psiquiatras y psicólogos. En el transcurso de la consulta puede que el especialista o médico recoja algunos datos sobre lo que está sintiendo, duración, frecuencia y de qué manera influyen en las actividades de su vida. Una de las recomendaciones es tomar notas previamente a la consulta. Además, es importante resaltar que el uso de algunos fármacos y afecciones médicas, como es el caso de los virus o una alteración en la tiroides, podría ser el responsable de estos síntomas. La persona que lleva el control de su salud descarta estas posibilidades a través de exámenes médicos y entrevista (National Institute of Mental Health [NIMH], 2021).

Dentro de las facultades del psicólogo clínico se encuentra el “diagnóstico”, donde el profesional en base a los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) o de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), entrevista psicológica, juicio y la observación, logra elaborar un criterio clínico que puede ser respaldado durante la evaluación con herramientas psicológicas que ayudan reforzando y afinando la precisión del diagnóstico (Arias y Merchán, 2022).

Clasificación de la depresión según el DSM-V. En base a American Psychiatric Association, dentro del DSM-V (2013), clasifica a los trastornos depresivos como:

- Depresión mayor

- Trastorno de desregulación disruptiva del estado del ánimo
- Trastorno depresivo persistente (Distimia)
- Trastorno disfórico premenstrual
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica
- Otro trastorno depresivo especificado
- Otro trastorno depresivo no especificado

Instrumentos de evaluación y detección. Se explica de manera breve algunos de los reactivos psicológicos más conocidos y usados:

- Inventario de depresión de Beck (BDI). Su autor es el psicólogo conductista A. T. Beck, este instrumento está conformado por 21 ítems de respuesta múltiple, que puede ser autoadministrada; es reconocido como test más usado a la hora de medir la intensidad de la depresión (Velásquez et al., 2013).
- Escala de evaluación de Hamilton (HDRS). Su autor es Max Hamilton, conformado por 21 ítems, proporciona una perspectiva cuantitativa midiendo la gravedad de la psicopatología depresiva y facilita la cuantificación en la forma como avanzan los síntomas en el tratamiento; puede ser aplicada de manera externa y auto administrada (Díaz et al., 2013).
- Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS). Sus autores Peter Lovibond y Sydney Harold Lovibond, este instrumento está compuesto por 21 ítems, el cual busca la identificación de sintomatología depresiva, ansiosa y estrés, a su vez diferenciado completamente uno de otros (Román et al., 2016).
- Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9). Este reactivo psicológico fue desarrollado por Robert L. Spitzer y colegas, le compone 9 preguntas e ingresa a la categoría de screening, por ser de aplicación rápida, además, se basa en criterios diagnósticos del DSM IV; su calificación puede variar de 0 y 27, porque los ítems van desde 0 a 3 puntos (Kroenke et al., 2001).

Promoción, prevención y manejo de la depresión en personas con VIH

Intervención primaria (promoción). Aquellas personas con diagnóstico de VIH positivo se encuentran propensas a sufrir diversos problemas en su salud mental, pudiendo experimentar síntomas como tristeza, afectación en la autoestima, insomnio, entre otros problemas. No obstante, existen estrategias de afrontamiento ante estas situaciones de estrés tras el diagnóstico, dado a que suelen ser víctimas comúnmente de discriminación por parte de su familia y amigos, es por ello que es primordial poder desarrollar en el paciente una mejor calidad de vida, permitiendo potenciar su autoestima y satisfacción de bienestar a nivel físico, psicológico, emocional y social (OPS, 2018).

Otra parte importante es mantener un estilo de vida con hábitos saludables, siendo considerado como factor de protección de la salud mental; estas recomendaciones son el habituarse a actividad física constante, no fumar, disminuir el consumo de bebidas alcohólicas, en caso de sobrepeso u obesidad disminuir el peso del 5% al 10%, dormir adecuadamente entre 7 a 9 horas diarias, sobrellevar el estrés de la vida diaria de una manera adecuada y tener una actitud positiva (David y Gourion, 2016).

Para el afrontamiento, cada persona es un mundo totalmente diferente, por lo que cada quien toma actitud distinta en la enfermedad; algunas estrategias que se pueden implementar para la depresión es el afrontamiento por evitación en personas con VIH, dado que permite que la persona tenga su mente distraída en actividades que le guste realizar y así evita el sobre pensamiento acerca de su situación actual, además, permite que el paciente gestione de manera asertiva sus emociones y que disminuya situaciones estresantes que se puede encontrar día a día en su vida (Cristina, 2007).

Existen diferentes recursos según Karen (2007) para el afrontamiento en pacientes con VIH, como lo es:

- El recurso físico, que se trata del ambiente en el que la persona vive.
- El recurso psicológico, relacionado al comportamiento, la actitud y las acciones del paciente.

- El recurso estructural, en el que intervienen las creencias que se tiene sobre la patología, los valores y normas propias del individuo.
- El recurso cultural, enfrentarse a la discriminación y tabús en el contexto personal y social.
- El recurso social, donde mantiene interacción con individuos y el entorno social que mantiene esta interacción.

Según diversas fuentes, las alteraciones en la salud mental pueden conllevar a un problema en la adherencia del tratamiento del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en personas con esta condición. Sin embargo, un correcto apoyo social, asesoría, terapia farmacológica e intervenciones integrales, logran enganchar de manera oportuna a los servicios de atención de salud para el cumplimiento y correcto uso de la medicación (OPS, s.f.).

Promoción de la adherencia al tratamiento y calidad de vida. La adherencia al tratamiento retroviral en el VIH/Sida en conjunto con aquellas medidas no farmacológicas y la comunicación efectiva entre el equipo de salud, garantiza el seguimiento del tratamiento para garantizar una buena calidad de vida en estos pacientes. Aunque, la adherencia al tratamiento no solo incluye tomar los medicamentos antirretrovirales en el momento y la dosis correctas, sino incorpora hábitos y estilo de vida saludables, como visitas médicas constantes, trabajar con otros profesionales de la salud, actividad físico-deportivas (actividad física, ejercicio físico y deporte), seguir pautas dietéticas y nutricionales, abordar problemas de salud mental que puedan afectar el sistema inmunológico, evitar el consumo de sustancias psicoactivas, tomar medidas para prevenir otras infecciones de transmisión sexual y terapias adicionales, siendo este proceso esencial para lograr resultados óptimos y prevenir complicaciones en esta condición crónica (Anosike et al., 2023).

Intervención secundaria (prevención). Las personas con VIH son susceptibles a problemas emocionales, por lo cual la intervención psicológica preventiva presenta una fortaleza para el incremento de la calidad de vida, la disminución de conductas de riesgo, la evaluación de los tratamientos indicados, el control de signos y síntomas para la potenciación de la sensación de bienestar. Permitiendo el afrontamiento con el fin de que el paciente tenga una adaptación positiva y a la vez, proporcionar información adecuada para una correcta gestión emocional (psicoeducación); incluye estrategias y herramientas para el afrontamiento de aspectos en la depresión, en la calidad de vida, el estrés que se presenta, el tratamiento y el control de emociones

(Godoy, 1999). Además, la actividad física es fundamental por lo cual se deben fomentar programas de actividad física (Puccinelli et al., 2021).

Dicho esto, es importante el desarrollo y planificación de estrategias de bienestar psicológico que estén dirigidas a la atención plena y apoyo social individual; se propone herramientas psicológicas en relación al modelo terapéutico cognitiva conductual, que se enfoca en los procesos para fomentar la gestión de emociones, modificar pensamientos, lo que permitirá al individuo cambiar hábitos, reacciones emocionales, actitudes en su personalidad y comportamiento (Cespes, 2017).

Es así que mencionaremos algunas de estas estrategias psicológicas para la prevención de la depresión.

Psicoeducación. Se refiere a una forma de intervención educativa con el objetivo de lograr estimular herramientas psicológicas con las que cuentan los individuos, independiente si son personas con alguna condición médica o no, además, la población a la que va dirigida se incorpora activamente logrando un aprendizaje a través de la praxis (experiencia), esta misma permite potenciar el desarrollo individual. Actualmente es una de las estrategias más utilizadas para concienciar y optar por una vida más saludable (Mendes, 2015).

La psicoeducación está compuesta por dos elementos claves en base a algunas definiciones: la primera hace referencia a la intervención psicológica, que incluye varias acciones como la orientación, promoción, prevención y la segunda, la educación (Montiel y Guerra, 2016). Combinar ambos elementos logran un beneficio, donde la educación logra dar soporte al individuo y ayuda en su desarrollo, para el alcance y llevarlo al mundo, generando así un cambio. Además, es considerado como el punto clave inicial para interferir en la parte cognoscitiva, comportamental y afectiva (Ramírez y Vizcaíno, 2020).

Técnica de la pregunta asertiva. Este recurso parte se basa en la comunicación asertiva, es por ello que la definiremos a continuación: desde una perspectiva cognitiva conductual es descrita como una conducta de respeto hacia uno mismo y para el resto con el cual se interactúa. Además, logrando que una persona se comporte de manera apropiada socialmente cuando este expuesta otra persona que se exprese asertivamente a través de la comunicación (Caballo, 2005; Gísmero, 1996; Pérez, 2000).

La técnica de la pregunta asertiva no cuestiona, sino, logra obtener más información sin llegar a confrontar a la otra persona a través de otra pregunta, pero en esta ocasión haciendo uso

de un lenguaje asertivo, creando un diálogo y saber cuál es la verdadera razón de su reacción, intentando comprender su perspectiva (Serrano, 2018).

Técnica de respiración diafragmática. También es conocida como respiración abdominal o respiración profunda, se trata de una técnica de relajación utilizada en la psicología para respirar de forma consciente, lenta y profunda; donde se inspira (inhala) el aire por la nariz y se expulsa a través de la boca (exhalar) haciendo uso de un órgano principal que separa el tórax del abdomen, llamado diafragma. Ayudando así en las funciones fisiológicas del organismo como la oxigenación, la presión arterial, frecuencia cardíaca y fatiga muscular, además, aportando beneficios como al alivio del dolor, estrés y ansiedad (Instituto Nacional del Cáncer, s.f.).

Meditación guiada para conciliar el sueño. Es una herramienta que actúa en las funciones mentales y plasticidad cerebral (Barinaga, 2003; Knight, 2004). Siendo un recurso cognitivo que mejora el estado mental otorgando cambios benéficos en los procesos neurofisiológicos como psicológicos de las personas (Davidson y McEwen, 2012).

La meditación guiada para dormir se basa en conjunto de instrucciones que ayudan alcanzar la conciliación del sueño no forzada. En conjunto con la técnica se explora e integra lo que se hizo durante todo el día, trabajando en las emociones displacenteras (Nahum, 2019).

Técnica del espejo. Fue desarrollada por el Dr. Fernando Bianco Colmeras en 1975, misma que se basó en la herramienta de “Body imagery”, misma que usaba en terapia sexual y de pareja. La técnica del espejo se fundamenta en la terapia cognitivo conductual, utilizando el reforzamiento y modelamiento por ejecución guiada, con el objetivo de mejorar el autoestima, autoconcepto y autoimagen, además de incorporar la autocontemplación como vía que se las trabaja por medio de la introspección y sustitución cognitiva (Gomez, 2023).

Técnica parada del pensamiento. Surge con Bain en 1920 y fue adaptada por Wolpe en 1950, siendo una herramienta cognitivo conductual basada en el autocontrol que disminuye a que se intensifique o aparezcan otra vez pensamientos negativos, interrumpiéndolos a través de estímulos físicos y verbales, y, además, sustituirlos por pensamientos positivos y racionales. Como menciona Wolpe, es un entrenamiento que evita este tipo de pensamiento displacenteros y lo acompañen emociones “negativas” (Ruiz, 2019).

Intervención terciaria (tratamiento). Actualmente se puede acceder a un tratamiento con un alto grado de eficacia para la depresión, que parte desde el tratamiento psicológico hasta llegar al uso de medicamentos (WHO, 2023). Para el manejo en pacientes con depresión es necesario el

control de los síntomas y funcionalidad del individuo, reconocer las características del cuadro depresivo para iniciar un manejo farmacológico o no farmacológico, además, indagar si el paciente tiene tratamiento previo recibido (farmacológico y no farmacológico), conocer la adherencia al tratamiento y efectos adversos (Guía del Ministerio de Salud, 2013). Por lo que, únicamente puede hacerlo un profesional en salud mental.

Este tratamiento es complementario, haciendo uso de psicofarmacología y psicoterapia, ayudando a las personas durante este proceso, sin embargo, este mismo va a depender del grado de la depresión la cual está atravesando el individuo y del criterio clínico del profesional en salud mental. Además, en este punto la psiquiatría, medicina en salud mental y psicología, logran hacer un trabajo en conjunto, siendo estas ciencias interdependientes que velan por el bienestar mental de las personas.

Cuando se trata de síntomas leves pueden desaparecer de manera espontánea, no obstante, en la de depresión leve se aborda con psicoterapia y medidas generales; en caso de que ésta sea moderada o grave, se hace uso de la farmacología y la psicoterapia, o en últimas instancias la electroconvulsiva (Coryell, 2022).

En psicología con el uso de la psicoterapia, se logra orientar a las personas en la búsqueda de nuevas alternativas, ampliar su perspectiva y establecer límites; se puede trabajar durante varias sesiones, donde el individuo podrá asistir personalmente o hacerlo mediante las diferentes plataformas virtuales (WHO, 2023).

La psicoterapia, en base a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se describe como intervenciones organizadas y estructuradas destinadas a influir en el comportamiento, el estado de ánimo y los patrones emocionales de respuesta a diferentes estímulos tanto verbales como no verbales, con el propósito de mejorar la salud mental de las personas (Cespes 2027). Además, no incorpora el uso de medicamentos; éstas técnicas y formas de acercamiento, proceden de propuestas teóricas que logran eficacia en el tratamiento de innumerable número de alteraciones mentales y comportamiento (Fernandez, 1995).

En un metaanálisis compuesto por 25 estudios, con una población de 2036 pacientes, se hace uso de la psicoterapia como método combinado para la depresión, mostrando un alto grado de eficacia en comparación con uso de farmacoterapia por si sola (Garber y Weersing, 2010).

Terapias psicológicas cognitivo-conductuales. La terapia cognitiva-conductual ha mostrado resultados muy positivos para el trastorno depresivo leve a moderado, enfocándose en el

comportamiento, sentir y pensamiento; promoviendo el aprendizaje para poder responder de una manera más adaptativa ante diferentes circunstancias negativas de la vida misma; cabe mencionar que dentro de modelo terapéutico existen múltiples técnicas y variaciones: entrenamiento de comunicación familiar, relajación, el enfoque en la solución de problemas, el entrenamiento asertivo, reestructuración cognitiva, exposición, entre muchas más (Rush et al., 2006).

La terapia cognitiva-conductual en aquellos pacientes con VIH mejoran la calidad de vida, esta misma incluye intervenciones psicoterapéuticas individuales, donde se trata de abordar áreas como: habilidades y estrategias en la activación emocional, afrontamiento paliativo, entre otras más; la primera fase es una entrevista para conocer el diagnóstico, la segunda fase es la aplicación del programa de forma grupal, éstas también están compuestas de 12 sesiones que son: la exposición del modelo a intervenir, adherencia, métodos de relajación y la relación en el sistema inmunológico, complicaciones de conductas saludables, la expresión de emociones, el apoyo social, la planificación de actividades de interés, derechos humanos y VIH (Alvarado, 2008).

Psicofarmacología para la depresión. El uso de la farmacoterapia es sugerido para episodios moderados o graves de depresión; existe una diversidad de fármacos que se clasifican como: los antidepresivos tricíclicos (ATC), los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (ISRN), los antagonistas alfa-2, los inhibidores de recaptación de serotonina y los antagonistas serotoninérgicos, los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), los antidepresivos multimodales, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los agonistas de melatonina, los inhibidores de la recaptación de noradrenalina y dopamina (IRND) (Pérez, 2017). Estos mismos se pueden combinar con otros medicamentos, para potenciar su eficacia y, además, ayudar en caso que existan síntomas concomitantes: antipsicóticos, hipnóticos y estabilizadores del ánimo (Pereira y Molero, 2019).

Factores Contextuales y Estigma de la Depresión

Influencia del entorno social y cultural en la depresión. Los sentimientos de tristeza asociados con la depresión son universales, pero la comprensión y expresión de la depresión varía ampliamente entre culturas, es así que, por ejemplo, en el sudeste de Asia no existe una palabra que se asemeje a “deprimido”, pero, sin embargo, en el país africano de Nigeria con una sola palabra describen a la depresión, ansiedad y rabia (Thakker, 1999).

Así mismo, en las sociedades occidentales, la depresión tiende a ser concebida como una enfermedad con raíces genéticas y biológicas, mientras que en culturas tradicionales se puede entender más como una reacción a factores estresantes sociales y dificultades interpersonales (Karasz, 1998).

Aquellos que ven la depresión como una reacción emocional a desafíos ambientales pueden ser menos propensos a buscar ayuda profesional en salud mental; en algunas comunidades chinas, la experiencia de la depresión se manifiesta más en síntomas físicos que psicológicos, como puede ser aburrimiento, dolor, fatiga y aburrimiento, en lugar de sentimientos de tristeza, esto se debe a que expresar emociones, especialmente negativas, puede ser culturalmente desaprobado en estos contextos (Kleinman, 2004).

Capítulo 2: Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Breve reseña histórica

A partir del final de la década de los 70 e inicio de los 80, aparecen con frecuencia casos de personas con cuadros de síntomas que coincidían a sistemas inmunes deficientes (inmunosupresión), sin embargo, estos mismos se daban en personas que no tenían antecedentes en su salud relacionado a algún problema de sistema inmunológico, además, los casos que se registraban con frecuencia era de un grupo de hombres que tenían relaciones sexuales con otros hombres; en 1981 se emite un boletín de la Universidad de California, Facultad de Salud Humana, donde se evidencia infecciones de vías respiratorias y cáncer de la piel que se da en menor frecuencia, específicamente en un grupo de población de adultos jóvenes que eran homosexuales (Miranda y Nápoles, 2009).

Con este indicio en la comunidad gay, tras el total desconocimiento, se tendió a relacionar el consumo de drogas que se inhalaban para la estimulación sexual durante el sexo en esta misma población, como la causante. Sin embargo, se registran nuevos casos en personas heterosexuales e incluso niños, que hasta ese momento se creía que únicamente existía contagio a través del contacto sexual o sanguíneo. En 1982 se nombra como el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA), a pesar de los hallazgos hasta esa fecha, se sigue dando una perspectiva negativa, estigma y discriminación, donde se tilda como enfermedad de la gente “inadaptada”, donde se incorpora a personas gais, trabajadores sexuales y consumidores de drogas inyectables, donde prevalecía una visión que se basaba en la religión y la moral, la cual asumía como el resultado del pecado (Andino, 2017; Miranda y Nápoles, 2009).

En el transcurso de la década de los 80, la enfermedad se propagó muy rápidamente, lo cual fue de interés para la comunidad científica, es así que, en 1984 en Francia y Estados Unidos de América realizan la identificación del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), resultando en polémica porque era desconocido hasta esa fecha, incluso, discordia política entre el logro descubierto, mismo que al final, se compartió entre ambos países (Chávez y Castillo, 2017).

Otro hito que marcó la historia, se da en 1987 tras descubrirse los antirretrovirales, específicamente, el principio activo Zidovudina, el cual tiene como mecanismo de acción la supresión de la réplica del virus, a pesar de ello, pierde efectividad al ser usado en monoterapia, además, en dosis altas presenta un riesgo de toxicidad. En 1996 se combina la terapia y aumenta

la efectividad, cambiando la esperanza de vida de las personas con VIH y pasando a una cronicidad, conviviendo con el virus y manteniendo una mejor calidad de vida (Ruiz y Barajas, 2020).

Definición y Características del VIH

El virus de la inmunodeficiencia humana, conocido por sus siglas (VIH) se aprovecha de del sistema inmunológico, cambiando el funcionamiento del organismo. Dando como resultado, un deterioro paulatino del sistema inmunitario generando inmunodeficiencia en el individuo, es decir, dejando nula las funciones del sistema inmunológico que nos protege de las infecciones y enfermedades (Lamotte, 2014).

La forma en cómo se expresa el VIH tiende a ser muy variada, además, incluye signos y síntomas asintomáticos, entre ellos crónicos. La infección de este virus en su estadía temprana (síndrome retroviral agudo) tiene como característica fiebre, erupciones cutáneas, inflamación de la garganta, úlceras de las diferentes mucosas, manifestaciones neurológicas como meningitis aséptica, dolor de articulaciones, malestar general; en cambio, las personas infectadas de manera crónica podrían llegar a presentar inflamación de ganglios linfáticos con ausencia de dolor, diarrea crónica durante semanas o meses (relacionado con el SIDA-ARC), sudoración nocturna independiente al contexto, pérdida de peso y fiebre (Freeman y Kozak, 2018).

Descripción del Virus de Inmunodeficiencia Humana. El VIH se ha clasificado dentro de los Lentivirus, por su curso y replicación lenta, donde entra en la familia Retroviridae, este es virus ARN que necesita de ADN para multiplicarse, esto se logra por transcripción de ARN a ADN y procesos enzimáticos. En cuanto a sus características, tiene un diámetro de 100 nanómetros aproximadamente de forma esférica, tiene un construido de cubierta externa en base a membranas celulares que fueron infectadas, en la parte superficial, posee glicoproteínas claves para engancharse en las células que receptan, dentro de ellas la gp120 y gp41 (Chávez y Castillo, 2017).

El VIH en el organismo humano tiende por las células del sistema inmune, especialmente por los Linfocitos T CD4 y tiene menor grado de afinidad por células de Langerhans, de la microglía cerebral, macrófagos y otras más. Además, debido la capacidad de replicación del virus amplía en las células, se puede dar en diferentes órganos del cuerpo, como: cerebro, ganglios linfáticos, timo, entre otros (Soto, 2004).

Se conocen dos variantes de este virus, el primero VIH-1, siendo el responsable del SIDA humano y que sea el más común en el mundo. El segundo, el VIH-2 es menos frecuente y es más

lento en la forma de replicación y menos contagioso. Sin embargo, también es causante de la supresión inmunológica, este se ubica en algunas partes de África (Ritter et al., 2020).

Vías y Modos de transmisión de la infección. El virus de la inmunodeficiencia humana únicamente se propaga por medio del contacto directo entre fluidos corporales, donde exista una carga viral alta del virus, es decir, una mayor replicación. Además, como afirma el CDC de Estados Unidos, no se han evidenciado casos en que besos secos, abrazos o saludos con las manos, sean la causa de transmisión (Center for Disease Control [CDC], 2005). El virus se ha encontrado en el semen, fluido preseminal, fluidos vaginales, la saliva, las lágrimas, orina, el líquido amniótico, la leche materna, el líquido cerebrospinal y la sangre, entre otros fluidos secretados por el cuerpo humano (Gilbert PB et al., 2008).

Se clasifican en tres principales formas de transmisión, las que se describen a continuación:

- a) Sexual (sexo sin protección con otra persona): tiene lugar tras la exposición directa con las mucosas oral, genital o rectal de otra persona infectada (Campos et al., 2018).
- b) Parenteral (por sangre): la transmisión se da por jeringuillas contaminadas, tras la utilización de drogas intravenosas o en servicios de salud, además, transfusiones de sangre que han recibido personas hemofílicas transfusión de sangre contaminada o productos hemáticos contaminados, por otro lado, los trabajadores de salud que corren riesgo al estar expuestos en un accidente ocupacional o de trabajo, como en el caso de una herida toque sangre contaminada, junto a esto, también se suma el hacerse tatuajes, escarificaciones y piercings (Bula et al., 2019).
- c) Vertical (de madre a hijo): la transmisión puede darse en las últimas semanas de la gestación, durante la labor del parto (esta misma siendo la más riesgosa) o la lactancia del bebé (Baca et al, 2018).

Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (SIDA) e Infecciones oportunistas. Se define principalmente como el estadio final de la infección por VIH, en estas circunstancias las infecciones, cánceres y otras enfermedades que se aprovechan del sistema inmunológico totalmente debilitado (OMS, 2020).

Estas infecciones son definidas como “oportunistas” porque son una complicación que se desarrollan en pacientes hospitalizados con el virus, que se da con mayor frecuencia en países con

menos posibilidades económicas, sin embargo, aunque se haya reducido el apareamiento de infecciones oportunistas con la terapia antirretroviral (TARGA) (Nesheim et al., 2007), sigue manteniéndose como un gran problema en las personas con VIH positivo que no reciben el tratamiento y por ende, tienen un menor conteo de linfocitos T CD4 en su organismo (Yazdanpanah et al., 2001).

Según Zambrano et al. (2018) Center for Disease Control hicieron una lista de infecciones oportunistas relacionadas con las condiciones del SIDA. Entre las más importantes tenemos:

- Cáncer cervical invasivo.
- Coccidioidomicosis.
- Criptococosis.
- Criptosporidiosis, intestinal crónica (duración mayor a 1 mes).
- Candidiasis de bronquios, la tráquea, el esófago o los pulmones.
- Encefalopatía relacionada con el VIH,
- Herpes simple: úlceras crónicas (s) (superior a 1 mes de duración), o bronquitis, neumonitis o esofagitis.
- Histoplasmosis Isosporiasis, intestinal crónica (más de 1 mes de duración).
- Sarcoma de Kaposi.
- Linfoma.
- Mycobacterium avium.
- Tuberculosis.
- Enfermedad por citomegalovirus (retinitis en particular).
- Síndromes desgastantes por VIH.

- Neumonía por Pneumocystis carinii.
- Neumonía, recurrente.
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva,
- Salmonella septicemia, recurrente.
- Toxoplasmosis del cerebro.

Epidemiología del VIH

Estadísticas globales, regionales y locales de prevalencia.

Desde el inicio de la epidemia, alrededor de 74,9 millones de personas han adquirido la infección del VIH y 32 millones han muerto por enfermedades que tienen una estrecha relación con el SIDA. Además, ONUSIDA, cree que el riesgo aumenta de contraer la infección de VIH en: Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y personas que se inyectan droga (PID) 22 veces mayor, trabajadores del sexo 21 veces mayor y mujeres transgénero 12 veces mayor (ONUSIDA, 2019).

En el año 2019 en América Latina 2,1 millones contrajeron el virus, de estos, un 1,4 millones tomaban medicamento antirretroviral (ONUSIDA, 2021), este territorio cuenta con números relevantes, siendo así que se ubica en el cuarto lugar a nivel mundial por su alta tasa de casos registrados, además de estos números, lo conforma un elevado porcentaje de adolescentes que conviven con el virus, y proporciones es considerada semejante a nivel mundial, donde se dictamina que por cada 80 hombres con VIH, 20 mujeres se encuentran en la misma condición (Murillo et al., 2019).

En Ecuador los primeros casos fueron en 1984, a partir de allí hasta el 2016 la cifra ha sido de 56.106 casos acumulados de VIH/sida (MSP, 2018). La situación de la epidemia es de crecimiento lento, de tipo sexual mayor en personas heterosexual, bisexual y homosexual. El Ecuador en conjunto con la organización mundial de la salud y el programa conjunto de las naciones unidas sobre el VIH/sida detectaron 36544 nuevos casos en el 2017; El Ministerio de Salud Pública nombra a la epidemia en el mismo país como concentrada, que afecta principalmente a la diversidad sexual y de género (Vaca, 2019).

Curso y Etapas del VIH

Fases de la infección por VIH (aguda, crónica, sida). Según Chavez y Soto (2017) y Soto (2004) se clasifica en tres fases:

1. Fase aguda: tiene un tiempo aproximado de dos a cuatro semanas o incluso hasta un periodo de 10 meses, existe una rápida replicación del virus, a raíz de esto, el cuerpo puede responder, manifestando síntomas variados que se confunden con otro cuadro viral momentáneo, estos pueden ser diarrea, náuseas, vómito,

erupciones cutáneas, faringitis, fiebre, linfadenopatías, entre otras respuestas comunes a estos cuadros pasajeros.

2. Fase crónica o también conocida como latencia: ya no se presenta síntomas, sin embargo, el virus se multiplica de mil y diez mil copias por día y terminan con aproximadamente con cien millones de linfocitos T CD4, en esta fase, ya se logra evidenciar un desajuste en el sistema inmunológico.
3. Fase de SIDA: se produce en un periodo de 5 a 10 años, caracterizado por inmunosupresión, donde se puede presentar infecciones oportunistas, ya que el sistema de defensa del organismo se encuentra totalmente debilitado, entre estas se puede presentar candidiasis, tuberculosis, sarcoma de Kaposi, neumonía por P. jiroveci, entre otras más.

Marcadores clínicos y de laboratorio. Existen pruebas bioquímicas de laboratorio que permiten el diagnóstico de la infección por retrovirus en los seres humanos, es así que, estas son directas e indirectas (Lamotte, 2014).

- Pruebas directas: su función es la detectar el virus o lo que le constituye al mismo, siendo estas las proteínas y ácido nucleico, mucho antes que el sistema inmune de respuesta de anticuerpos (Lamotte, 2014), siendo un diagnóstico precoz, tenemos las siguientes pruebas: “Cultivo viral”, “Anti gemía 18 p24” y “Reacción en cadena de Polimerasa”, siendo específicas y exactas, la única barrera es su alto valor económico (Pullaguari, 2020).
- Pruebas indirectas: dan como resultado la respuesta que tiene el sistema de defensa del organismo de la persona que contrajo el virus, su función se basa en pruebas serológicas para detectar en el suero la presencia de anticuerpos, siendo especializadas en cada tipo del virus “VIH1” y “VIH2”, se debe hacer de manera aislada una por una (Lamotte, 2014), sin embargo, aunque sean pruebas especializadas, no se usan como método de diagnóstico, sino de detección directa cuando no se esclarecen bien los resultados, tenemos las siguientes: “Quimioluminiscencia”, “Inmunofluorescencia”, “Western Blot”, “Pruebas rápidas Ac” y “ELISA de Tercera Generación” (Alvarez, 2017).

Tratamiento antirretroviral. El tratamiento antirretroviral es conocido de dos maneras, la primera forma como tratamiento antirretroviral combinado de alta efectividad (TAR) o tratamiento de gran actividad (TARGA), siendo el resultado de una combinación de tres fármacos antirretrovirales, estos bloquean varias enzimas o proteínas para que el virus no pueda reproducirse, sin embargo, aunque no se cure o elimine por completo la infección debido a la presencia de reservas, se logra cronificar y mantener la replicación en el organismo por el VIH. Es así que, permite una mejor calidad de vida y esperanza de vida. Además, es importante iniciar el tratamiento antirretroviral lo antes posible, antes de que produzca alguna alteración en el sistema inmunológico, para así lograr una respuesta positiva virológica y una recuperación inmunológica, logrando un pronóstico favorable, incluso, el TAR resta la posibilidad de transmisión del VIH a otras personas (Sidalava, 2019).

Profilaxis

Profilaxis Pre-Exposición (PrEP). La profilaxis pre-exposición (PrEP) es una medida preventiva de fármacos antirretrovirales, en individuos que no han contraído el virus de VIH, pero, poseen un riesgo (ONUSIDA, 2015). Es fundamental recalcar que su uso debe ser combinado, su prevención efectiva va en conjunto del uso permanente de preservativo para otras Infecciones de Transmisión Sexual (MSP, 2019). Es recomendable en personas que mantengan una relación sexual constante con una persona con VIH+, además, de individuos que se mantienen sexualmente activos en un espacio geográfico con alta prevalencia del virus que haya tenido en los últimos seis meses una relación sexual sin protección y personas que se inyectan drogas, compartido agujas o implementos en los últimos 6 meses (OPS, 2020).

El fármaco que se presenta para la PrEP es llamado “Truvada”, siendo un compuesto de los principios activos de “Tenofovir disoproxil fumarato” en 200 mg y “Emtricitabina” en 300 mg, investigaciones han evidenciado su efectividad al tomar el compuesto de manera diaria y constante, reduciendo el riesgo de contraer el virus en un 99% aproximadamente y personas que se inyectan drogas un 74%, respecto a sus efectos adversos no se han registrado síntomas de gravedad, sino minuciosos efectos que no tienen riesgo para la vida (Centros para el control y prevención de enfermedades, 2020).

Profilaxis Post-Exposición (PEP). La profilaxis post o después de la exposición (PEP), se refiere a consumir antirretrovirales luego de una exposición de riesgo potencial al VIH, con el objetivo de prevenir la infección (OMS, 2019). Es así que, se indica este recurso para un máximo

de consumo de 72 horas, en personas que tuvieron riesgo al virus al no haber usado protección o esta misma se rompió, compartir jeringas y víctimas de violencia sexual (Zhunio, 2020). Además, también se incluye la post-exposición ocupacional o más conocida como laboral, que corresponde a las personas de atención sanitaria donde su trabajo tiene una exposición alta de riesgo de contagio (MSP, 2019).

Según investigaciones esta medicación se debe dar de inmediato tras el riesgo de contagio, lo que se sugiere es que sea dentro de las dos horas siguientes y no alcance las 72 horas (AntonioIribarren et al., 2004). La forma en cómo va a ser administrado consta de antirretrovirales durante 28 días, en un periodo de cuatro semanas aproximadamente, sin embargo, se trata de una prevención combinada que incorpora atención médica, asesoramiento y pruebas de detección de VIH (OMS, 2019).

Evolución Psicológica del Paciente con VIH

El VIH/SIDA se considera dentro de una enfermedad terminal y/o crónica, por lo que se da una serie de reacciones psicológicas que dependen netamente de la personalidad de cada individuo y, además, estas mismas dependen de cómo haya sido preparado el individuo para recibir el diagnóstico; hay una diversidad de afectaciones y cambios en cada área de la vida, familia y relaciones sociales, entre estas áreas podemos mencionar: área sexual, familiar, pareja, personal, laboral, entre otras más. Por esta razón se hace hincapié en cómo se debe entregar el diagnóstico al paciente, siendo de manera adecuada, oportuna y con apoyo de expertos, logrando un menor impacto a la persona que va dirigida (Rodríguez et al., 2011).

Reacciones psicológicas ante el diagnóstico. Luego de que se emita el diagnóstico del VIH, la persona que contrajo el virus en conjunto con su familia entra en periodo psicológico para comprender y hacerle frente a la enfermedad, sin embargo, dependerá también de los recursos propios del individuo y su familia, ya que, puede dar como resultado trastornos agudos y graves, entre algunos de estos: ansiedad, ideación suicida, depresión, trastornos de identidad y adaptación, auto rechazo, culpa, entre otros más (Ayuso, 2015). Además, se puede presentar problemas socio laborales relacionados a los problemas de salud que atraviesa el individuo, como: aislamiento social y discriminación en su ambiente de trabajo (González, 2009).

En base a Rodríguez et al. (2011) ante el diagnóstico a la persona que contrajo el VIH/SIDA da paso no solo a una afectación personal, sino también a su entorno social, este mismo afectando a su área cognitivo, sexual, emocional y social, descritas a continuación:

- Área cognoscitiva: alteración de la orientación, distracción, problemas en la memoria, retraimiento y generalmente confusión. Además, se presenta un problema en el sistema nervioso central que afecta a la forma de comportarse del individuo, manifestándose en la afectividad tras la crisis o acontecimientos sociales o médicos, incluso podría desatar problemas de demencia o relacionados a su personalidad.
- Área sexual: se disminuye la frecuencia con que tiene relaciones sexuales, los mismos se tornan insatisfactorios por preconcepciones de ser un castigo por estas conductas. Además, se da la culpabilidad, misma que tiene un impacto general en esta área.
- Área emocional: se aumenta la ansiedad, además, se desencadenan miedos, depresión y culpabilidad, muchas veces dando como resultado también reacciones somáticas.
- Área social: existe distanciamiento social, disminuye los encuentros sociales y de la familia, de la misma manera ignorando comentarios y reacciones de su entorno ante el problema.

Aspecto físico en el Impacto Emocional. El VIH/Sida influye fuertemente en la esfera emocional, por lo que además la parte física está estrechamente comprometida, precipitando en afecciones cutáneas las que interfieren en la autoestima de la persona, dado a que son más propensos a infecciones y enfermedades por la condición del sistema inmunológico, es así que necesitan exhaustivos cuidados, dando como resultado una respuesta de deterioro en quienes padecen esta infección. Además, la alimentación debe ser obligatoria y por otro lado, en algunas personas tendrán menos energía, por lo que, quienes realizaban ejercicio sentirán un impacto negativo por la enfermedad repercutiendo en su amor propio (Andrés, 2012).

Estigma y discriminación hacia las personas con VIH. El estigma se asocia a las condiciones de riesgo mal vistos socialmente, como el uso de drogas inyectables, vida sexual activa y el trabajo sexual, dando como resultado la marginación de estos grupos sociales, siendo el desconocimiento de la infección la variable causal influyente. Esto desencadena la exclusión y marginación social de las personas que viven con condición de VIH/Sida, afectando a la forma libre de toma de decisiones y complica la medida de adopción de medidas de protección (Tamayo, et al, 2014).

Incluso, el estigma conlleva a un desequilibrio de la salud (psicológico, social y físico), teniendo repercusiones graves en su sistema familiar y social, impacta de una manera a que puede conllevar al temor hacia la muerte, reacciones muy negativas y de rechazo, precipitando a la depresión, aislamiento y ansiedad (Tamayo et al., 2015).

Redes de Apoyo en Personas con VIH. Ha quedado en evidencia que el respaldo social contribuye en aliviar el estrés en la vida de las personas con enfermedades crónicas (Dridge, 1994). Por otro lado, estudios describen que la ayuda por la parte social puede poseer efectos muy buenos para estimular la autosuficiencia, siendo esta la confianza que tiene un individuo en sus habilidades para tomar acciones (Penninx et al., 1998).

Este apoyo puede venir de confidentes, amistades, familia e incluso de personas que atraviesan situaciones similares, marginación y rechazo (Jankowski, 1996; Kadushin, 1999). Los centros de apoyo social poseen varias características que pueden mejorar la calidad de vida de las personas que viven con el virus, es así que, ayudan a disminuir las emociones negativas, amplían las destrezas para manejar la enfermedad, individualizan el proceso conociendo cada una de las necesidades para afrontar el estigma (Wandersman, 2000).

5. Metodología

Enfoque de investigación

La investigación correspondió a un enfoque cuantitativo, porque se focalizó en recolectar y analizar los datos descriptivos, que tuvo como objetivo central responder a la interrogante del estudio (Hernández Sampieri y Fernández-Collado, 2014).

Diseño de investigación

Se optó por un diseño no experimental, dado a que no se influyó en la variable independiente con el fin de estudiar su efecto en la variable dependiente (Galarza, 2021).

Tipo de investigación

La investigación fue de tipo transversal porque se recolectó información en determinado intervalo de tiempo, estos correspondieron de tipo documental, porque se enfocó en revisar investigaciones y literatura científica de acuerdo con el tema y tuvo un enfoque descriptivo, centrado en poder describir la evidencia científica de las variables que se mostró interés (Neill y Cortez Suárez, 2018).

De igual manera, la investigación fue narrativa bibliográfica porque se implicó un método que correspondió a explorar, recopilar, organizar, analizar e interpretar toda la información y datos que se relacionen con el tema planteado (Morales, 2003).

Población

La población se conformó por 192 fuentes de información acerca de la Depresión en el Diagnóstico del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, en el cual se incluyó fuentes primarias como libros y fuentes secundarias que comprenden trabajos de investigación, artículos y revistas científicas mediante la recopilación de diferentes documentos de diversas bases de datos, como: Scielo, Pubmed, Redalyc y Dialnet.

Muestra

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico por conveniencia, basándose en criterios de selección, estos mismos fueron designados por el investigador, dando como resultado 32 documentos para analizar, siendo estos mismos relevantes para el trabajo de investigación.

Criterios de inclusión

- Artículos científicos publicados en el intervalo de tiempo de 10 años (2014 – 2024).
- Investigaciones que aborden poblaciones de cualquier edad y diagnosticadas con el virus de inmunodeficiencia humana.
- Estudios con disponibilidad de acceso libre.
- Documentos publicados tanto en español como en inglés.

Criterios de exclusión

- Artículos científicos que no hayan sido publicados entre el año 2014 y 2024.
- Estudios que carezcan de una evidencia científica.
- Investigaciones duplicadas.
- Documentos sin acceso libre.

Método, técnica e instrumento

Se usó el método de síntesis bibliográfica, lo que permitió escoger, revisar y sintetizar información relevante para la investigación que vaya acorde con el tema (Gizazpedia, 2023).

Se trabajó con una revisión sistemática que se basó en la recopilación de la información de diferentes estudios científicos de acuerdo al tema de investigación. Esta misma buscó una síntesis de toda la información elegida de manera rigurosa y clara, disminuyendo el sesgo y que sea fiable. Todo esto lo hizo apoyándose de métodos sistemáticos, mismos que ayudaron a llegar a conclusiones y tomar decisiones (Antman et al., 1992; Oxman et al., 1993).

El instrumento que se usó fue la herramienta PRISMA (**Anexo 4**), siendo importante para la recopilación, selección y el análisis de la literatura científica, aportando al investigador un plan de trabajo detallado (Page et al., 2021).

Procedimiento

La investigación constó de 6 fases cronológicas que se desarrollaron de manera secuencial, pudiendo así cumplir con cada uno de los objetivos propuestos:

Fase 1.

Se ejecutó una búsqueda bibliográfica exhaustiva en distintas bases de datos sobre la Depresión en el diagnóstico del Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Se escogieron documentos que tenían información relevante en relación al tema y que cumplan con los criterios

de selección, mediante motores de búsqueda como Scielo, Pubmed, Redalyc y Dialnet, de los cuales se recopiló artículos que procedieron de revistas científicas.

Fase 2.

Luego, con el listado final de los artículos seleccionados, se procedió a extraer la información más relevante, elaborando una tabla de extracción de datos o de formulario de recolección de datos. (**Anexo 5**), en donde se registró las características principales de cada artículo, como: título, autor, año, población, tipo de estudio, objetivos, URL/DOI, esto permitió recopilar la información sistematizada para su análisis posterior.

Fase 3.

La presente revisión sistemática fue rigurosamente evaluada en cuanto a su calidad y la presencia de sesgos. (**Anexo 6**) Para ellos se utilizó las pautas establecidas en la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), la cual consta de una lista de verificación de 27 ítems que aborda las secciones de introducción, métodos, resultados, discusión y otra información de un informe de revisión sistemática; es útil para documentar el proceso de manera simultánea a la validación del desarrollo de la investigación. Además de añadir (**Anexo 7**) una lista de verificación de resúmenes de PRISMA. Más adelante, (**Anexo 8**) para dar a conocer el grado de cumplimiento, a cada ítem de la lista de verificación se le asignó una de las siguientes respuestas: “sí” para cumplimiento total, “parcial” para cumplimiento parcial y “no” para incumplimiento; posterior a esto, considerando aquellos ítems con el cumplimiento total, se evaluó el riesgo de sesgo de la siguiente manera: bajo riesgo de sesgo si el 70% o más de las respuestas calificaron sí, riesgo moderado si entre el 50% y el 69% de las preguntas calificaron sí y alto riesgo de sesgo si las calificaciones afirmativas fueron inferiores al 50% (Ge et al., 2014).

Estas directrices son reconocidas internacionalmente y se consideran estándares de excelencia en la ejecución de revisiones sistemáticas. La correcta aplicación de estas pautas asegura la transparencia, reproducibilidad y objetividad de los resultados obtenidos. Por lo tanto, la realización de esta revisión sistemática se llevó a cabo de manera adecuada y confiable, garantizando la validez de los hallazgos presentados.

Fase 4.

Luego, para dar respuesta al objetivo general “Describir la evidencia científica de la Depresión en el Diagnóstico del Virus de la Inmunodeficiencia Humana: Revisión Sistemática”, se elaboró una tabla en la que se detalló los artículos seleccionados, incluyendo información de autores, año de publicación, título, tipo de estudio, participantes, objetivo, resultados y conclusiones. Esta fase proporcionó un resumen estructurado de la literatura existente sobre el mismo tema.

Respecto al primer objetivo específico “Conocer la prevalencia de la depresión en personas diagnosticadas con el virus de la inmunodeficiencia humana”, se llevó a cabo una segunda tabla, en la que se detalló los resultados encontrados en cada investigación.

Para cumplir con el segundo objetivo “Determinar las características sociodemográficas en personas con el virus de la inmunodeficiencia humana”, se desarrolló una tercera tabla, en la cual se resumió la información relacionada.

En el tercer objetivo específico, se diseñó una guía informativa que se desarrolló en base a los resultados obtenidos en la investigación.

En base a las tablas mencionadas anteriormente, se procedió a discutir los resultados y compararlos con otras investigaciones realizadas en la misma línea.

Fase 5.

Posteriormente, se elaboró las conclusiones y recomendaciones en base a los resultados obtenidos.

Fase 6.

Finalmente, luego de la certificación de la directora del trabajo de integración curricular, se procede a la sustentación ante el tribunal designando para obtener el título de Licenciado en Psicología Clínica.

6. Resultados

Objetivo General

Determinar la evidencia científica de la depresión en personas diagnosticadas con el virus de la inmunodeficiencia humana.

Tabla 1

Evidencia científica de la depresión en personas diagnosticadas con el virus de la inmunodeficiencia humana

Autor	País	Tipo de estudio	Sujetos	Depresión	Características sociodemográficas de las personas con VIH	
					Sexo	Estado civil
Adedeji et al., 2023	Nigeria	Estudio descriptivo transversal	172 personas	83,7% ausencia	74,4% mujeres	80,2% casados/ unión libre
Araújo et al., 2019	Brasil	Investigación transversal	108 personas	47,2% ausencia	68% mujeres	63% solteros
Arenas et al., 2017	Perú	Enfoque cuantitativo, método hipotético deductivo	34 personas	38% ausencia	82,35% hombres	50% solteros
Betancur et al., 2017	Brasil	Estudio transversal	47 personas	40,4 moderado	70,2% mujeres	47% solteros
Cano y Blanco, 2019	Nicaragua	Estudio descriptivo de corte transversal	225 personas	46% ausencia	58% hombres	---
Chen et al., 2022	China	Estudio transversal	3939 personas	93,27% ausencia	82% mujeres	47,49% casados/ unión libre
Dal-Bó et al., 2015	Brasil	Estudio transversal	203 personas	46,3% ausencia	53,7% hombres	50% solteros
Ekat et al., 2020	República del Congo	Estudio transversal	135 personas	54% Leve	50% hombres y	---

Elbadawi y Mirghani, 2017	Sudán	Un estudio analítico transversal	362 personas	36,9% ausencia	50% mujeres 62,5% hombres	36% Divorciados/separados/ viudos
Girma et al., 2021	Etiopía	Estudio transversal	331 personas	69,8% ausencia	61,2% hombres	---
Grados y Huarcaya, 2023	Perú	Estudio observacional y analítico	144 personas	83,3% ausencia	71,5% hombres	86,1% solteros
Higuera et al., 2022	España	Estudio transversal	36 personas	66,67% ausencia	55,6% mujeres	---
Kanakaraj et al., 2018	India	Estudio transversal	193 personas	79,8% ausencia	51,8% hombres	51,3% casados/ unión libre
Lewis et al., 2015	Estados Unidos	---	166 personas	65,7% ausencia	53% mujeres	---
Mohammed et al., 2015	Etiopía	Estudio transversal	740 personas	32,7% Depresión moderada	63,2% mujeres	46,1% casados/ unión libre
Moraes y Casseb, 2017	Brasil	---	216 personas	67,5% ausencia	100% hombres	65% solteros
Mwangala et al., 2022	Kenia	Estudio transversal	440 personas	76,2% ausencia	58,6% mujeres	52,9% Divorciados/separados/ viudos
Namagga et al., 2021	Uganda	Estudio transversal	393 personas	73% ausencia	73,3% mujeres	47,3% casados/unión libre
Ngum et al., 2017	Camerún	Estudio transversal	300 personas	73,3% ausencia	73,3% mujeres	55% casados/ unión libre
Nhamba et al., 2014	Cuba	Estudio descriptivo de corte transversal	100 personas	67% ausencia	81% mujeres	48% solteros
Njajula y Okafor, 2023	Sudáfrica	Estudio descriptivo transversal	150 personas	58,7% ausencia	65,3% mujeres	57,3% solteros
Rabeya et al., 2023	Bangladesh	Estudio transversal	338 personas	62,10% Grave	93,69% hombres	57,7% casados/unión libre
Rai y Verma, 2015	India	Estudio transversal	104 personas	32,70% ausencia	67,31% hombres	88,46% casados/ unión libre
Reis et al., 2011	Brasil	Un estudio con abordaje cuantitativo	288 personas	72,4% ausencia	53,51% hombres	45,6% solteros

		de				
		corte transversal				
Rodkjaer et al., 2016	Dinamarca	Estudio transversal	501 personas	67% ausencia	71% hombres	---
Ross et al., 2022	Región de Asia y pacífico (China, Malasia, Filipinas, Corea del Sur, Tailandia)	Estudio transversal	864 personas	53% ausencia	88% hombres	---
Beltrán et al., 2016	Colombia	Investigación analítica de tipo transversal descriptiva	252 personas	39% ausencia	57,5% hombres	45,83% casados/unión libre
Sule et al., 2019	Nigeria	Estudio descriptivo transversal	314 personas	69% ausencia	80% mujeres	49% casados/ unión libre
Tapullima, 2022	Perú	Estudio transversal y no experimental	230 personas	48% Moderada	57,66% mujeres	---
Varela y Galdames, 2014	Chile	Estudio descriptivo relacional, transeccional, con muestreo incidental	119 personas	59% ausencia	76,67% hombres	55,83% solteros
Wang et al., 2023	China	Estudio transversal	533 personas	47,7% Leve	90,8% hombres	66% solteros
Yunihastuti et al., 2021	Indonesia	Estudio transversal	346 personas	49,1% ausencia	70,5% hombres	---

Nota: La depresión se mide en ausencia, leve, moderada y grave. Las características sociodemográficas se miden en sexo y estado civil; en la presente tabla se evidencia el resultado más significativo por cada estudio. No refleja información (---).

La tabla 1 de la evidencia científica revela que la mayor prevalencia de depresión ausente se encuentra en 26 de los 32 artículos analizados. Entre los países con mayores tasas están China, con un 93,27%, Nigeria, con un 83,7%, y Perú, con un 83,3%; también se observan altas prevalencias en India, con un 79,8%, Kenia, con un 76,2%, y Camerún, con un 73,3%; a continuación, Uganda muestra un 73%, seguido por Brasil con un 72,4%, y Etiopía con un 69,8%; Nigeria, además, presenta un 69%, mientras que Brasil tiene una prevalencia adicional del 67,5%; Dinamarca y Cuba comparten un 67%, mientras que España muestra un 66,67%. Estados Unidos tiene un 65,7%, y Chile, un 59%; Sudáfrica presenta un 58,7%, y la región de Asia y Pacífico, un 53%; Indonesia muestra un 49,1%, mientras que Brasil tiene un 47,2% y otro valor del 46,3%; Nicaragua tiene un 46%, y en contraste, Colombia

muestra un 39%, Perú un 38%, y Sudan un 36,9%; finalmente, India presenta una prevalencia de 32,70%. En cuanto a la depresión leve, se observa en dos de los 32 artículos en República del Congo con un 54% y China con un 47,7%. Para la depresión moderada, los datos se presentan en tres artículos: Perú con un 48%, Brasil con un 40,4%, y Etiopía con un 32,7%. Por último, la depresión grave se encuentra en un artículo de 32, específicamente en Bangladesh, con una prevalencia del 62,10%.

En cuanto a las características sociodemográficas relacionadas con el sexo, los datos muestran que, en 17 de los 32 artículos analizados la prevalencia de hombres es predominante. En Brasil, la representación es absoluta, con un 100%, seguida por Bangladesh con un 93,69% y China con un 90,8%; la región de Asia y Pacífico sigue con un 88%, mientras que Perú alcanza un 82,35%; en Chile, la prevalencia es del 76,67%, y en Perú, se observa nuevamente un 71,5%; Dinamarca y Indonesia tienen prevalencias del 71% y 70,5%, respectivamente; India llega al 67,31%, y Sudán al 62,5%; Etiopía muestra un 61,2%, mientras que Nicaragua está en un 58%; Colombia tiene un 57,5%, y Brasil presenta dos porcentajes adicionales de 53,7% y 53,51%; finalmente, India completa la lista con un 51,8%. Por otro lado, en el caso de las mujeres, la prevalencia está representada en 14 de los 32 artículos. En China, el 82% de los casos son femeninos, seguidos por Cuba con un 81% y Nigeria con un 80%; Nigeria también muestra un 74,4%, y tanto Uganda como Camerún tienen un 73,3%. Brasil reporta un 70,2% y otro del 68%, mientras que Sudáfrica alcanza un 65,3% y Etiopía un 63,2%; Kenia muestra un 58,6%, y Perú un 57,66%; España tiene un 55,6%, y Estados Unidos un 53%. Por último, en un artículo de los 32, la República del Congo presenta una distribución igualitaria, con un 50% de prevalencia para hombres y un 50% para mujeres.

En el análisis del estado civil, solo 23 de los 32 artículos incluyeron esta variable, dividiéndola en tres categorías principales: 1. Casado/unión libre, 2. Divorciados/viudos, y 3. Solteros.

En la categoría de "Casado/unión libre", se observa que India lidera con un 88,46%, seguida por Nigeria con un 80,2%. Bangladesh presenta un 57,7%, mientras que Camerún muestra un 55%; India también aparece con un 51,3%, y Nigeria con un 49%; China se sitúa en un 47,49%, Uganda en un 47,3%, y Etiopía en un 46,1%; finalmente, Colombia reporta un 45,83%. Para la categoría de "Divorciados/viudos", Kenia tiene un 52,9%, y Sudán muestra un 36%. En cuanto a la última categoría de "Solteros", Perú encabeza con un 86,1%, seguido por China con un 66%; Brasil muestra prevalencias de 65% y 63% respectivamente; Sudáfrica tiene un 57,3%;

mientras que Chile presenta un 55,83%; nuevamente se hace presente Brasil con un 50%, al igual que en Perú con 50%; Cuba tiene un 48%; y una vez más, Brasil con 47% y 45,6%.

Objetivo Específico 1

Conocer la prevalencia de la depresión en personas diagnosticadas con el virus de la inmunodeficiencia humana.

Tabla 2

Depresión en personas diagnosticadas con el virus de la inmunodeficiencia humana

Autor	País	Depresión			
		Ausencia de depresión	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave
Adedeji et al., 2023	Nigeria	83,7%	9,9%	6,4%	0%
Araújo et al., 2019	Brasil	47,2%	31,5%	21,3%	0%
Arenas et al., 2017	Perú	38%	29%	18%	15%
Betancur et al., 2017	Brasil	19,1%	21,3%	40,4%	19,1%
Cano y Blanco, 2019	Nicaragua	46%	29%	15%	10%
Chen et al., 2022	China	93,2%	4%	2,4%	0,3%
Dal-Bó et al., 2015	Brasil	46,3%	17,7%	22,7%	13,3%
Ekat et al., 2020	República del Congo	19%	54%	27%	0%
Elbadawi y Mirghani, 2017	Sudán	36,9%	19,3%	32,4%	11,4%
Girma et al., 2021	Etiopía	69,8%	0%	27,4%	2,8%
Grados y Huarcaya, 2023	Perú	83,3%	14,6%	1,4%	0,7%
Higuera et al., 2022	España	66,67%	19,44%	8,33%	5,56%
Kanakaraj et al., 2018	India	79,8%	16,1%	4,1%	0%
Lewis et al., 2015	Estados Unidos	65,7%	20,5%	8,4%	5,4%
Mohammed et al., 2015	Etiopía	30,7%	27,3%	32,7%	9,3%
Moraes y Casseb, 2017	Brasil	67,5%	16,2%	7,9%	8,4%
Mwangala et al., 2022	Kenia	76,2%	19,1%	3,1%	1,6%
Namagga et al., 2021	Uganda	73%	22,4%	3,8%	0,8%
Ngum et al., 2017	Camerún	73,3%	23,3%	3,4%	0%
Nhamba et al.,	Cuba	67%	15%	9%	9%

2014 Njajula y Okafor, 2023	Sudáfrica	58,7%	7,3%	22,7%	11,3%
Rabeya et al., 2023	Bangladesh	1,80%	5,60%	30,5%	62,10%
Rai y Verma, 2015	India	32,70%	14,42%	25,96%	26,92%
Reis et al., 2011	Brasil	72,4%	5,7%	12,7%	9,2%
Rodkjaer et al., 2016	Dinamarca	67%	11%	12%	10%
Ross et al., 2022	Región de Asia y Pacífico (China, Malasia, Filipinas, Corea del Sur, Tailandia)	53%	29%	16%	2%
Beltrán et al., 2016	Colombia	39%	34%	3%	24%
Sule et al., 2019	Nigeria	69%	26%	5%	0%
Tapullima, 2022	Perú	0%	30%	48%	22%
Varela y Galdames, 2014	Chile	59%	13,1%	16,4%	11,5%
Wang et al., 2023	China	0%	47,7%	40,5%	11,8%
Yunihastuti et al., 2021	Indonesia	49,1%	30,4%	15,6%	4,9%
Total		1684,15%	663,87%	543,5%	308,38%
Media aritmética		52,63%	20,75%	16,98%	9,64%

En la tabla 2 se evidencia el porcentaje de los niveles de depresión en personas con diagnóstico del virus de la inmunodeficiencia humana, siendo la ausencia de la depresión la que ocupa un mayor porcentaje con una media aritmética de 53,90%, seguido de la depresión leve con 20,75%, luego por la depresión moderada con 16,98% y finalmente, la depresión grave con 9,64%.

Objetivo Específico 2

Determinar las características sociodemográficas en personas diagnosticadas con el virus de la inmunodeficiencia humana.

Tabla 3

Características sociodemográficas como sexo y estado civil en personas diagnosticadas con el virus de la inmunodeficiencia humana

Autor	País	Datos Sociodemográficos				
		Sexo		Estado Civil		
		Hombres	Mujeres	Casado/ Unión libre	Divorciado/ Separado/ Viudo	Soltero
Adedeji et al., 2023	Nigeria	25,6%	74,4%	80,2%	16,3%	3,5%
Araújo et al., 2019	Brasil	32%	68%	12%	25%	63%
Arenas et al., 2017	Perú	82,35%	17,65%	44,12%	5,88%	50%
Betancur et al., 2017	Brasil	29,8%	70,2%	40%	13%	47%
Cano y Blanco, 2019	Nicaragua	58%	42%	---	---	---
Chen et al., 2022	China	18%	82%	47,49%	17,02%	35,49%
Dal-Bó et al., 2015	Brasil	53,7%	46,3%	31,48%	18,52%	50%
Ekat et al., 2020	República del Congo	50%	50%	---	---	---
Elbadawi y Mirghani, 2017	Sudán	62,5%	37,5%	29%	36%	35%
Girma et al., 2021	Etiopía	61,2%	38,8%	---	---	---
Grados y Huarcaya, 2023	Perú	71,5%	28,5%	7%	6,9%	86,1%
Higuera et al., 2022	España	44,4%	55,6%	---	---	---
Kanakaraj et al., 2018	India	52,1	47,9%	51,3%	33,7%	15,1%
Lewis et al., 2015	Estados Unidos	47%	53%	---	---	---
Mohammed et al., 2015	Etiopía	36,8%	63,2%	46,1%	45%	8,9%
Moraes y Casseb, 2017	Brasil	100%	0%	27%	8%	65%
Mwangala et al., 2022	Kenia	41,4%	58,6%	44%	52,9%	3,1%
Namagga et al., 2021	Uganda	26,7%	73,3%	47,3%	40,2%	12,5%

Ngum et al., 2017	Camerún	26,7%	73,3%	55%	32,3%	12,7%
Nhamba et al., 2014	Cuba	19%	81%	46%	6%	48%
Njajula y Okafor, 2023	Sudáfrica	34,7%	65,3%	26%	16,7	57,3%
Rabeya et al., 2023	Bangladesh	93,69%	6,31%	57,7%	7,4%	34,9%
Rai y Verma, 2015	India	67,31%	32,69%	88,46	0%	11,54%
Reis et al., 2011	Brasil	53,51%	46,49%	37,3%	17,1%	45,6%
Rodkjaer et al., 2016	Dinamarca	71%	29%	---	---	---
Ross et al., 2022	Región de Asia y Pacífico (China, Malasia, Filipinas, Corea del Sur, Tailandia)	88%	12%	---	---	---
Beltrán et al., 2016	Colombia	57,5%	42,5%	45,83%	21,67%	32,50%
Sule et al., 2019	Nigeria	20%	80%	49%	43%	8%
Tapullima, 2022	Perú	42,34%	57,66%	---	---	---
Varela y Galdames, 2014	Chile	76,67%	23,33%	31,67%	12,5%	55,83%
Wang et al., 2023	China	90,8%	9,2%	34%	0%	66%
Yunihastuti et al., 2021	Indonesia	70,5%	29,5%	---	---	---
Total		1704,77%	1495,23%	977,95%	475,09%	846,96%
Media aritmética		53,27%	46,73%	42,52%	20,66%	36,82%

Nota: En estado civil hay tres categorías: primera categoría casado o unión libre; segunda categoría divorciado, separado o viudo y tercera categoría soltero. De los 32 estudios, 9 de ellos no reflejaron estado civil (---).

La tabla 3 muestra los datos sociodemográficos en las personas diagnosticadas con el virus de la inmunodeficiencia humana, destacando sexo y estado civil. Resultando que, en el sexo, la media aritmética en hombres es ligeramente mayor con 53,27% que en mujeres con 46,73%.

En cuanto al estado civil, solo 23 de 32 estudios lo incorporan en su investigación, resultando con una media aritmética predominante la categoría de: Casado/Unión libre con un promedio de 42,52%, seguido de Soltero con 36,82% y, por último, Divorciado/Separado/Viudo con 20,66%.

Objetivo Específico 3

Diseñar una guía psicoeducativa en base a los resultados obtenidos.

Título

Guía psicoeducativa focalizada en la prevención de la depresión en personas diagnosticadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

Introducción

Los nuevos tratamientos médicos han permitido generar un gran cambio en la vida de las personas con diagnóstico del virus de la inmunodeficiencia humana, permitiendo pasar de una enfermedad mortal a una condición crónica, aumentando la esperanza de vida (OMS, 2022). Sin embargo, tras el recibimiento del diagnóstico de una enfermedad crónica, suele estar acompañado de un periodo de crisis temporal, donde los individuos pueden presentar algunas reacciones como negación, ira, irritabilidad, miedo, preocupación, alteración en el sueño; siendo un proceso psicológico complejo hasta poder asimilar su propia condición médica (Muñoz et al., 2014; Oblitas, 2010; Teva, 2005).

Además, a esto se suma el estrés agudo que puede influir en el sistema inmunológico y aspectos sociales, psicológicos y físicos, mismos que tienen un gran impacto en la salud de manera general. A partir de allí, surgen reacciones como síntomas depresivos, ansiedad y desorientación, la cual está ligada a la percepción de la capacidad de control que se tiene sobre la salud misma, esperanza de vida, síntomas de la enfermedad, entre otros (Alpi et al., 2008; Flores, 1994; Remor et al., 2001).

Las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) tienden a experimentar con mayor frecuencia e intensidad síntomas depresivos, ansiosos y baja autoestima en comparación a otros pacientes (Muñoz et al., 2014; Teva, 2005). Es así que, la depresión es el principal problema comórbido de la infección por VIH (siendo 2 a 4 veces mayor) (Wolff et al., 2010).

Según diferentes investigaciones, las alteraciones de salud mental en las personas con VIH pueden ser un impedimento para iniciar lo antes posible el tratamiento, entre ellos el tratamiento antirretroviral (TAR) y cumplir con indicaciones médicas a través del tiempo, dando como

resultado una mala adhesión; debido a la mala organización, el olvido, incomprensión del plan terapéutico y falta de motivación (Organización Panamericana de la Salud, s.f.).

Los resultados de esta investigación muestran un predominio en la ausencia de depresión, seguido de depresión leve, en secuencia depresión moderada y, por último, depresión grave. Lo cual inspira al desarrollo de esta guía psicoeducativa con un enfoque preventivo en la depresión. En cuanto a las características sociodemográficas no se encuentran diferencias significativas en cuanto al sexo, por lo que esta guía será útil tanto para hombres como para mujeres.

Justificación

La creación de una guía psicoeducativa sobre la prevención de la depresión en personas con VIH es crucial para abordar la intersección compleja y apoyo en la salud mental de los afectados. La depresión es una condición que se da con mucha más frecuencia entre las personas que viven con VIH, influenciada por factores como el impacto emocional del diagnóstico, el estigma asociado con la enfermedad, los efectos secundarios de los tratamientos antirretrovirales; estos mismos pueden conllevar a un deterioro significativo en la calidad de vida y en la adherencia al tratamiento médico, lo que a su vez afecta negativamente la progresión de la enfermedad; es por ello la importancia de la identificación oportuna de primeras señales de alerta de la depresión para prevenir el apareamiento de problemas mentales más graves.

Es así que, se dota de herramientas psicológicas preventivas que trabajan en la comunicación asertiva, relajación, higiene del sueño, autoimagen, autoconcepto, autoestima y prevención de pensamiento negativos. Cabe aclarar que esta guía psicoeducativa no pretende reemplazar el apoyo psicológico de un profesional en salud mental.

Objetivo

Proveer información y recursos psicoeducativos a las personas diagnosticadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) para prevenir la depresión, promoviendo su bienestar emocional y calidad de vida.

Desarrollo:

La presente guía consta de dos secciones, la sección uno denominada: Psicoeducación, y sección dos nombrada como: Herramientas preventivas en la salud mental para la depresión.

Sección 1: Psicoeducación

Salud Mental en personas diagnosticadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) no solo debilita el sistema inmunológico, sino que también tiene un gran impacto en la salud mental de las personas con esta condición, afectando su calidad y estilo de vida. Irarrázaval et al. (2018) señala que quienes conviven con el virus suelen enfrentar importantes retos emocionales y psicológicos. Entre algunos de ellos se puede presentar la hipocondría, el miedo a ser menos atractivos, resignación, prepararse para la muerte (similar a la reacción de enfermedades terminales), somatización, obsesiones y compulsiones, cuestionarse nuevamente sobre su orientación sexual (personas de la población LGBTIQ+), disminución en la concentración, pérdida de memoria, fobias específicas, trastorno de la persona antisocial, disminución en el deseo sexual y abuso de sustancias (Ballester, 1999), ya que, el estigma social, el temor al rechazo y la ansiedad vinculada a la enfermedad, pueden intensificar los trastornos mentales preexistentes o dar lugar a nuevos problemas mentales (Irarrázaval et al., 2018).

También, Cardona e Higuera (2014) reafirman que el VIH es una infección crónica que impacta profundamente en la parte social, salud mental y calidad de vida de las personas con esta condición. Por consiguiente, es fundamental profundizar en el estudio de los diferentes trastornos que pueden generarse, con el objetivo de proponer estrategias correctivas y preventivas.

Frente a estos desafíos, Paredes et al. (2021) concluyen que el personal médico es esencial para que las personas con VIH puedan manejar el estrés y la depresión asociados a su diagnóstico. Una intervención temprana y un seguimiento continuo no solo mejoran la salud mental, sino que también fomentan una mayor adherencia al tratamiento, clave para garantizar una buena calidad de vida.

¿Qué es el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)?

El VIH ataca a las células del sistema inmunológico del organismo (células T CD4+ y macrófagos, siendo estos los principales de este sistema anteriormente mencionado) para poder replicarse, destruyéndolos en el proceso. Es así que, cuando no se lleva un tratamiento farmacológico antirretroviral adecuado, el virus deteriora el sistema inmune de manera paulatina, hasta que entra en riesgo ante otros agentes patógenos tras su debilitamiento (Avendaño et al., 2011).

¿Qué genera la falta de conocimiento sobre el VIH?

La falta de conocimiento en conjunto con el miedo, temor y creencias sobre el virus de la inmunodeficiencia humana pueden generar discriminación, rechazo a las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS); el estigma empeora aún más la situación, ya que existe el miedo a que haya discriminación, produciendo que no se acuda a los servicios de salud por tratamiento y no haya una buena adherencia, seguimiento y control, teniendo como consecuencia la expansión de la epidemia. Además de influir en las decisiones de la población en general hasta convertirse en un impedimento para una cultura preventiva como lo es el realizarse la prueba de VIH para un diagnóstico a tiempo (Tamayo et al., 2015).

¿Qué es la Depresión?

Todo el mundo alguna vez se ha sentido triste o desanimado, pero esta experiencia únicamente suele ser pasajera, durando muy poco tiempo (National Institute of Mental Health, 2014). Sin embargo, ocurre todo lo contrario en la “Depresión clínica”, afectando de manera muy significativa en la forma de sentir, pensar y comportarse. Dando como resultado una tristeza profunda y pérdida de placer en las cosas que alguna vez le agradaron; incluso, afectando de manera física, teniendo un gran impacto en la funcionalidad de la vida cotidiana, como el trabajo, alimentación, sueño, sexo, relaciones sociales, etc. (APA, 2017).

Depresión en el diagnóstico del VIH

El diagnóstico de VIH trae consigo un desequilibrio en la parte física, psicológica y social; lo que también afecta a la familia y amigos, y no solo a la persona seropositivo, además aparece el miedo a la muerte, rechazo social y familiar; lo que posteriormente puede desencadenar depresión si no es tratada a tiempo (Guzmán et al., 2012; Navarro y Morath, 2004).

¿Son diferentes los síntomas depresivos en las personas con VIH? ¿Cuáles son las señales de alerta o síntomas de la depresión?

Los síntomas de depresión en las personas con VIH por lo general se manifiestan de la misma manera (Colibazzi et al., 2006).

Lang y Borgwardt (2013) y Gerber et al. (1992) comentan los siguientes alertas o síntomas:

- Persistente estado de ánimo deprimido

- Ansiedad
- Llanto fácil
- Estar más irritables
- Aislarse socialmente
- Disminución de la libido sexual
- Fatiga, pérdida de energía
- Deja de llamarte la atención o ya no disfrutas de actividades que solías hacer
- Culpabilidad e inutilidad
- Baja autoestima
- Pérdida en confianza en uno mismo
- Aumento o pérdida de peso, apetito o sueño.
- Sentimientos de impotencia
- Deseos de quitarse la vida
- Problemas físicos como dolor de cabeza o espalda

¿Qué puedo hacer si presento estas señales de alerta?

Si presentas estos síntomas es importante que acudas con un profesional de Salud mental, que te guiará en el proceso. Asegúrate de ser honesto con todo lo que has venido experimentando en estas últimas semanas (Silver, 2022).

Además, en Ecuador el Ministerio de Salud Pública (MSP) (2021) cuenta con una línea habilitada gratuita para celular o teléfono convencional sin costo alguno, para acceder a citas médicas y asesoramiento en salud mental al **171**.

Recuerda que todos los servicios del Ministerio de Salud Pública del Ecuador son totalmente gratuitos.

Sección 2: Herramientas preventivas en salud mental para la depresión

Es importante recalcar que la búsqueda del apoyo de un profesional de salud mental es un paso clave para la prevención de diversas patologías mentales, entre ellas la depresión. En este apartado se presentará algunas estrategias prácticas que complementan el enfoque profesional en el cuidado de la salud mental, contribuyendo a su vez en la prevención de la depresión y mejora de la calidad de vida.

Técnica de la pregunta asertiva

Es una técnica que trabaja en la comunicación con otras personas, haciendo uso de la comunicación asertividad, mejorando así las relaciones con otras personas; es así que, da lugar a un cambio de perspectiva de la situación que ocurre, sin llegar a confrontar a la otra persona y ponerse desde su misma perspectiva, para lograr encontrar una solución juntos (Santander Universidades, 2021). Es decir, tiene como premisa que la crítica que estamos recibiendo por otra persona sea positiva, formulada con una pregunta que retroalimenta la comunicación asertiva en la búsqueda de alternativas de solución (Pareles, 2019).

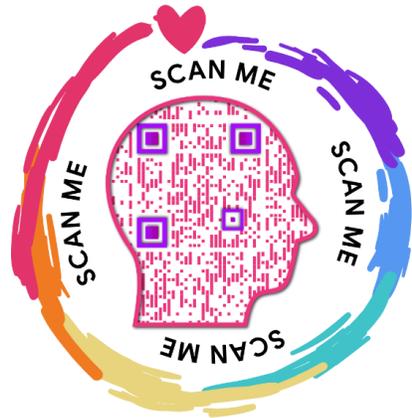
Ejemplo 1:

- Me he dado cuenta que tus compañeros de entrenamiento han bajado en el rendimiento.
- ¿Cómo crees que podríamos hacer para ellos suban el rendimiento en el entrenamiento?

Ejemplo 2:

- ¡Que no sabes nada, esa pieza de rompecabezas no va ahí!
- Gracias por decirlo. ¿Podrías mostrarme en donde debería ir?

Recurso complementario. En el siguiente QR o link se presentará una explicación más detallada de la técnica, acompañada de un video ilustrativo que te ayudará a visualizar mejor los conceptos y la aplicación práctica.



<https://www.youtube.com/watch?v=ukcpIfX-kN8>

Técnica de respiración diafragmática

La respiración diafragmática o profunda busca aprovechar la capacidad de los pulmones y trabajar en conjunto con el diafragma, logrando ser conscientes de nuestra propia respiración (Olán y Rivera, 2019). Esto permite llevar una mayor cantidad de oxígeno al cuerpo, que contribuyen en disminuir el estrés, sentirse más relajado y genera un completo bienestar general (Thurrott, 2023). Según Maragall (2021) se sigue los siguientes pasos:

- Se posiciona una mano en el estómago y la otra en el pecho, esto para comprobar si lo haremos de la forma correcta (si notamos que la mano en el estómago se eleva y la del pecho no se mueve, lo estamos haciendo bien).
- Se Inhala suavemente y hondo por la nariz (contando en nuestra mente hasta el número 3), llenando por completo de aire los pulmones.
- Se mantiene el aire durante 3 segundos.
- Se suelta el aire por la boca lentamente, (contando en nuestra mente hasta el número 3), hasta que el abdomen vuelva a su posición.
- Se repetirá el proceso alrededor de 2 a 3 veces.

Figura 1.

Pasos para ejecutar la técnica de la respiración diafragmática de manera adecuada.



Nota. Adaptado de *Sigue estos pasos y aprende sobre Respiración Diafragmática* [Fotografía], por Uniagustiana, s.f., <https://www.uniagustiniana.edu.co/noticias/sigue-estos-pasos-y-aprende-sobre-respiracion-diafragmatica>

Recurso complementario. En el siguiente código QR o link encontrarás una herramienta de Google diseñada para guiarte en tu proceso de respiración diafragmática o profunda.



<https://g.co/kgs/FhUNyyi>

Técnica de meditación guiada para conciliar el sueño

Es una técnica utilizada para disminuir la tensión o preocupación al momento de acostarnos a dormir, que nos inducirá a una relajación profunda hasta quedar completamente dormidos. Además, funciona de la misma forma que una meditación tradicional, desviando el flujo de pensamientos hacía sensaciones del cuerpo (Lunsford, 2023).

En base a Mirelle (2020), se recomienda antes de realizar la técnica:

- Encontrar una postura con la que sientas comodidad, de preferencia recostarse en la cama.
- Arrojarse con las sábanas o cobertores de tu cama.

A continuación, se abrirá cualquiera de los tres recursos escaneando el código QR o abriendo el enlace de su preferencia por medio de una computadora o teléfono celular, además, para mejorar la experiencia se sugiere el uso de auriculares y hacerlo unos minutos antes de irse a la cama, para poder lograr ejecutar la técnica de manera adecuada.



<https://www.youtube.com/watch?v=cnFVmbvztKQ>



<https://www.youtube.com/watch?v=CkAOFDuxB38>



<https://www.youtube.com/watch?v=Nglhq5Eebik>

Técnica del espejo

Es una técnica que trabaja en lo que crees de ti mismo (autoconcepto), lo que dices sobre la imagen que expones (autoimagen) y argumentos positivos o negativos que te describen en general, teniendo relación con los dos términos anteriores (autoestima), al hablarse de manera directa hacia uno mismo a través de un espejo, además permite observar y descubrir aspectos positivos y negativos, educando a la mente para poder dar paso a la aceptación de cada uno de ellos (Guerrero, 2020).

Nota. Para poder realizar esta técnica necesitaras un espejo (obligatorio), papel y lápiz (opcional).

En base a Araujo (2021) se sigue la siguiente serie de pasos:

- Elige un momento y lugar que sea cómodo y tranquilo, donde sientas que tienes privacidad.
- Obsérvate a través del espejo sin decirte nada y presta atención a ti mismo. Puedes realizar un ejercicio de meditación o relajación en caso que estes acostumbrad@.
- Respira de manera pausada y profunda mirándote en el espejo, además, puedes realizar entre 3 a 4 series de respiración diafragmática.
- Contesta las siguientes preguntas, ya sea de manera oral u escrita (recomendado): ¿Qué puedes observar en el espejo? ¿Qué tal es esa persona que ves? ¿Te es familiar? ¿Qué cosas positivas tiene? ¿Hay cosas malas? ¿Qué es lo que más destaca de esa persona que a ti te gusta? ¿Cambiarías algo de esa persona?
- No olvides responder todas las preguntas con sinceridad y permítete experimentar cada una de tus emociones en el ejercicio del espejo.

Recurso complementario. En el siguiente código QR o enlace encontrarás un video que detalla más sobre esta técnica, incluyendo una explicación completa y orientación sobre su correcta ejecución.



<https://www.youtube.com/watch?v=x72leuwbebg>

Técnica de parada de pensamiento

Es una técnica que trabaja a nivel de la cognición y la conducta, deteniendo el flujo de pensamientos negativos reemplazándolos por positivos, evitando así el malestar emocional (Instituto Europeo de Psicología Aplicada [IEPA], 2017).

Según Salvatori (2019), la práctica constante de esta técnica conlleva al dominio de la misma, a continuación, seguiremos los siguientes pasos:

- Para partir, identificaremos los pensamientos negativos y los anotaremos en una libreta o nuestro celular
- A partir de ellos, crearemos pensamientos positivos que los sustituyan o se contrapongan. Ejemplo: “Hice la exposición fatal, soy un mal estudiante” por “Al parecer no me fue tan bien en la exposición, sin embargo, es una nueva oportunidad para aprender de ello”.
- Ahora seremos creativos y escogeremos un estímulo de parada, tanto físico (rascarse la palma de la mano, acariciarse la mejilla, una palmada, entre otras más) y uno verbal (decirnos en voz alta “¡Stop!”, “¡Basta!” o “¡Suficiente!” u

otras, además puedes acompañarlo con tu nombre como “¡Mateo, Basta!”), recuerda que debe ser breve, debe tener cierta intensidad y poder usarlo voluntariamente.

- Una vez que ya hemos definido con lo que trabajaremos, debemos procurar usarlo siempre que aparezcan pensamientos intrusivos o negativos, cambiándolos por los pensamientos positivos, acompañado del estímulo físico y estímulo verbal.
- Por último, cambiaremos nuestra atención por una actividad u otro de pensamiento.

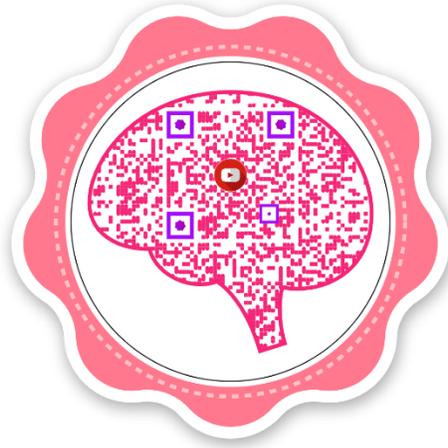
Figura 2.

Esquema simplificado de la técnica parada del pensamiento



Nota. Adaptado de *La Técnica de la Parada de Pensamiento* [Fotografía], por Salvatori, 2019, <https://www.psicologiaparatodos.net/tecnica-de-la-parada-de-pensamiento/>

Recurso complementario. En el siguiente código QR o enlace encontrarás un video que detalla más sobre esta técnica, incluye una explicación completa y orientación sobre su adecuada ejecución.



<https://www.youtube.com/watch?v=mhorUfSPXBQ>

7. Discusión

En el objetivo de conocer la prevalencia de la depresión en personas con diagnóstico del virus de la inmunodeficiencia humana, se obtuvo una media aritmética que muestra un mayor porcentaje de ausencia de depresión con un 52,63%, seguido de depresión leve con un 20,75%, luego depresión moderada con un 16,98% y finalmente, la depresión grave con un 9,64%. En el estudio de Nhamba et al. (2014), se evidencian datos similares, con un 67% de ausencia de depresión, un 15% de depresión leve, 9% depresión moderada y grave en ambos. No obstante, en Tapullima (2022), se mostró un 0% de ausencia de depresión, un 47,8% de depresión moderada, 30,4% de depresión leve y, por último, 10,9% en depresión severa. Sin embargo, el estudio de Rabeya et al. (2023) arroja datos totalmente diferentes, donde se encontró una alta prevalencia de depresión grave, afectando al 62,10%, seguido de 30,5% en depresión moderada, 5,60% depresión leve y ausencia de depresión en 1,80%.

En el objetivo específico determinar las características sociodemográficas en personas con depresión diagnosticadas con el virus de la inmunodeficiencia humana. En cuanto al Sexo el porcentaje de los hombres es mayor, con un 53,27% que en mujeres con un 46,73%. En el estudio de Cardona (2016), podemos evidenciar una similitud en cuanto a los resultados de sexo, mostrando que en su estudio los hombres predominan con un porcentaje de 64,5% que en mujeres con 35,5%. Lo mismo ocurre en la investigación de Fasce (2002), donde los resultados dictaminan 75% hombres y 25% mujeres. Sin embargo, ocurre lo contrario en el estudio de Ngum et al. (2017) mostrando datos diferentes en el sexo, destacando con 73,3% mujeres en comparación con el 26,7% hombres.

En el estado civil la media aritmética predominante resultó ser Casado/Unión libre con un promedio de 42,52%; seguido de Soltero con 36,82% y, por último, Divorciado/Separado/Viudo con 20,66%. En comparación con el estudio de Rai y Verma (2015), el porcentaje de participantes Casado/Unión libre alcanza un 88,46%, un número considerablemente alto; en este caso, no se reporta un porcentaje en la categoría de Divorciado/Separado/Viudo, y el porcentaje de Solteros es solo del 11,54%. Esta discrepancia podría indicar una muestra más homogénea en términos de estado civil o una población que está mayormente casada o en unión libre. En contraste, el estudio de Varela y Galdames (2014) presenta un perfil diferente: un 31,67% en Casado/Unión libre, un 12,5% en Divorciado/Separado/Viudo, y un 55,83% en Soltero. Finalmente, el estudio de Wang et al. (2023) muestra un 34% en Casado/Unión libre, 0% en Viudos, y un 66% en Solteros. Esta

investigación destaca por el alto porcentaje de Solteros y la ausencia de Viudos, lo cual es una diferencia notable respecto a otros estudios.

8. Conclusiones

En esta investigación se determinó la evidencia científica de la depresión en personas diagnosticadas con el virus de la inmunodeficiencia humana. La depresión se clasificó en cuatro categorías: ausente, leve, moderada y grave. Los resultados indicaron que la ausencia de depresión predominó en China, Nigeria, Perú e India; la depresión leve en República del Congo y China, mientras que la depresión moderada se observó en Perú, Brasil y Etiopía; por último, la depresión grave registrada en un único país que fue Bangladesh. En cuanto a las características sociodemográficas la evidencia científica mostró que, en cuanto al sexo en hombres se reportó en Brasil, Bangladesh, China, Región de Asia y Pacífico, Perú; mientras que, en el caso de las mujeres fue en China, Cuba, Nigeria, Nigeria, Uganda. En el estado civil se agrupó en tres categorías, siendo Casado/Unión libre, Divorciados/Viudos y Solteros. En el caso de la categoría Casado/Unión libre predominó en India, Nigeria, Bangladesh, Camerún y India. En Divorciados/Viudos fue en Kenia, Sudán; finalmente, en Solteros predominó en Perú, China, Brasil, Brasil y Brasil.

La prevalencia de la depresión en personas diagnosticadas con el virus de la inmunodeficiencia humana se destacó en el porcentaje de la ausencia de la depresión siendo la más predominante, seguido de la depresión leve, moderada y finalmente grave.

Se determinó las características sociodemográficas, se destaca sexo y estado civil en personas diagnosticadas con el virus de la inmunodeficiencia humana, predominando hombres en cuanto al sexo y personas casadas/unión libre de acuerdo al estado civil.

Se diseñó una guía psicoeducativa a partir de los resultados obtenido, denominada “Guía psicoeducativa focalizada en la prevención de la depresión en personas diagnosticadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)”; el objetivo de esta guía es proveer información y recursos psicoeducativos a las personas con VIH para prevenir la depresión, promoviendo su bienestar emocional y calidad de vida. La presente contiene dos secciones, la sección uno denominada: Psicoeducación, donde se aborda la teoría de la salud mental, virus de la inmunodeficiencia humana, efecto de la falta de conocimiento sobre el virus, depresión, depresión en el diagnóstico, señales de alerta de la depresión y que debo hacer; en la sección dos con un enfoque preventivo se catalogada: Herramientas, donde se abarca técnicas para comunión asertiva, relajación, higiene del sueño, autoimagen, autoconcepto, autoestima y prevención de pensamiento negativo.

9. Recomendaciones

Incorporar la evaluación del estadio y el tipo de contagio de la enfermedad en futuras investigaciones, permitiendo comprender como la progresión y formas de transmisión que puede influir en la prevalencia de la depresión en personas diagnosticadas con el virus de la inmunodeficiencia humana.

Estandarizar el uso de un mismo reactivo psicológico a nivel mundial en las investigaciones que buscan determinar la prevalencia de la depresión en personas diagnosticadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), asegurando la consistencia y comparabilidad de los resultados, minimizando la posibilidad de alteraciones significativas en los datos.

Realizar una búsqueda exhaustiva de la literatura sobre sexualidad humana previa a iniciar la investigación, garantizando de manera precisa y adecuada los términos relacionados con sexo y género en factores sociodemográficos, evitando confusiones y asegurando que los datos sean claros y correctos.

Promover la difusión de la presente guía psicoeducativa focalizada en la prevención de la depresión en personas con VIH, para garantizar que llegue eficazmente a quienes más la necesitan. La adopción de esta guía es fundamental para mejorar la calidad de vida y el bienestar general de las personas con VIH, proporcionando herramientas y recursos valiosos que ayudarán en la prevención de la depresión y en el apoyo a su salud mental.

10. Bibliografía

- Adedeji, W. A., Ma, Q., Raji, A. M., Cha, R., Rasaki, O. M., Hutson, A., Taiwo, B. O., Charurat, M. E., Yusuf, O. B., Fehintola, F. A., Gureje, O., y Morse, G. D. (2023). Prevalence of depression among people living with HIV in rural hospitals in South-Western Nigeria- Association with clinico-demographic factors. *AIDS Research and Therapy*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12981-023-00586-0>
- Alvarez, R. (2017). Interpretación de las pruebas usadas para diagnosticar la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. *Acta Medica Peruana*. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v34n4/a09v34n4.pdf>
- Alphi, S. V., Fernández, H., Quiceno, J. M., Posada, M. L., y Otalvaro, C. (2008). Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Apoyo Social Funcional en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida. *Terapia Psicológica*, 26(1). <https://doi.org/10.4067/s0718-48082008000100011>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5ª Edición. Filadelfia: American Psychiatric Pub.
- Andino, C. (2017). Bioética, y vih/sida una perspectiva desde la hermenéutica de la existencia. *Revista Colombiana De Bioética*, 12(2), 66–89. <https://doi.org/10.18270/rcb.v12i2.2032>.
- Andrés, D. (2012). VIH-SIDA y duelo homosexual. (Trabajo de grado de Pregrado Psicología). Universidad de la Sabana. Recuperado de <http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/1831/131351.pdf?sequence=1>
- Anosike, C., Anene-Okeke, C. G., y Akunne, M. O. (2021). Assessment of Health-Related Quality of Life Among Patients Infected With HIV Receiving Care in a Nigerian Tertiary Hospital. *Value in health regional issues*, 25, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2020.09.002>
- Antman, E. M., Lau, J., Kupelnick, B., Mosteller, F., y Chalmers, T. C. (1992). A comparison of results of meta-analyses of randomized control trials and recommendations of clinical experts: treatments for myocardial infarction. *Jama*, 268(2), 240-248.
- AntonioIribarren, J., Labarga, P., Rubio, R., Berenguer, J., Miró, J., Antela, A., ... & Segura, F. (2004). Recomendaciones de GESIDA/Plan nacional sobre el SIDA respecto al tratamiento

- antirretroviral en pacientes adultos infectados por el VIH (Octubre 2004). *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*, 22(10), 564-642.
- Araújo Patrício, A. C. F., Silva, I. B. D. N., Ferreira, M. a. M., Rodrigues, B. F. L., Da Silva, R. F., Nascimento, J. a. D., y Da Silva, R. a. R. (2019). Depression, self-concept, future expectations and hope of people with HIV. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 72(5), 1288–1294. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0730>
- Arenas, R. D., Pérez, M. Á. P., Vera, N. T. J., López, G. M. O., y Romero, J. a. J. (2017). Resentimiento y depresión en pacientes con VIH-SIDA. *Avances En Psicología*, 25(1), 59–71. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2017.v25n1.135>
- Arias, E., & Merchán, Q. (2022). Universidad del azuay facultad de medicina. In Hasdbjaskjsad: Vol. m asd. Universidad Del Azuay
- Ayala Portillo, H. S., y Escobar Espinoza, K. X. (2015). Descripción del VIH-SIDA y su incidencia en el estado de ánimo, problemas de ansiedad, depresión y deterioro de relaciones sociolabores en personas diagnosticadas. Antigua Cuscatlán: DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO.
- Ayuso, M. (2015). Trastornos Neuropsiquiátricos en el SIDA. Madrid: McGraw Hill Interamericana.
- Baca, J, et al. (2018). Conocimientos, percepciones y prácticas relacionadas a VIH/SIDA en adolescentes de un distrito de Lambayeque Perú, 2015. *Acta Médica Peruana*. 1-8.
- Ballester, R. (1999). *SIDA: Prevención y Tratamiento Psicológico en la Infección por VIH y SIDA*. UNED-FUE.
- Barinaga, M. (2003). Budismo y neurociencia. Estudiar la mente bien entrenada. *Science* (Nueva York, N.Y.), 302(5642), 44–46. <https://doi.org/10.1126/science.302.5642.44>
- Beltrán De La Rosa, E. B., Silvera Tapia, O. S., Armella, K. Y., Jiménez, N. R., Daza, A. M., & Garrido, A. (2016). *Depresión y variables asociadas al diagnóstico de VIH-SIDA en la población de la IPS Vital Salud*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6918901>
- Betancur, M. N., Lins, L., De Oliveira, I. R., y Brites, C. (2017). Quality of life, anxiety and depression in patients with HIV/AIDS who present poor adherence to antiretroviral therapy: a cross-sectional study in Salvador, Brazil. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 21(5), 507–514. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2017.04.004>

- Bula, R., et al (2019). Diagnóstico del nivel de conocimiento sobre el VIH/sida en jóvenes universitarios. *Revista Colón Ciencias, Tecnología y Negocios*. V. 6. N. 2. Pp. 1-12. https://revistas.up.ac.pa/index.php/revista_colon_ctn 58.
- Caballero, J. (2004). Religión y ciencia: el budismo en el cerebro. *Naturaleza*, 432(7018), 670. <https://doi.org/10.1038/432670a>
- Cajas, R. (2015). Actitud hacia los cambios producidos por la enfermedad en los pacientes del Programa de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en un hospital nacional 2015. Lima; s.n; 2015. 66 P. Tab, Graf. | LIPECS. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1114073>
- Campos, R., et al (2018). Conocimientos, actitudes y prácticas frente al VIH – SIDA en estudiantes de una Universidad Nacional de Ica, 2017. *Rev méd panacea*. Pp. 1-13. <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/3657>.
- Cardona, J., y Higuera, L. (2014). Impacto del VIH/SIDA sobre la calidad de vida: metaanálisis 2002-2012. *Revista Española de Salud Pública*, 88, 87-101. <https://www.scielosp.org/pdf/resp/2014.v88n1/87-101/es>
- Centros para el control y la prevención de enfermedades. Profilaxis preexposición. (2020). <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/prep.html>.
- Chávez E. y Castillo R. (2017). Revisión bibliográfica sobre VIH/sida. *MULTIMED*, 17(4). <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/340/484>.
- Chen, S., Hong, H., y Xu, G. (2022). Prevalence and related factors of depressive symptoms among HIV/AIDS in Ningbo, China: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1004318>
- Copara Chancusi, O. B., Ávila Vinueza, J. P., & Mendoza Rivas, R. J. (2023). Depresión y adherencia antirretroviral en adultos con VIH: revisión sistemática. *AlfaPublicaciones*, 5(1.1), 37–54. <https://doi.org/10.33262/ap.v5i1.1.318>
- Coryell, W. (2022). *Trastornos depresivos*. Manual MSD Versión Para Profesionales. https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornospsiqui%C3%A1tricos/trastorno-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos#Tratamiento_v1028105_es
- Dal-Bó, M. J., Manoel, A. L., Filho, A. O. B., Da Silva, B. Q. T., Cardoso, Y. S., Cortez, J., Tramuja, L., y Da Silva, R. M. (2013). Depressive Symptoms and Associated Factors among People Living with HIV/AIDS. *Journal of the International Association of*

- Providers of AIDS Care (JIAPAC)*, 14(2), 136–140.
<https://doi.org/10.1177/2325957413494829>
- David, D. J., y Gourion, D. (2016). Antidepressant and tolerance: determinants and management of major side effects. *L'encephale*, 42(6), 553-561.
- Davidson, R. J., y McEwen, B. S. (2012). Social influences on neuroplasticity: stress and interventions to promote well-being. *Nature neuroscience*, 15(5), 689–695.
<https://doi.org/10.1038/nn.3093>
- Diaz, M., Amato, R., Chávez, J. G., Ramirez, M., Rangel, S., Rivera, L., y López, J. (2013). Depresión y ansiedad en embarazadas. *Salus*, 17(2), 32-40.
https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382013000200006
- Dridge, D. (1994). Developing Coherent Community Support Networks. *Family Matters*, 17: 56-59.
- Ekat, M. H., Yotebieng, M., Leroy, V., Mpody, C., Diafouka, M., Loubaki, G., Nsondé, D. M., Ibara, B. R. O., Bernard, C., Sabin, C., y Becquet, R. (2020). Association between depressive symptoms and adherence among adolescents living with HIV in the Republic of Congo. *Medicine*, 99(35), e21606. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000021606>
- Elbadawi, A., y Mirghani, H. (2017). Depression among HIV/AIDS Sudanese patients: a cross-sectional analytic study. *Pan African Medical Journal*, 26.
<https://doi.org/10.11604/pamj.2017.26.43.10919>
- Evans-Lacko, S., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hu, C., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lund, C., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Navarro-Mateu, F., ... Thornicroft, G. (2018). Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychological medicine*, 48(9), 1560–1571.
<https://doi.org/10.1017/S0033291717003336>
- Fasce Cayo, N. (2002). Depresión en personas que viven con VIH. *Revista De Psicología*, 20(1), 73-91. <https://doi.org/10.18800/psico.200201.004>
- Fernandez, S. V. (1995). Fundamentos y límite de la psicoterapia. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 24(2), 97-102.

- Flores, T. (1994). IMPACTO EMOCIONAL Y CAMBIOS INMUNOLÓGICOS EN LA NOTIFICACIÓN DIAGNÓSTICA DE SEROPOSITIVIDAD. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 10(2), 135–144. Recuperado a partir de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/29571>
- Freeman W, McCutchan A y Kozak I. (2018). HIV- Associated infections. Elsevier, 84(1), 1624-1656. <https://bit.ly/3CUN9aB>.
- Galarza, C. A. R. (2021). Diseños de investigación experimental. *CienciAmérica: Revista de divulgación científica de la Universidad Tecnológica Indoamérica*, 10(1), 1-7
- Garber, J., y Weersing, V. R. (2010). Comorbidity of anxiety and depression in youth: Implications for treatment and prevention. *Clinical Psychology*, 17(4), 293–306. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01221.x>
- Gilbert, P. B., McKeague, I. W., Eisen, G., Mullins, C., Guéye-NDiaye, A., Mboup, S., y Kanki, P. J. (2003). Comparison of HIV-1 and HIV-2 infectivity from a prospective cohort study in Senegal. *Statistics in medicine*, 22(4), 573-593.
- Girma, D., Assegid, S., y Gezahegn, Y. (2021). Depression and associated factors among HIV-positive youths attending antiretroviral therapy clinics in Jimma town, southwest Ethiopia. *PLoS ONE*, 16(1), e0244879. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244879>
- Gizazpedia. (2023). Síntesis bibliográfica. <https://gizazpedia.org/sintesis-bibliografica/>
- Gomez, M. (2023). La Técnica del Espejo, descubre los tesoros que hay en ti. *PsicoActiva.com: Psicología, test y ocio Inteligente*. <https://www.psicoactiva.com/blog/la-tecnica-del-espejo/>
- González Ramos, S. D. T. (2009). *Discriminación laboral a la mujer infectada con VIH SIDA* (Doctoral dissertation, Universidad de El Salvador).
- Grados-Castro, D., y Huarcaya-Victoria, J. (2023). Relación entre ansiedad, depresión y linfocitos T CD4+ en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en un hospital general de Lima*. *Revista De Neuro-Psiquiatría*, 86(3), 171–180. <https://doi.org/10.20453/rnp.v86i3-1.4972>
- Guevara-Sotelo y H-HP. (2018). Vivir con VIH: experiencias de estigma sentido en personas con VIH (Living with HIV: Stigmatizing experiences in people with HIV). *Psicogente.*; 21(39):127-39.

- Hernández E, Palomera A, De Santos F. Intervención psicológica en las enfermedades cardiovasculares. Guadalajara, México: Ed. Universidad; 2003.
- Hernández Sampieri, R., y Fernandez-Collado, C. F. (2014). Metodología de la investigación (P. Baptista Lucio, Ed.; Sexta edición). McGraw-Hill Education
- Higuera, C. V., García, M. M., Domínguez-Rodríguez, S., Sáez, B. R., Cuéllar-Flores, I., García-Navarro, C., Martín, S. G., Amador, J. T. R., Gómez, M. L. N., y González-Tomé, M. I. (2022). Prevalencia y factores de riesgo de síntomas psicológicos en una muestra española de jóvenes con VIH en comparación con pares no infectados. *Anales De Pediatría*, 96(3), 203–212. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.05.028>
- INEC. (2019). Camas y Egresos Hospitalarios 2019. Camas y Egresos Hospitalarios 2019.
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2019). *GBD results*. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
- Instituto Europeo de Psicología Aplicada (IEPA). (2017). STOP, BASTA, PARA: La técnica de parada de pensamiento - IEPA. *Psicología Infanto-Juvenil*. <https://iepa.es/parada-pensamiento/>
- Instituto Nacional del Cáncer. (s.f.). *Definición de respiración diafragmática - Diccionario de cáncer del NCI*. Cancer.gov. Retrieved September 1, 2024, from <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/respiracion-diafragmatica>
- Irrázaval, E., Prieto, A., y Trillo, M. (2018). *Abordaje de las necesidades de salud mental de los niños afectados y sus familias*. IACAPAP. https://iacapap.org/_Resources/Persistent/a1025f3c8f22d566725b463382020a91c990c784/I.3-VIH-SIDA-Spanish-2018.pdf
- Jankowski, S. (1996). Social support networks of confidants to people with AIDS. *Social Work*, 41, 206-213
- Jarne, A., y Talarn, A. (2010). Manual de psicopatología clínica. Barcelona, España: Herder
- Kadushin, G. (1999). Barriers to social support and support received from their families of origin among gay men with HIV. *Health & Social Work*, 24, 198-209.
- Kanakaraj, R., Umamaheswari, R., y Subramaniam, S. (2024). Depression and its role in adherence to anti-retroviral treatment in people living with HIV and AIDS in Chennai.

- Journal of Family Medicine and Primary Care*, 13(4), 1507–1510.
https://doi.org/10.4103/jfmipc.jfmipc_1533_23
- Katz, R., Shaw, B. F., Vallis, T. M. y Kaiser, A. S. (1995). The assessment of severity and symptom patterns in depression. En E. E. Beckham & W. R. Leber, eds., *Handbook of depression* (pp. 61-85). Nueva York: Guilford
- Knight, J. (2004). Religion and science: Buddhism on the brain. *Nature*, 432(7018), 670.
<https://doi.org/10.1038/432670a>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., y Williams, J. B. (2001). EL PHQ-9 Validez de una medida breve de gravedad de la depresión. *Revista de Medicina Interna General*, 16(9), 606-613. Doi.
<https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Lagoa, M. R. (2021). Si eres un enfermo crónico, ojo con la depresión. *CuídatePlus*.
<https://cuidateplus.marca.com/bienestar/2020/10/26/enfermo-cronico-ojo-depresion-175350.html>
- Lamotte Castillo, José Antonio. (2014). Infección por VIH/sida en el mundo actual. *MEDISAN*, 18(7), 993-1013.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192014000700015&lng=es&tlng=es.
- Lamotte Castillo, José Antonio. (2014). Infección por VIH/sida en el mundo actual. *MEDISAN*, 18(7), 993-1013. Recuperado en 03 de abril de 2024, de
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192014000700015&lng=es&tlng=es.
- Lewis, J. V., Abramowitz, S., Koenig, L. J., Chandwani, S., y Orban, L. (2015). Negative life events and depression in adolescents with HIV: a stress and coping analysis. *AIDS Care*, 27(10), 1265–1274. <https://doi.org/10.1080/09540121.2015.1050984>
- Mendes Sambalundo, A. (2015). *Programa psicoeducativo “PROTEC” para la atención de jóvenes con traumatismos craneoencefálicos ingresados en el Hospital General de Huambo, Angola* (Doctoral dissertation, Tesis Doctorado Psicología Internet]. Villa Clara: Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas).
- Ministerio de Salud Pública. (2019). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos,

- Guía de Práctica Clínica. Quito: Dirección Nacional de Normatización.
<http://salud.gob.ec>
- Ministerio de Salud Pública. (2019). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos.
https://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/2019/06/gpc_VIH_acuerdo_ministerial05-072019.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2019). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos, Guía de Práctica Clínica. Quito: Dirección Nacional de Normatización.
<http://salud.gob.ec>
- Ministerio de Salud Pública. (2021). *Comunicado: Habilitada línea gratuita 171 para agendamiento de citas médicas y otros servicios – Ministerio de Salud Pública.*
<https://www.salud.gob.ec/comunicado-habilitada-linea-gratuita-171-para-agendamiento-de-citas-medicas-y-otros-servicios/>
- Miranda O y Nápoles M. (2009). Historia y teorías de la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 38(3-4)
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572009000300007&lng=es&tlng=es.
- Mohammed, M., Mengistie, B., Dessie, Y., & Godana, W. (2015). Prevalence of depression and associated factors among HIV patients seeking treatments in ART clinics at Harar Town, Eastern Ethiopia. *J AIDS Clin Res*, 6(474), 2.
- Montiel Castillo, V. E., y Guerra Morales, V. M. (2016). La psicoeducación como alternativa para la atención psicológica a las sobrevivientes de cáncer de mama. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(2), 332-336.
- Moraes, R. P., y Casseb, J. (2017). Depression and adherence to antiretroviral treatment in HIV-positive men in São Paulo, the largest city in South America: Social and psychological implications. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*, 72(12), 743–749.
[https://doi.org/10.6061/clinics/2017\(12\)05](https://doi.org/10.6061/clinics/2017(12)05)
- Morales, O. (2003). Fundamentos de la investigación documental y la monografía. Manual para la elaboración y presentación de la monografía. Mérida, Venezuela: Universidad de Los Andes, 1-14

- Moreno, J. a. M., De Apocada, M. J. F. R., Fumaz, C. R., Ferrer, M. J., Alonso, F. M., Jaén, A., Sala, B. C., & Juanola, D. D. (2014). *Quejas cognitivas en personas con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en España: prevalencia y variables relacionadas*. Dialnet, 142(10):438–44. doi:10.1097/QAD.00000000000003420
- MSP. (2015). Depresión: Hablemos. Ministerio de Salud Pública. <https://www.salud.gob.ec/este-7-de-abril-se-celebra-el-dia-mundial-de-la-saludcon-el-tema-depresion-hablemos/>
- MSP. (2018). Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la respuesta al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida e infecciones de transmisión sexual (ITS). Quito: Aquattro / info@aquattro.com.ec. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/05/PENM-VIH-2018-2022_MSP.pdf
- Muñoz Martínez R. (2018). Estigma estructural, adherencia al tratamiento antirretroviral y cultura organizacional de cuidados en la atención hospitalaria en VIH y Sida en Guayaquil, Ecuador. Vol. 15, Andamios. p. 311-41. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-00632018000100311&lang=es%0Ahttp://www.scielo.org.mx/pdf/anda/v15n36/1870-0063-anda-15-36-311.pdf
- Muñoz-Moreno, J. A., de Apodaca, M. J. F. R., Fumaz, C. R., Ferrer, M. J., Molero, F., Jaen, A., ... y Dalmau, D. (2014). Quejas cognitivas en personas con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en España: prevalencia y variables relacionadas. *Medicina Clínica*, 142(10), 438-444.
- Murillo, J. M. A., Vera, D. R. Z., Vera, C. I. A., y Zambrano, V. P. P. (2019). Perfil Epidemiológico del VIH en Latinoamérica. *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, 3(1), 232-258.
- Murray, C.J.L. y Lopez, A.D. (1996). The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mwangala, P. N., Nasambu, C., Wagner, R. G., Newton, C. R., y Abubakar, A. (2022). Prevalence and factors associated with mild depressive and anxiety symptoms in older adults living with HIV from the Kenyan coast. *Journal of the International AIDS Society*, 25(S4). <https://doi.org/10.1002/jia2.25977>

- Nahum, M. (2019). *Meditación guiada: qué es, tipos y funciones*. Portal Psicología y Mente. <https://psicologiaymente.com/meditacion/meditacion-guiada>
- Namagga, J. K., Rukundo, G. Z., Niyonzima, V., y Voss, J. (2021). Depression and HIV associated neurocognitive disorders among HIV infected adults in rural southwestern Uganda: a cross-sectional quantitative study. *BMC Psychiatry*, *21*(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03316-w>
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2021). *Las enfermedades crónicas y la salud mental: Cómo reconocer y tratar la depresión*. Retrieved April 19, 2024, from <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-enfermedades-cronicas-y-la-salud-mental-como-reconocer-y-tratar-la-depresion>
- Navarrete, N. L. L. M. C., y Rodríguez, N. L. Z. M. B. (2019). Síntomas depresivos y resiliencia en personas con VIH que asisten a la clínica de infectología del HEODRA - León, agosto 2018-marzo 2019. *Universitas (León) Revista Científica De La UNAN León*, *10*(2), 33–43. <https://doi.org/10.5377/universitas.v10i2.14170>
- Neill, D. A., y Cortez Suárez, L. (2018). *Procesos y Fundamentos de la Investigación Científica*. UTMACH.
- Nesheim, S., Kapogiannis, B., Soe, M., Sullivan, K. M., Abrams, E. J., Farley, J., Palumbo, P., Koenig, L. J., y Bulterys, M. (2007). Trends in opportunistic Infections in the Pre–and Post–Highly Active Antiretroviral Therapy ERAS among HIV-Infected Children in the Perinatal AIDS Collaborative Transmission Study, 1986–2004. *Pediatrics*, *120*(1), 100–109. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-2052>
- Nezu, A. M., Ronan, G. F., Meadows, E. A. y McClure, K. S. (2000). *Practitioner’s guide to empirically based measures of depression*. Nueva York: Kluber Academic/Plenum
- Ngum, P. A., Fon, P. N., Ngu, R. C., Verla, V. S., y Luma, H. N. (2017). Depression among HIV/AIDS patients on highly active antiretroviral therapy in the Southwest Regional Hospitals of Cameroon: a Cross-Sectional study. *Neurology and Therapy*, *6*(1), 103–114. <https://doi.org/10.1007/s40120-017-0065-9>
- Nhamba, L. A., Edelsys, H. M., y Demetrio, B. V. H. (n.d.). *Depresión en personas con VIH en dos municipios de Angola*. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662014000400004

- Njajula, M., y Okafor, U. B. (2023). Depressive Symptoms and Associated Factors Among People Living with HIV/AIDS and Undergoing Antiretroviral Therapy: A Cross-Sectional Study in the Amathole District, South Africa. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, Volume 16*, 3777–3787. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s428616>
- Nunes, C., Dantas, R., Moura, E., y Pires, R. (2022). Prevalence and factors associated with depression in people living with HIV/AIDS in a Brazilian metropolitan region. *AIDS Care*, 34(12). doi:10.1080/09540121.2022.2100866
- Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida. 3e*. Cengage Learning Editores SA de CV.
- OMS. (2017). *DEPRESIÓN Y OTROS TRASTORNOS MENTALES COMUNES: ESTIMACIONES GLOBALES DE SALUD*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- OMS. (2019). Comunicado de prensa. 19 septiembre 2019, Nueva York Ginebra. <https://www.who.int/es/newsroom/detail/19-09-2019-more-women-andchildren-survive-today-than-ever-beforeun-report>.
- ONUSIDA. (2011). Informe ONUSIDA para el día mundial de SIDA. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_es.pdf
- ONUSIDA. (2015). Acción acelerada para la prevención combinada. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2766_Fasttracking_combination_prevention_es.pdf.
- ONUSIDA. (2019). Preguntas frecuentes con relación al VIH y al SIDA. <https://www.unaids.org/es/frequently-asked-questions-about-hiv-and-aids>.
- ONUSIDA. (2023). Hoja informativa, estadísticas mundiales sobre el VIH. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
- Organización de las Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA). (2021). Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de SIDA. Estadísticas Mundiales sobre el VIH. <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- Organización de las Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA). (2021). Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de SIDA. Estadísticas Mundiales sobre el VIH. <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). Depresión. OMS
- Organización Mundial de la Salud. (2020). VIH/SIDA. https://www.who.int/topics/hiv_aids/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *VIH/sida: 40 años de respuesta a una epidemia que marcó a la humanidad*. OPS/OMS | Organización Panamericana De La Salud. <https://www.paho.org/es/historias/vihsida-40-anos-respuesta-epidemia-que-marco-humanidad>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Depresión*. OPS/OMS | Organización Panamericana De La Salud. <https://www.paho.org/es/temas/depression>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Salud Mental y VIH*. <https://www.paho.org/es/temas/vihsida/salud-mental-vih>
- Organización Panamericana de la Salud. Profilaxis previa a la exposición (PrEP). (2020). https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1482q0:preexposure-prophylaxis-prep&Itemid=40682&lang=es.
- Oxman, A. D., y Guyatt, G. H. (1993). The science of reviewing research a. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 703(1), 125-134.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., y Alonso-Fernández, S. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista española de cardiología*, 74(9), 790- 799.
- Paredes, J, Navarro, R., Cabrera, D, Diaz, M, Mejia, F., y Caceres, C. (2021). Los desafíos en la continuidad de atención de personas viviendo con VIH en el Perú durante la pandemia de la COVID-19. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 38(1), 166–170. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.381.6471>
- Penninx, B., Van, A., Boeke, D., Deeg, D., Kriegsman, H., y Eijk, J. (1998). Effects of Social Support and Personal Coping Resources on Depressive Symptoms Different for Various Chronic Diseases. *Health Psychology* 17, 551- 558.
- Pereira-Sánchez, V., y Molero, P. (2019). Protocolo diagnóstico y terapéutico de la depresión. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado; Enfermedades psiquiátricas (III)*. *Psicosis. Trastornos del humor*, 12(86):5070-4

- Pérez, M., y García, J. (2002). Psicothema. Tratamientos Psicológicos Eficaces para la Depresión, 13(3), 493–510. <https://www.psicothema.com/pii?pii=471>
- Pérez, R. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Rev la Fac Med*, 60(5):7-16.
- Plataforma de Organizaciones de Pacientes. (2021). *En torno al 70% de las personas con enfermedad crónica experimentan síntomas depresivos como cansancio, tristeza o apatía*. Plataforma De Pacientes. <https://plataformadepacientes.org/actualidad/en-torno-al-70-de-las-personas-con-enfermedad-cronica-experimentan-sintomas-depresivos>
- Pullaguari, J. Conocimiento, actitudes y prácticas en prevención de VIH-SIDA en adolescentes de primero de bachillerato de la ciudad de Loja (Tesis de Pregrado de Medicina). Universidad Nacional de Loja UNL, Loja. Obtenido de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/23385>
- Rabeya, R., Alam, N., Sonia, Z. F., Mohajon, D. R., Arafat, Y., Hasan, M. K., y Hawlader, M. D. H. (2023). Depressive symptoms and their sociodemographic determinants among people living with HIV/AIDS in Bangladesh: a cross-sectional study. *F1000Research*, 11, 239. <https://doi.org/10.12688/f1000research.108557.3>
- Rai, P., y Verma, B. L. (2015). A study on depression in people living with HIV/AIDS in South-West part of Uttar Pradesh, India. *South East Asia Journal of Public Health*, 5(1), 12–17. <https://doi.org/10.3329/seajph.v5i1.24846>
- Ramírez Velázquez, E., y Vizcaíno Escobar, A. E. (2020). LA PSICOEDUCACIÓN Y SU ALCANCE PARA EL DESARROLLO DE ADULTOS EN EL CONTEXTO LABORAL. *Didáctica Y Educación ISSN 2224-2643*, 11(6), 107–123. Recuperado a partir de <https://revistas.ult.edu.cu/index.php/didascalia/article/view/1107>
- Reis, R. K., Haas, V. J., Santos, C. B. D., Teles, S. A., Galvão, M. T. G., y Gir, E. (2011). Symptoms of depression and quality of life of people living with HIV/AIDS. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 19(4), 874–881. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692011000400004>
- Remor, E., Ulla, S., Arranz, P., y Carrobles, J. A. (2001). ¿Es la percepción de control un factor protector contra el distrés emocional en personas VIH+? *Psiquis*, 22(3), 111-6.
- Ritter J, Flower RHG, Loke y MDRH. (2020). Antiviral drugs. *Rang & Dale. Pharmacology*, 53(2), 678-689. <https://bit.ly/3N5jQXg>.

- Riveros, M., Hernández, H., y Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista de investigación en psicología*, 10(1), 91-102, UNMSM.
- Rodkjaer, L., Gabel, C., Laursen, T., Slot, M., Leutscher, P., Christensen, N., Holmskov, J., y Sodemann, M. (2016). Simple and practical screening approach to identify HIV-infected individuals with depression or at risk of developing depression. *HIV Medicine*, 17(10), 749–757. <https://doi.org/10.1111/hiv.12381>
- Rodríguez, A. Cornejo, I. y Torres, J. (2011). Efectos psicológicos en personas de ambos sexos entre las edades de 20 a 50 años diagnosticadas con VIH en el período de enero de 2006 a junio de 2010 pertenecientes a la Fundación Salvadoreña para la lucha contra el Sida “María Lorena” (contrasida) del municipio de San Salvador. Recuperado de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://ri.ues.edu.sv/572/1/10136869.pdf>
- Rodríguez, A. Cornejo, I. y Torres, J. (2011). Efectos psicológicos en personas de ambos sexos entre las edades de 20 a 50 años diagnosticadas con VIH en el período de enero de 2006 a junio de 2010 pertenecientes a la Fundación Salvadoreña para la lucha contra el Sida “María Lorena” (contrasida) del municipio de San Salvador. Recuperado de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://ri.ues.edu.sv/572/1/10136869.pdf>
- Román, F., Santibáñez, P., y Vinet, E. V. (2016). Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos. *ACTA DE INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA*, 6(1), 2325-2336. Doi: 10.1016/S2007-4719(16)30053-9
- Ross, J. L., Jiamsakul, A., Avihingsanon, A., Lee, M. P., Ditangco, R., Choi, J. Y., Rajasuriar, R., Gatechompol, S., Chan, I., Melgar, M. I. E., Kim, J. H., Chong, M. L., Sohn, A. H., y Law, M. (2022). Prevalence and Risks of Depression and Substance Use Among Adults Living with HIV in the Asia–Pacific Region. *AIDS and Behavior*, 26(12), 3862–3877. <https://doi.org/10.1007/s10461-022-03714-5>
- Ruiz Á y Barajas E. (2020). VIH/SIDA, LA PANDEMIA DEL CAMBIO DE MILENIO. *Medicina*, 42(2), 283-297. <http://www.revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/1522>.

- Ruiz, L. (2019, mayo 30). *Técnica de detención del pensamiento: características y uso en terapia*. Portal Psicología y Mente. <https://psicologiaymente.com/clinica/tecnica-detencion-pensamiento>
- Rush, A. J., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A. A., Stewart, J. W., Warden, D., ... y Fava, M. (2006). Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR* D report. *American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1905-1917.
- Salvatori, S. (2019). *Técnica de la Parada de Pensamiento*. Psicología Para Todos. <https://www.psicologiaparatodos.net/tecnica-de-la-parada-de-pensamiento/>
- Sanidad de Castilla y León. (2018). *Causas y factores de riesgo de la enfermedad*. Portal de Salud de La Junta de Castilla Y León. <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/guia-depresion/causas-factores-riesgo-enfermedad>
- Serrano, V. (2018). Técnicas asertivas. *INSTITUCIONES, DOMICILIOS, TELEASISTENCIA. INTERVENCIONES ALINEADAS CON LA ACP*. <https://psicosociosanitario.blogspot.com/2018/04/tecnicas-asertivas.html>
- Sidalava. (2019). Fármacos antirretrovirales | Sidalava. <https://www.sidalava.org/el-vih-y-otros-its/tratamiento/farmacos-antirretrovirales/>
- Silver, N. (2022). *6 maneras de apoyar su salud mental con el VIH*. Healthline. <https://www.healthline.com/health/es/formas-de-apoyar-tu-salud-mental-con-el-vih>
- SOM Salud Mental 360. (2021). *Factores de riesgo de la depresión*. <https://www.som360.org/es/libro/trastornos-depresivos/factores-riesgo>
- Soto L. (2004). Mecanismos patogénicos de la infección por VIH. *Revista de investigación clínica*, 56(2), 143-152. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762004000200005&lng=es&tlng=es.
- Soto L. (2004). Mecanismos patogénicos de la infección por VIH. *Revista de investigación clínica*, 56(2), 143-152. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762004000200005&lng=es&tlng=es.

- Sule, H. M., Agaba, P. A., Ojoh, R. O., Agbir, M. T., y Okonoda, K. M. (2019). Prevalence of depression and associated factors in HIV-Positive adults attending an antiretroviral clinic in Jos, Nigeria. *Journal of Family Medicine and Health Care*, 4(4), 26.
<https://doi.org/10.11648/j.jfmhc.20180404.12>
- Tamayo, B. Macías, Y. Cabrera, R. Henao, J. y Cardona, J. (2014). Estigma social en la atención de personas con VIH/SIDA por estudiantes y profesionales de las áreas de la salud, Medellín. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56238624002>
- Tapullima-Mori, C. (2022). Factores relacionados con la ansiedad y depresión en pacientes con VIH de un hospital público. *Revista De Investigación En Psicología*, 25(2), 55–71.
<https://doi.org/10.15381/rinvp.v25i2.21424>
- Teva, I., Paz Bermúdez, M. D. L., Hernández-Quero, J., & Buela-Casal, G. (2005). Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH/SIDA. *Salud mental*, 28(5), 40-49.
- Thurrott, S. (2023). *Cómo la respiración diafragmática puede mejorar su salud | Banner*.
<https://www.bannerhealth.com/es/healthcareblog/teach-me/the-life-changing-benefits-of-diaphragmatic-breathing>
- Uniagustiniana. (s.f.). *Sigue estos pasos y aprende sobre Respiración Diafragmática*.
<https://www.uniagustiniana.edu.co/noticias/sigue-estos-pasos-y-aprende-sobre-respiracion-diafragmatica>
- Vaca, M. (2019). INVESTIGACIÓN DEL VIH EN ECUADOR, ESTADO DEL ARTE. (Tesis de Pregrado de Medicina). Universidad San Francisco de Quito USFQ, Quito. Obtenido de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/8624/1/144264.pdf>.
- Varela, M., y Galdames, S. (2014). Depresión y adhesión a terapia anti-retroviral en pacientes con infección por VIH atendidos en el Hospital San Pablo de Coquimbo, Chile. *Revista Chilena De Infectología*, 31(3), 323–328. <https://doi.org/10.4067/s0716-10182014000300011>
- Velásquez Pérez, L., Colin Piana, R., y González González, M. (2013). Afrontando la residencia médica: depresión y burnout. *Gaceta Médica de México*., 183-195.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2013/gm132h.pdf>
- Wandersman, A. (2000). *Community mobilization for prevention and health promotion*. New York.

- Wang, D., Deng, Q., Chen, H., Wang, M., Liu, Z., Wang, H., y Ouyang, X. (2023). Profiles of depressive symptoms and influential factors among people living with HIV in China. *BMC Public Health*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15057-4>
- Wolff, C., Alvarado, R., y Wolff, M. (2010). Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. *Revista Chilena De Infectología*, 27(1). 65-74. <https://doi.org/10.4067/s0716-10182010000100011>
- Woody, C. A., Ferrari, A. J., Siskind, D. J., Whiteford, H. A., & Harris, M. G. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of affective disorders*, 219, 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.003>
- World Health Organization: WHO & World Health Organization: WHO. (2023). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Yazdanpanah, Y., Chêne, G., Losina, E., Goldie, S. J., Merchadou, L., Alfandari, S., Seage, G. R., Sullivan, L. M., Marimoutou, C., Paltiel, A. D., Salamon, R., Mouton, Y., y Freedberg, K. A. (2001). Incidence of primary opportunistic infections in two human immunodeficiency virus-infected French clinical cohorts. *International Journal of Epidemiology*, 30(4), 864–871. <https://doi.org/10.1093/ije/30.4.864>
- Yunihastuti, E., Agusin, R. L., Sari, V., Hidayah, A. J., Wulunggono, W., Pramukti, H., Shinta, M., Shatri, H., y Karjadi, T. H. (2021). Prevalence and associated factors of depressive symptoms among people living with HIV on antiretroviral therapy in Jakarta, Indonesia. *Tropical Medicine & International Health*, 26(8), 908–915. <https://doi.org/10.1111/tmi.13597>
- Zambrano, D. (2018). Sepsis por *Cryptococcus neoformans* en paciente VIH positivo. *Revista científica digital INSPILIP Código ISSN*, 2588, 0551.
- Zhunio, V. (2020). CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE MÉDICOS POSGRADISTAS DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA SOBRE PREVENCIÓN COMBINADA DE VIH/SIDA. CUENCA, 2020 (Tesis de Pregrado de Medicina). Universidad de Cuenca. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/36761/1/Proyecto%20de%20Investigacio%CC%81n.pdf>

11. Anexos

Anexo 1. Pertinencia del Proyecto de Investigación de Integración Curricular.



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

Loja, 5 de junio de 2024

Dra.

Ana Puertas Azanza. Mg. Sc.

DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Ciudad.

De mi consideración:

Reciba un cordial y atento saludo, deseándole éxitos en su importante cargo, en cumplimiento del memorando Nro. UNL FSH-DCPS.CL.2023-79 M, con asunto de analizar y emitir el Informe de Estructura y Coherencia del Proyecto denominado “**Depresión en Personas Diagnosticadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana**”, de autoría del estudiante: **Anthony Fernando Jumbo Ordoñez**, Cl.1105589137, estudiante del VIII ciclo de la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana, concluyo con lo siguiente:

- Al presentar las debidas las correcciones, **el Proyecto mencionado es pertinente, cuenta con estructura y coherencia.**

Información que pongo a su disposición, para los fines pertinentes.
Atentamente,



Escaneado desde el dispositivo móvil
GABRIELA, FERNANDA
ROJAS MUÑOZ

Psi. Cl. Gabriela Fernanda Rojas. Mg.Sc.

1104892029

gabriela.rojas@unl.edu.ec

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA, UNL

c.c.: Archivo

Anexo 2. Aprobación del Trabajo de Integración Curricular.



unl

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

MEMORANDO Nro. UNL FSH-DCPS.CL 2024-105 M
Loja, 06 de junio de 2024

Asunto: RESPUESTA DE INFORME DE ESTRUCTURA Y PERTINENCIA DE PROYECTO.

Señor
Anthony Fernando Jumbo Ordoñez,
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL
Presente.-

Por el presente me permito hacer conocer que se adjunta la respuesta del informe de estructura y pertinencia del Proyecto de Integración Curricular denominado: **“Depresión en Personas Diagnosticadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana”**, de su autoría el mismo que fue emitido por el Psic. Cl. Gabriela Fernanda Rojas Muñoz.

Particular que comunico a Ud. para los fines correspondientes

Atentamente,



Dra. Ana Catalina Puertas Azanza Mgs
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA -UNL

C/c Archivo
APA/tsc

Anexo 3. Designación de director de Trabajo de Integración Curricular.



unl

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

MEMORANDO Nro. UNL FSH-DCPS.CL 2024-134 M
Loja, 16 de julio de 2024

Asunto: **Designación de Dirección del Trabajo de Integración Curricular.**

Psicóloga Clínica
Gabriela Fernanda Rojas Muñoz.
**DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICÓLOGA CLÍNICA DE LA FACULTAD DE
LA SALUD HUMANA-UNL**
Presente.-

Por medio del presente, y dando cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 228 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 27 de enero de 2021 una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de tesis fue aprobado; me permito hacerle conocer que esta Dirección le ha designado Directora del Trabajo de Integración Curricular, titulado: **“Depresión en Personas Diagnosticadas con el virus de la Inmunodeficiencia Humana”**, autoría del Sr. Anthony Fernando Jumbo Ordoñez.

Particular que comunico a Ud. para los fines correspondientes

Atentamente,

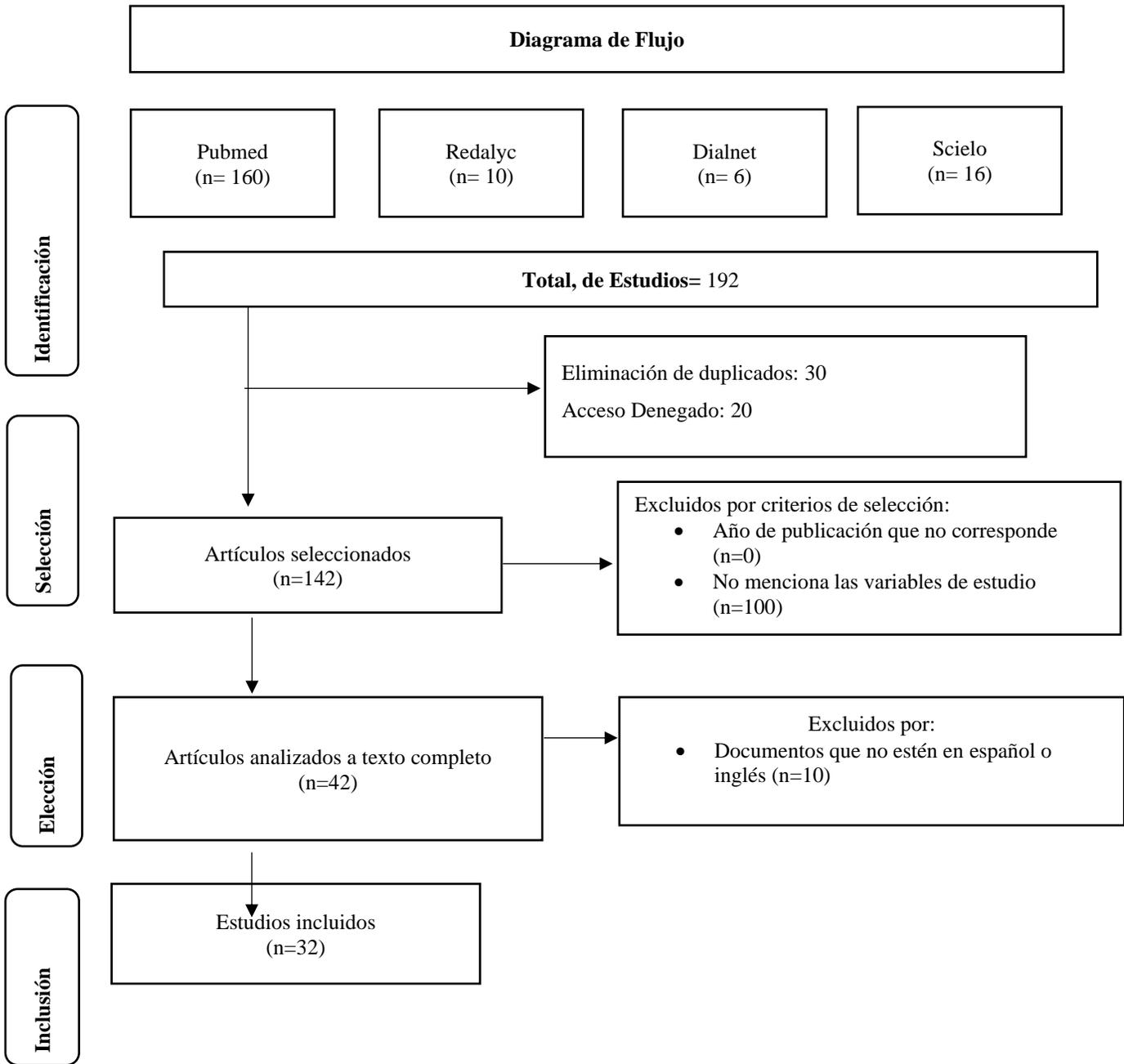


Dra. Ana Catalina Puertas Azanza Mgs
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA -UNL**

C/c Archivo
APA/tsc

Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora - Loja - Ecuador
072 -57 1379 Ext.102

Anexo 4. Diagrama de Flujo PRISMA.



Anexo 5. Tabla General de Análisis de los 32 Artículos.

Objetivo general: Determinar la evidencia científica de la depresión en personas diagnosticadas con el virus de la inmunodeficiencia humana.

Tabla 1.

Información General de los Artículos Científicos

Nro	Autor, revista, año	Título	País	Idioma	Tipo de estudio	Sujetos	Resultados		URL
							Depresión	Características sociodemográficas	
1	Adedeji et al., 2023	Prevalence of depression among people living with HIV in rural hospitals in South-Western Nigeria- Association with clinicodemographic factors	Nigeria	Inglés	Estudio descriptivo transversal	172 participantes	Ausencia de depresión Porcentaje: 83,7% Depresión leve Porcentaje: 9,9% Depresión moderada Porcentaje: 6,4% Depresión grave Porcentaje: 0%	Hombres Porcentaje: 25,6% Mujeres Porcentaje: 74,4% Casado/ Unión libre Porcentaje: 80,2% Divorciado/ Separado/ Viudo Porcentaje: 16,3% Soltero Porcentaje: 3,5%	https://doi.org/10.1186/s12981-023-00586-0
2	Araújo et al., Revista Brasileira de Enfermagem, 2019	Depresión, autoestima, expectativa futura y esperanza de vida de personas con VIH	Brasil	Inglés	Investigación transversal	108 individuos que viven con VIH/sida	Ausencia de depresión Porcentaje: 47,2% Depresión leve Porcentaje: 31,5% Depresión moderada	Hombres Porcentaje: 32% Mujeres Porcentaje: 68% Casado/ Unión libre Porcentaje: 12% Divorciado/	https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0730

								Porcentaje: 21,3% Depresión grave Porcentaje: 0%	Separado/ Viudo Porcentaje:25% Soltero Porcentaje:63%	
3	Arenas et al., Revista avances de la psicología, 2017	Resentimiento y depresión en pacientes con VIH- SIDA	Perú	Español	El enfoque empleado fue el cuantitativo y el método que se aplicó, el hipotético deductivo	34 pacientes con VIH- SIDA		Ausencia de depresión Porcentaje: 38% Depresión leve Porcentaje: 29% Depresión moderada Porcentaje: 18% Depresión grave Porcentaje: 15%	Hombres Porcentaje:82,35% Mujeres Porcentaje: 17,65% Casado/ Unión libre Porcentaje: 44,12% Divorciado/ Separado/ Viudo Porcentaje: 5,88% Soltero Porcentaje:50%	https://doi.org/ 10.33539/avpsicol.2017.v25n 1.135
4	Beltrán et al., Revista de Gepu Psicología, 2016	Depresión y Variables Asociadas al Diagnóstico o en la Población de la IPS Vital Salud	Colombia	Español	Descriptivo comparativo, de tipo transversal	120 pacientes		Ausencia de depresión Porcentaje:39% Depresión leve Porcentaje:34% Depresión moderada Porcentaje:3% Depresión grave Porcentaje:24%	Hombres Porcentaje: 57,5% Mujeres Porcentaje: 42,5% Casado/ Unión libre Porcentaje: 45,83% Divorciado/ Separado/ Viudo Porcentaje: 21,67% Soltero Porcentaje: 32,50%	https://dialnet. unirioja.es/serv vlet/articulo?c odigo=691890 1
5	Betancur et al., The Brazilian journal of infectious diseases, 2017	Quality of life, anxiety and depression in patients with HIV/AIDS who	Brasil	Inglés	Estudio transversal	47 individuos		Ausencia de depresión Porcentaje: 19,1% Depresión leve Porcentaje: 21,3% Depresión moderada Porcentaje: 40,4%	Hombres Porcentaje:29,8% Mujeres Porcentaje:70,2% Casado/ Unión libre	10.1016/j.bjid. 2017.04.004

6	Cano y Blanco, 2019	Nicaragua	Español	Descriptivo de corte transversal	225 personas	<p>present poor adherence to antiretroviral therapy: a cross-sectional study in Salvador, Brazil</p> <p>Síntomas depresivos y resiliencia en personas con VIH que asisten a la clínica de infectología a del HEODRA - León, agosto2018-marzo 2019</p>	<p>Depresión grave Porcentaje: 19,1%</p> <p>Ausencia de depresión Porcentaje: 46%</p> <p>Depresión leve Porcentaje: 29%</p> <p>Depresión moderada Porcentaje: 15%</p> <p>Depresión grave Porcentaje: 10%</p>	<p>Porcentaje: 40%</p> <p>Divorciado/ Separado/ Viudo Porcentaje:13%</p> <p>Soltero Porcentaje:47%</p> <p>Hombres Porcentaje:58%</p> <p>Mujeres Porcentaje:42%</p> <p>Casado/ Unión libre Porcentaje:</p> <p>Divorciado/ Separado/ Viudo Porcentaje:</p> <p>Soltero Porcentaje:</p>	<p>https://doi.org/10.5377/universitas.v10i2.14170</p>
8	Chen et al., 2022	China	Inglés	Estudio transversal	3939 participantes	<p>Prevalence and related factors of depressive symptoms among HIV/AIDS in Ningbo, China: A cross-sectional study</p>	<p>Ausencia de depresión Porcentaje: 93,2%</p> <p>Depresión leve Porcentaje: 4,0%</p> <p>Depresión moderada Porcentaje:2,4%</p> <p>Depresión grave Porcentaje: 0,3%</p>	<p>Hombres Porcentaje:18%</p> <p>Mujeres Porcentaje:82%</p> <p>Casado/ Unión libre Porcentaje: 47,49%</p> <p>Divorciado/ Separado/ Viudo Porcentaje:17,02%</p> <p>Soltero Porcentaje:35,49%</p>	<p>10.3389/fpsyt.2022.1004318</p>

8	Dal-Bó et al., Revista de the International Association of Providers of AIDS Care, 2015	Depressive Symptoms and Associated Factors among People Living with HIV/AIDS	Brasil	Inglés	Estudio transversal	203 participantes	Ausencia de depresión Porcentaje: 46,3% Depresión leve Porcentaje:17,7% Depresión moderada Porcentaje:22,7% Depresión grave Porcentaje:13,3%	Hombres Porcentaje:53,7% Mujeres Porcentaje:46,3% Casado/ Unión libre Porcentaje: 31,48% Divorciado/ Separado/ Viudo Porcentaje:18,52% Soltero Porcentaje:50%	https://doi.org/ 10.1177/2325 957413494829
9	Ekat et al., Revista Medicine, 2020	Associatio n between depressive symptoms and adherence among adolescent s living with HIV in the Republic of Congo	República del Congo	Inglés	Estudio transversal	135 adolescentes	Ausencia de depresión Porcentaje: 19% Depresión leve Porcentaje:54% Depresión moderada Porcentaje:27% Depresión grave Porcentaje:0%	Hombres Porcentaje:50% Mujeres Porcentaje:50% Casado/ Unión libre Porcentaje: Divorciado/ Separado/ Viudo Porcentaje: Soltero Porcentaje:	10.1097/MD.0 000000000021 606
10	Elbadawi y Mirghani, Pan African Medical Journal, 2017	Depression among HIV/AIDS Sudanese patients: a cross- sectional analytic study	Sudán	Inglés	Un studio analítico transversal	362 pacientes	Ausencia de depresión Porcentaje: 36,9% Depresión leve Porcentaje:19,3% Depresión moderada Porcentaje:32,4% Depresión grave Porcentaje:11,4%	Hombres Porcentaje:62,5% Mujeres Porcentaje:37,5% Casado/ Unión libre Porcentaje: 29% Divorciado/ Separado/ Viudo Porcentaje:36% Soltero Porcentaje:35%	10.11604/pam j.2017.26.43.1 0919

11	Girma et al., Revista PloS one, 2021	Depression and associated factors among HIV- positive youths attending antiretrovir al therapy clinics in Jimma town, southwest Ethiopia	Etiopía	Inglés	Estudio transversal	331 jóvenes VIH positivos	Ausencia de depresión Porcentaje:69,8% Depresión leve Porcentaje:0% Depresión moderada Porcentaje:27,4% Depresión grave Porcentaje:2,8%	Hombres Porcentaje:61,2% Mujeres Porcentaje:38,8% Casado/ Unión libre Porcentaje: Divorciado/ Separado/ Viudo Porcentaje: Soltero Porcentaje:	10.1371/journ al.pone.02448 79
12	Grados y Huarcaya, Revista Neuropsiqui atr, 2023	Relación entre ansiedad, depresión y linfocitos T CD4+ en pacientes con virus de inmunodef iciencia humana (VIH) en un hospital general de Lima	Perú	Español	Estudio observacional y analítico	Se evaluó a 144 pacientes con VIH	Ausencia de depresión Porcentaje:83,3% Depresión leve Porcentaje:14,6% Depresión moderada Porcentaje:1,4% Depresión grave Porcentaje:0,7%	Hombres Porcentaje:71,5% Mujeres Porcentaje:28,5% Casado/ Unión libre Porcentaje: 7% Divorciado/ Separado/ Viudo Porcentaje:6,9% Soltero Porcentaje:86,1%	10.20453/rmp. v86i3-1.4972
13	Higueras et al., Revista Anales de Pediatria, 2022	Prevalenci a y factores de riesgo de síntomas psicológic os en una muestra	España	Español	Estudio transversal	36 jóvenes con infección por VIH de transmisión vertical	Ausencia de depresión Porcentaje:66,67 % Depresión leve Porcentaje:19,44 %	Hombres Porcentaje:44,4% Mujeres Porcentaje:55,6% Casado/ Unión libre Porcentaje: Divorciado/	10.1016/j.anpe di.2020.05.02 8

		española de jóvenes con VIH en comparación con pares no infectados					Depresión moderada Porcentaje:8,33%	Depresión grave Porcentaje:5,56%	Separado/ Viudo Porcentaje: Soltero Porcentaje:				
14	Kanakaraj et al., 2024	Depression and its role in adherence to anti-retroviral treatment in people living with HIV and AIDS in Chennai	India	Inglés	193 participantes		Ausencia de depresión Porcentaje:79,8%	Depresión leve Porcentaje:16,1%	Depresión moderada Porcentaje:4,1%	Depresión grave Porcentaje:0%	Hombres Porcentaje:52,1%	Mujeres Porcentaje:47,9%	10.4103/jfmpe .jfmpe_1533_23
15	Lewis et al., 2015	Negative life events and depression in adolescents with HIV: a stress and coping analysis	Estados Unidos	Inglés	166 adolescentes infectados por el VIH		Ausencia de depresión Porcentaje: 65,7%	Depresión leve Porcentaje:20,5%	Depresión moderada Porcentaje:8,4%	Depresión grave Porcentaje:5,4%	Hombres Porcentaje:47%	Mujeres Porcentaje:53%	10.1080/0954 0121.2015.105 0984
16	Mohammed et al., Journal of AIDS & Clinical Research,	Prevalence of Depression and Associated Factors	Etiopía	Inglés	Estudio transversal 740 participantes		Ausencia de depresión Porcentaje:30,7%	Depresión leve Porcentaje:27,3%			Hombres Porcentaje:36,8%	Mujeres Porcentaje:63,2%	10.4172/2155-6113.1000474

17	Moraes y Casseb, Revista Clinics, 2017	among HIV Patients Seeking Treatments in ART Clinics at Harar Town, Eastern Ethiopia Depression and adherence to antiretroviral treatment in HIV-positive men in São Paulo, the largest city in South America: Social and Psychological implications	Brasil	Inglés	216 participantes	<p>Depresión moderada Porcentaje:32,7%</p> <p>Depresión grave Porcentaje:9,3%</p> <p>Ausencia de depresión Porcentaje:67,5%</p> <p>Depresión leve Porcentaje:16,2%</p> <p>Depresión moderada Porcentaje:7,9%</p> <p>Depresión grave Porcentaje:8,4%</p>	<p>Casado/ Unión libre Porcentaje: 46,1%</p> <p>Divorciado/ Separado/ Viudo Porcentaje:45%</p> <p>Soltero Porcentaje:8,9%</p> <p>Hombres Porcentaje:100%</p> <p>Mujeres Porcentaje:0%</p> <p>Casado/ Unión libre Porcentaje: 27%</p> <p>Divorciado/ Separado/ Viudo Porcentaje:8%</p> <p>Soltero Porcentaje:65%</p>	10.6061/clinics/2017(12)05
18	Mwangala et al., Journal of the International AIDS Society, 2022	Prevalence and factors associated with mild depressive and anxiety symptoms in older adults	Kenia	Inglés	Estudio transversal 440 participantes	<p>Ausencia de depresión Porcentaje:76,2%</p> <p>Depresión leve Porcentaje:19,1%</p> <p>Depresión moderada Porcentaje:3,1%</p> <p>Depresión grave</p>	<p>Hombres Porcentaje:41,4%</p> <p>Mujeres Porcentaje:58,6%</p> <p>Casado/ Unión libre Porcentaje: 44%</p> <p>Divorciado/ Separado/ Viudo</p>	10.1002/jia2.25977

19	Namagga et al., Revista BMC Psychiatry 21, 2021	living with HIV from the Kenyan coast Depression and HIV associated neurocognitive disorders among HIV infected adults in rural southwestern Uganda: a cross-sectional quantitative study Depression Among HIV/AIDS Patients on Highly Active Antiretroviral Therapy in the Southwest Regional Hospitals of Cameroon: A Cross-Sectional Study	Uganda	Inglés	Estudio transversal	393 participantes	Porcentaje:1,6%	Porcentaje:52,9%	Soltero Porcentaje:3,1%	
							Ausencia de depresión Porcentaje:73%	Hombres Porcentaje:26,7%	Mujeres Porcentaje:73,3%	
							Depresión leve Porcentaje:22,4%	Casado/ Unión libre Porcentaje: 47,3%	Divorciado/ Separado/ Viudo Porcentaje:40,2%	https://doi.org/10.1186/s12888-021-03316-w
							Depresión moderada Porcentaje:3,8%	Soltero Porcentaje:12,5%		
							Depresión grave Porcentaje:0,8%			
20	Ngum et al., Revista Neurology and Therapy, 2017	Antiretroviral Therapy in the Southwest Regional Hospitals of Cameroon: A Cross-Sectional Study	Camerún	Inglés	Estudio transversal	300 participantes	Ausencia de depresión Porcentaje:73,3%	Hombres Porcentaje:26,7%	Mujeres Porcentaje:73,3%	
							Depresión leve Porcentaje:23,3%	Casado/ Unión libre Porcentaje: 55%	Divorciado/ Separado/ Viudo Porcentaje:32,3%	10.1007/s40120-017-0065-9
							Depresión moderada Porcentaje:3,4%	Soltero Porcentaje:12,7%		
							Depresión grave Porcentaje:0%			

21	Nhamba et al., Revista Cubana de Salud Pública, 2014	Depresión en personas con VIH en dos municipios de Angola	Cuba	Español	Estudio descriptivo de corte transversal	100 personas con VIH	Ausencia de depresión Porcentaje:67% Depresión leve Porcentaje:15% Depresión moderada Porcentaje:9% Depresión grave Porcentaje:9%	Hombres Porcentaje:19% Mujeres Porcentaje:81% Casado/ Unión libre Porcentaje: 46% Divorciado/ Separado/ Viudo Porcentaje:6% Soltero Porcentaje:48%	http://www.scielo.cl/pdf/rci/v27n1/art11.pdf
22	Njajula y Okafor, Journal of Multidisciplinary Healthcare, 2023	Depressive Symptoms and Associated Factors Among People Living with HIV/AIDS and Undergoing Antiretroviral Therapy: A Cross-Sectional Study in the Amathole District, South Africa	Sudáfrica	Inglés	Estudio descriptivo transversal	150 participantes	Ausencia de depresión Porcentaje:58,7% Depresión leve Porcentaje:7,3% Depresión moderada Porcentaje:22,7% Depresión grave Porcentaje:11,3%	Hombres Porcentaje:34,7% Mujeres Porcentaje:65,3% Casado/ Unión libre Porcentaje: 26% Divorciado/ Separado/ Viudo Porcentaje:16,7% Soltero Porcentaje:57,3%	10.2147/JMDH.S428616
23	Rabeya et al., Revista F1000Resear	Depressive symptoms and their sociodemo	Bangladesh	Inglés	Estudio transversal	338 personas	Ausencia de depresión Porcentaje:1,80%	Hombres Porcentaje:93,69% Mujeres Porcentaje:6,31%	10.12688/f1000research.108557.3

26	Rodkjaer et al., HIV medicine, 2016	Simple and practical screening approach to identify HIV-infected individuals with depression or at risk of developing depression	Dinamarca	Inglés	Estudio transversal	501 personas	<p>Porcentaje:45,6%</p> <p>Ausencia de depresión Porcentaje:67%</p> <p>Depresión leve Porcentaje:11%</p> <p>Depresión moderada Porcentaje:12%</p> <p>Depresión grave Porcentaje:10%</p>	<p>Hombres Porcentaje: 71%</p> <p>Mujeres Porcentaje: 29%</p> <p>Casado/ Unión libre Porcentaje:</p> <p>Divorciado/ Separado/ Viudo Porcentaje:</p> <p>Soltero Porcentaje:</p>	<p>https://doi.org/10.1111/hiv.12381</p>
27	Ross et al., 2022	Depression and Substance Use Among Adults Living with HIV in the Asia-Pacific Region	Región de Asia y Pacífico (China, Malasia, Filipinas, Corea del Sur, Tailandia)	Inglés	Estudio transversal	864 participantes	<p>Ausencia de depresión Porcentaje:53%</p> <p>Depresión leve Porcentaje:29%</p> <p>Depresión moderada Porcentaje:16%</p> <p>Depresión grave Porcentaje:2%</p>	<p>Hombres Porcentaje: 88%</p> <p>Mujeres Porcentaje: 12%</p> <p>Casado/ Unión libre Porcentaje:</p> <p>Divorciado/ Separado/ Viudo Porcentaje:</p> <p>Soltero Porcentaje:</p>	<p>10.1007/s10461-022-03714-5</p>
28	Sule et al., Journal of Family Medicine and Health Care, 2019	Prevalence of Depression and Associated Factors in HIV-Positive Adults	Nigeria	Inglés	Estudio descriptivo transversal	314 adultos	<p>Ausencia de depresión Porcentaje:69%</p> <p>Depresión leve Porcentaje:26%</p> <p>Depresión moderada Porcentaje:5%</p>	<p>Hombres Porcentaje: 20%</p> <p>Mujeres Porcentaje: 80%</p> <p>Casado/ Unión libre Porcentaje: 49%</p> <p>Divorciado/</p>	<p>10.11648/j.jfmhc.20180404.12</p>

29	Tapullima, Revista de Investigación de Psicología, 2022	Attending an Antiretroviral Clinic in Jos Factores relacionados con la ansiedad y depresión en pacientes con VIH de un hospital público	Perú	Español	El estudio fue de diseño transversal y no experimental	participaron 230 pacientes	Depresión grave Porcentaje:0%	Separado/ Viudo Porcentaje: 43% Soltero Porcentaje: 8%	
30	Varela y Galdames, Revista chilena de infectología, 2014	Depresión y adhesión a terapia anti-retroviral en pacientes con infección por VIH atendidos en el Hospital San Pablo de Coquimbo, Chile	Chile	Español	Tipo descriptivo relacional, transeccional, con muestreo incidental	119 pacientes atendidos	Ausencia de depresión Porcentaje:59% Depresión leve Porcentaje:13,1% Depresión moderada Porcentaje:16,4% Depresión grave Porcentaje:11,5%	Hombres Porcentaje: 42,34% Mujeres Porcentaje: 57,66% Casado/ Unión libre Porcentaje: Divorciado/ Separado/ Viudo Porcentaje: Soltero Porcentaje:	http://dx.doi.org/10.15381/rinvp.v25i2.21424
31	Wang et al., 2023	Profiles of depressive symptoms and influential	China	Inglés	Estudio transversal	533 participantes	Ausencia de depresión Porcentaje:0% Depresión leve	Hombres Porcentaje: 90,8% Mujeres Porcentaje: 9,2%	https://doi.org/10.1186/s12889-023-15057-4

		factors among people living with HIV in China						Porcentaje:47,7%	Depresión moderada	Casado/ Unión libre	
								Porcentaje:40,5%		Porcentaje: 34%	Divorciado/ Separado/ Viudo
								Porcentaje:11,8%	Depresión grave	Porcentaje: 0%	Soltero
										Porcentaje: 66%	
		Prevalence and associated factors of depressive symptoms among people living with HIV on antiretroviral therapy in Jakarta, Indonesia							Ausencia de depresión	Hombres	
								Porcentaje:49,1%	Porcentaje:70,5%	Porcentaje: 70,5%	Mujeres
								Porcentaje:30,4%	Depresión leve	Porcentaje: 29,5%	
32	Yunihastuti et al., Revista Tropical medicine & international health, 2021		Indonesia	Inglés	Estudio transversal	346 participantes			Depresión moderada	Casado/ Unión libre	https://doi.org/10.1111/tmi.13597
								Porcentaje:15,6%	Porcentaje:15,6%	Porcentaje:	
								Porcentaje:4,9%	Depresión grave	Porcentaje:	
										Soltero	
										Porcentaje:	

Anexo 6. Lista de verificación PRISMA 2020.

Sección/tema	Ítems	Ítem de la lista de verificación	Localización del ítem en la publicación
TÍTULO			
Título	1	Identifique la publicación como una revisión sistemática.	SÍ
RESUMEN			
Resumen estructurado	2	Vea la lista de verificación para resúmenes estructurados de la declaración PRISMA 2020 (Anexo 7).	PARCIALMENTE
INTRODUCCIÓN			
Justificación	3	Describa la justificación de la revisión en el contexto del conocimiento existente.	SÍ
Objetivos	4	Proporcione una declaración explícita de los objetivos o las preguntas que aborda la revisión.	SÍ
MÉTODOS			
Criterios de elegibilidad	5	Especifique los criterios de inclusión y exclusión de la revisión y cómo se agruparon los estudios para la síntesis.	SÍ
Fuentes de información	6	Especifique todas las bases de datos, registros, sitios web, organizaciones, listas de referencias y otros recursos de búsqueda o consulta para identificar los estudios. Especifique la fecha en la que cada recurso se buscó o consultó por última vez.	SÍ
Estrategia de búsqueda	7	Presente las estrategias de búsqueda completas de todas las bases de datos, registros y sitios web, incluyendo cualquier filtro y los límites utilizados.	SÍ
Proceso de selección de los estudios	8	Especifique los métodos utilizados para decidir si un estudio cumple con los criterios de inclusión de la revisión, incluyendo cuántos autores de la revisión cribaron cada registro y cada publicación recuperada, si trabajaron de manera independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	SÍ

Sección/tema	Ítems	Ítem de la lista de verificación	Localización del ítem en la publicación
Proceso de extracción de los datos	9	Indique los métodos utilizados para extraer los datos de los informes o publicaciones, incluyendo cuántos revisores recopilaron datos de cada publicación, si trabajaron de manera independiente, los procesos para obtener o confirmar los datos por parte de los investigadores del estudio y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	NO
Lista de los datos	10a	Enumere y defina todos los desenlaces para los que se buscaron los datos. Especifique si se buscaron todos los resultados compatibles con cada dominio del desenlace (por ejemplo, para todas las escalas de medida, puntos temporales, análisis) y, de no ser así, los métodos utilizados para decidir los resultados que se debían recoger.	SÍ
	10b	Enumere y defina todas las demás variables para las que se buscaron datos (por ejemplo, características de los participantes y de la intervención, fuentes de financiación). Describa todos los supuestos formulados sobre cualquier información ausente (missing) o incierta.	SÍ
Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios individuales	11	Especifique los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios incluidos, incluyendo detalles de las herramientas utilizadas, cuántos autores de la revisión evaluaron cada estudio y si trabajaron de manera independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	NO
Medidas del efecto	12	Especifique, para cada desenlace, las medidas del efecto (por ejemplo, razón de riesgos, diferencia de medias) utilizadas en la síntesis o presentación de los resultados.	NO
Métodos de síntesis	13a	Describa el proceso utilizado para decidir qué estudios eran elegibles para cada síntesis (por ejemplo, tabulando las características de los estudios de intervención y comparándolas con los grupos previstos para cada síntesis (ítem n.º 5).	SÍ

Sección/tema	Ítems	Ítem de la lista de verificación	Localización del ítem en la publicación
	13b	Describa cualquier método requerido para preparar los datos para su presentación o síntesis, tales como el manejo de los datos perdidos en los estadísticos de resumen o las conversiones de datos.	SÍ
	13c	Describa los métodos utilizados para tabular o presentar visualmente los resultados de los estudios individuales y su síntesis.	SÍ
	13d	Describa los métodos utilizados para sintetizar los resultados y justifique sus elecciones. Si se ha realizado un metanálisis, describa los modelos, los métodos para identificar la presencia y el alcance de la heterogeneidad estadística, y los programas informáticos utilizados.	SÍ
	13e	Describa los métodos utilizados para explorar las posibles causas de heterogeneidad entre los resultados de los estudios (por ejemplo, análisis de subgrupos, metarregresión).	NO
	13f	Describa los análisis de sensibilidad que se hayan realizado para evaluar la robustez de los resultados de la síntesis.	NO
Evaluación del sesgo en la publicación	14	Describa los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo debido a resultados faltantes en una síntesis (derivados de los sesgos en las publicaciones).	SÍ
Evaluación de la certeza de la evidencia	15	Describa los métodos utilizados para evaluar la certeza (o confianza) en el cuerpo de la evidencia para cada desenlace.	NO
RESULTADOS			
Selección de los estudios	16a	Describa los resultados de los procesos de búsqueda y selección, desde el número de registros identificados en la búsqueda hasta el número de estudios incluidos en la revisión, idealmente utilizando un diagrama de flujo.	SÍ

Sección/tema	Ítems	Ítem de la lista de verificación	Localización del ítem en la publicación
	16b	Cite los estudios que aparentemente cumplían con los criterios de inclusión, pero que fueron excluidos, y explique por qué fueron excluidos.	SÍ
Características de los estudios	17	Cite cada estudio incluido y presente sus características.	SÍ
Riesgo de sesgo de los estudios individuales	18	Presente las evaluaciones del riesgo de sesgo para cada uno de los estudios incluidos.	NO
Resultados de los estudios individuales	19	Presente, para todos los desenlaces y para cada estudio: a) los estadísticos de resumen para cada grupo (si procede) y b) la estimación del efecto y su precisión (por ejemplo, intervalo de credibilidad o de confianza), idealmente utilizando tablas estructuradas o gráficos.	SÍ
Resultados de la síntesis	20a	Para cada síntesis, resuma brevemente las características y el riesgo de sesgo entre los estudios contribuyentes.	PARCIALMENTE
	20b	Presente los resultados de todas las síntesis estadísticas realizadas. Si se ha realizado un metanálisis, presente para cada uno de ellos el estimador de resumen y su precisión (por ejemplo, intervalo de credibilidad o de confianza) y las medidas de heterogeneidad estadística. Si se comparan grupos, describa la dirección del efecto.	NO
	20c	Presente los resultados de todas las investigaciones sobre las posibles causas de heterogeneidad entre los resultados de los estudios.	NO
	20d	Presente los resultados de todos los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la robustez de los resultados sintetizados.	NO
Sesgos en la publicación	21	Presente las evaluaciones del riesgo de sesgo debido a resultados faltantes (derivados de los sesgos de en las publicaciones) para cada síntesis evaluada.	SÍ

Sección/tema	Ítems	Ítem de la lista de verificación	Localización del ítem en la publicación
Certeza de la evidencia	22	Presente las evaluaciones de la certeza (o confianza) en el cuerpo de la evidencia para cada desenlace evaluado.	NO
DISCUSIÓN			
Discusión	23a	Proporcione una interpretación general de los resultados en el contexto de otras evidencias.	SÍ
	23b	Argumente las limitaciones de la evidencia incluida en la revisión.	SÍ
	23c	Argumente las limitaciones de los procesos de revisión utilizados.	NO
	23d	Argumente las implicaciones de los resultados para la práctica, las políticas y las futuras investigaciones	SÍ
OTRA INFORMACIÓN			
Registro y protocolo	24a	Proporcione la información del registro de la revisión, incluyendo el nombre y el número de registro, o declare que la revisión no ha sido registrada.	SÍ
	24b	Indique dónde se puede acceder al protocolo, o declare que no se ha redactado ningún protocolo.	SÍ
	24c	Describa y explique cualquier enmienda a la información proporcionada en el registro o en el protocolo.	SÍ
Financiación	25	Describa las fuentes de apoyo financiero o no financiero para la revisión y el papel de los financiadores o patrocinadores en la revisión.	SÍ
Conflicto de intereses	26	Declare los conflictos de intereses de los autores de la revisión.	SÍ
Disponibilidad de datos, códigos y otros materiales	27	Especifique qué elementos de los que se indican a continuación están disponibles al público y dónde se pueden encontrar: plantillas de formularios de extracción de datos, datos extraídos de los estudios incluidos, datos utilizados para todos los análisis, código de análisis, cualquier otro material utilizado en la revisión.	SÍ

Anexo 7. Lista de verificación de resúmenes de PRISMA.

Tema	No.	Artículo	¿Informó?
TÍTULO			
Título	1	Identifique el informe como una revisión sistemática.	Sí
FONDO			
Objetivos	2	Proporcione una declaración explícita de los objetivos principales o preguntas que aborda la revisión.	Sí
MÉTODOS			
Criterios de elegibilidad	3	Especifique los criterios de inclusión y exclusión para la revisión.	Sí
Fuentes de información	4	Especificar las fuentes de información (por ejemplo, bases de datos, registros) utilizadas para identificar los estudios y la fecha en que se realizó la última búsqueda en cada uno.	Sí
Riesgo de sesgo	5	Especificar los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios incluidos.	Sí
Síntesis de resultados	6	Especifique los métodos utilizados para presentar y sintetizar los resultados.	Sí
RESULTADOS			
Estudios incluidos	7	Indique el número total de estudios incluidos y participantes y resuma las características relevantes de los estudios.	Sí
Síntesis de resultados	8	Presentar los resultados de los resultados principales, preferiblemente indicando el número de estudios incluidos y los participantes de cada uno. Si se realizó un metanálisis, informe la estimación resumida y el intervalo de confianza/credibilidad. Si se comparan grupos, indique la dirección del efecto (es decir, qué grupo es el preferido).	Sí
DISCUSIÓN			
Limitaciones de la prueba	9	Proporcione un breve resumen de las limitaciones de la evidencia incluida en la revisión (p. ej., riesgo de sesgo del estudio, inconsistencia e imprecisión).	No
Interpretación	10	Proporcionar una interpretación general de los resultados y las implicaciones importantes.	Sí
OTRO			
Financiación	11	Especifique la fuente principal de financiación para la revisión.	No
Registro	12	Proporcione el nombre del registro y el número de registro.	No

Anexo 8. Link de Guía Psicoeducativa en Formato Revista.

https://www.canva.com/design/DAGPEuH3YWc/yY2Ov9L1tqjU4k7OAYVN3Q/view?utm_content=DAGPEuH3YWc&utm_campaign=designshare&utm_medium=link&utm_source=editor

Anexo 9. Certificado de Traducción del Resumen al Idioma Inglés.



Ramiro Junior Dominguez Viteri

EFL Teacher

Certificación de traducción al Idioma Inglés

Ramiro Junior Dominguez Viteri
Licenciado en Pedagogía del Idioma Inglés

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés, del resumen de tesis titulado: **Depresión en Personas Diagnosticadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana: Revisión Sistemática**, de autoría de el estudiante **Anthony Fernando Jumbo Ordoñez**, con número de cédula **1105589137**, egresado de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja. Lo certifico en honor a la verdad, y autorizo hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 14 de agosto de 2024

Ramiro Junior Dominguez Viteri
Licenciado en Pedagogía del Idioma Inglés
C.I: 1150058772
Registro Senecyt: 1008-2024-2904407

📞 0969183122

✉️ rdominguezv3d@gmail.com