



UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**SINTOMATOLOGÍA ANSIOSODEPRESIVA Y FACTORES ASOCIADOS EN
PERSONAS VIVIENDO CON VIH EN ECUADOR**

AUTORA: Camila Francisca Aulestia Baldeón

DOCENTE: Jorge Andrés Valdiviezo

2023

Quito, Ecuador

Resumen

Un acontecimiento vital estresante (AVE) se define como aquel que pone a prueba los recursos personales del individuo y demanda cambios importantes en su vida. El diagnóstico de una condición crónica como el VIH es considerado un AVE, y el afrontamiento del mismo pone a la persona que vive con él en un incrementado riesgo a padecer dificultades de salud mental, especialmente durante los primeros años de diagnóstico. El presente trabajo tiene por objetivo realizar una sólida revisión bibliográfica al respecto de este tema y a partir de ella construir tanto una propuesta de investigación como una de intervención clínica. La primera tiene el objetivo de evaluar a nivel nacional la presencia de sintomatología ansiosodepresiva en hombres que tienen sexo con otros hombres, son VIH positivo, y se encuentran transitando sus primeros 5 años de diagnóstico; y explorar la existencia de factores de riesgo y protección, como la percepción de estigma y apoyo social respectivamente, que moderen la vulnerabilidad a aquellos cuadros de salud mental. El estudio, de carácter exploratorio, descriptivo, no experimental, y de tipo transversal, seguiría el enfoque PPDAC para el análisis de datos y el software estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* [SPSS] de IBM. Por otro lado, la intervención clínica propone un plan piloto a ser aplicada en la provincia con mayores participantes registrados durante la primera parte del estudio. La propuesta se encuentra basada en modelos de terapia grupal dirigidos a personas con VIH que utilizan técnicas cognitivo-conductuales y actividades del enfoque de aceptación y compromiso. Tiene por finalidad el trabajar en la reducción de estigma, malestar psicológico, y aumentar la calidad de vida de los participantes. Este trabajo es importante al abordar un vacío de conocimiento sobre la salud mental e intervención terapéutica en personas que viven con VIH, temática que a nivel regional apenas se encuentra estudiada y en Ecuador no se encuentra registro. El sistema le debe a esta población la accesibilidad a servicios de salud integrales y efectivos, y este estudio podría ser un paso más en esa dirección.

Palabras clave: VIH, salud mental, terapia grupal, estigma, apoyo social.

Abstract

A stressful life event (SLE) is defined as one that defies one's personal resources and demands significant life changes. The diagnosis of a chronic disease like HIV is considered to be a SLE, and coping with it puts the person in question at a greater risk of developing mental health issues, particularly during the first few years of diagnosis. The goal of the present study is to create both a research proposal and a clinical intervention proposal upon a thorough bibliographic review. The research proposal holds the objective of evaluating nationwide the presence of anxiety and depression symptomatology in men who have sex with men and are HIV positive, going through their first 5 years of diagnosis; as well as exploring risk and protective factors such as stigma and social support, respectively, that mediate their vulnerability to these mental health issues. The study, of exploratory, descriptive, non-experimental, and cross-sectional character, will follow the PPDAC model of data analysis and employ the *Statistical Package for the Social Sciences* [SPSS] by IBM. On the other hand, the clinical intervention proposal is meant to be a pilot and take place in the province with greater density of participants for the first part of the study. The intervention itself is based on group therapy models catered for people living with HIV, that include cognitive behavioral techniques and acceptance and compromise activities. Its objective is to work on the reduction of perceived stigma and psychological distress, and better the quality of life of the participants. This study matters as it approaches a knowledge gap about the mental health of and therapeutic interventions for people living with HIV at a regional and national level. The system owes this population the accessibility to integrative and effective health services, and this study may just be a step in the right way to do that.

Keywords: HIV, mental health, group therapy, stigma, social support.

Índice de Contenidos

Introducción	8
Planteamiento del Problema y Revisión Breve de Literatura Previa	8
Justificación y Relevancia del Tema	15
Objetivos	16
Objetivo General	16
Objetivos Específicos	16
Marco Teórico	17
Fundamentación Teórica	17
Modelo de Diátesis-Estrés.	17
Modelo Teórico del Afrontamiento y Estrés.	18
Definición de Conceptos Clave	20
Síntomatología Ansiosodepresiva.	20
Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE).	22
Factores de Vulnerabilidad y de Protección.	22
Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Personas que Viven con VIH (PVV).	23
Estigma.	24
Apoyo Social.	25
Estado de la Cuestión	25
Salud Mental y VIH.	25
Factores de Riesgo y Protección.	27
Limitaciones en Estudios Previos.	29
Reconocimiento del Vacío del Conocimiento.	30
Marco Metodológico	32
Diseño del Estudio	32
Contexto, Participantes, y Muestreo	33
Instrumentos	34

Ficha de Registro de Información Sociodemográfica	34
Escala de Autoevaluación de Depresión de Zung	34
Inventario de Ansiedad de Beck	35
Cuestionario de Salud “Short Form Health Survey” de 12 ítems (SF-12).....	36
Escala para la Evaluación del Estigma Sentido de Miric	37
Procedimiento.....	38
Análisis de Datos.....	39
Problema.....	40
Plan	40
Datos y Análisis	40
Planificación de Actividades por Cada Objetivo Específico.....	41
Reflexividad de la Investigadora.....	42
Consideraciones Éticas.....	42
Viabilidad de la Investigación	44
Resultados Esperados.....	46
Propuesta de Intervención.....	47
Nivel de Intervención	47
Objetivos de la Intervención	48
Objetivo General.....	48
Objetivos Específicos	48
Población Objetivo	48
Fundamentación de la Intervención	50
Actividades y Procedimiento de la Intervención.....	53
Potenciales Beneficios de la Intervención.....	57
Recursos Necesarios para la Intervención.....	58
Plan de Evaluación de la Efectividad de la Intervención.....	59
Viabilidad de la Intervención	60

Discusión.....	61
Implicaciones de los Resultados Esperados	61
Limitaciones y Fortalezas de las Propuestas de Investigación e Intervención.....	63
Conclusiones	64
Recomendaciones.....	66
Referencias Bibliográficas	68
Anexos	87
Anexo A. Consentimiento Informado	87
Anexo B. Ficha de Registro de Información Sociodemográfica.....	92

Índice de Tablas

Tabla 1 – Puntos de corte de interpretación de la Escala de autoevaluación de depresión de Zung.....	35
Tabla 2 – Puntos de corte de interpretación del Inventario de ansiedad de Beck	36
Tabla 3 – Cronograma de actividades por objetivo.....	41

Introducción

Planteamiento del Problema y Revisión Breve de Literatura Previa

El concepto de salud mental ha ido mutando al ritmo del desarrollo sociocultural al que responde. Su definición es de construcción social, abarca diferentes perspectivas, y hoy se comprende como un proceso complejo, experimentado de forma tanto personal como colectiva, y que supera a la mera ausencia de trastornos mentales (Macaya et al., 2018). La salud mental se debe a determinantes individuales, sociales, y estructurales que actúan como mediadores de aquel estado de bienestar global que le permite al ser humano desarrollarse adecuadamente y hacerles frente a las dificultades de la manera más adaptativa posible. Dentro de estas determinantes se encuentra la exposición a circunstancias desfavorables pues éstas pueden exacerbar el riesgo a enfrentarse a afecciones de salud mental, lo cual pone en evidencia el papel fundamental que juega el contexto para el desarrollo pleno de las capacidades del ser humano y por ende de su calidad de vida (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

Los reportes de la OMS (2022) refieren que en el mundo 1 de cada 8 personas tienen algún tipo de trastorno mental, es decir, alrededor de 970 millones de personas. Los cuadros de salud mental más comunes corresponden a ansiedad y depresión, que a partir del comienzo de la pandemia de COVID-19 tuvieron un aumento en su prevalencia del 26 y el 28% respectivamente (Organización Mundial de la Salud, 2022a). Por un lado, la sintomatología ansiosa parte de una respuesta anticipatoria inicialmente normal que se torna problemática al generalizarse (American Psychiatric Association [APA], 2014). Esta se caracteriza por una activación autonómica continua en preparación de una potencial defensa o huida ante una posible amenaza, incluye miedo y angustia excesivos, y se acompaña de alteraciones fisiológicas y conductuales (Fernández López et al., 2012). A nivel mundial se calcula que cerca de 301 millones de personas sufren un trastorno de ansiedad, y en Ecuador es la primera causa de las llamadas a la línea de atención 171 del Ministerio de Salud Pública (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2023; OMS, 2022a).

Por otro lado, la sintomatología depresiva incluye la presencia de afecto negativo, cambios somáticos y cognitivos, anhedonia, abulia, y pensamientos sobre la muerte (APA, 2014). Los estudios refieren que en ocasiones los síntomas pueden ser tan incapacitantes que quienes los padecen tienden a usar estrategias de afrontamiento desadaptativas y a tener menores logros profesionales y personales, dificultades en sus relaciones interpersonales, y una afectación general de alcanzar metas de su ciclo vital (Gómez Maquet et al., 2020). Doscientos

ochenta millones de personas padecen de depresión en el mundo, incluyendo aproximadamente al 5% de la población adulta, y siendo un 50% más frecuente en mujeres. Además, “quienes han vivido abusos, pérdidas graves u otros eventos estresantes tienen más probabilidades de sufrirla” (OMS, 2023). Se considera que el 80% de la depresión en el planeta se concentra en países de ingresos medios-bajos, lo que en Latinoamérica representa aproximadamente 21 millones de personas con este cuadro de salud mental (MSP, 2023).

La propuesta más aceptada de la etiología de los trastornos de salud mental es aquella que establece que estos son el resultado de la interacción de factores biológicos (e.g. genética) y contextuales (e.g. exposición a eventos estresantes), y que la expresión de los genes, aún en aquellos desordenes con altas tasas de heredabilidad como la depresión, está muy influenciada por las vulnerabilidades ambientales a las que esté expuesto el individuo (Gómez Maquet et al., 2020). Los Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE) serían parte de estas vulnerabilidades y se tratan de aquellos sucesos de alta relevancia para la vida de los individuos, con mayor frecuencia percibidos como negativos o indeseables, que representan un cambio vital para el sujeto y por ende demandan un reajuste sustancial para restablecer el equilibrio (Glanz et al., 2008). Estos pueden exceder o dañar las capacidades de la persona, por lo que se viven transitoriamente como un fracaso en su adaptación a la situación de estrés. Lo cual resulta en una circunstancia de desadaptación social o distrés psicológico y le demanda al individuo un esfuerzo más considerable de adaptación mayor al habitual (Suárez Cuba, 2010).

La forma y calidad del afrontamiento a eventos estresantes no tiene una única y directa explicación de causalidad. Se trata de un abordaje multifactorial que abarca moduladores de tipo cognitivo y conductual que pueden interferir con los efectos de aquel AVE, y define las probabilidades de que la respuesta sea adaptativa o insuficiente (Suárez Cuba, 2010). Estos moduladores se construyen a través de la vida y tienen el poder de alterar el bienestar del ser humano al volverlo más o menos vulnerable a desarrollar, en este caso, afecciones de salud mental. Estos factores están relacionados a recursos personales (biológicos y psicológicos), y ambientales (sociales y familiares). Se habla de factores de vulnerabilidad que incrementan la predisposición general al desarrollo de la alteración (factores sociodemográficos, de riesgo genético, y de recursos personales), factores de activación que a partir de los de vulnerabilidad tienen una implicación más directa en el acaecimiento de la respuesta, y factores de protección que en presencia de los otros mediadores reducen la probabilidad de una respuesta inefectiva y aumentan el poder de adaptación y recuperación del AVE (Gasull Molinera, 2006).

Los AVE pueden incluir fenómenos de carácter social o económico, acontecimientos traumáticos agudos como situaciones de abuso, y circunstancias de estrés crónico como el diagnóstico y vivencia de una enfermedad crónica individual o familiar (Cornejo, 2023). Ya en los años 90 existía importante interés en identificar sobrevivientes de eventos traumáticos que pudieran estar en particular riesgo de desarrollar síntomas y desordenes asociados al estrés generado por trauma. Así, se evidenció una limitación en las pautas diagnósticas al referir que el trauma debía incluir la exposición real o amenazada a la muerte o a una lesión grave, apoyando la inclusión de diagnósticos de enfermedades crónicas que pueden atentar a la vida -como el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)- como incidentes traumáticos que podrían llevar al desarrollo del desorden (Green, 1993). Aunque al momento la última versión del DSM solo ha integrado la dimensión de violencia sexual como un evento con suficiente carga traumatogénica para disparar el desorden, los estudios confirman que hasta el 30% de personas en sus primeros años de diagnóstico de VIH cumplen con los criterios para estrés postraumático (B. Kelly et al., 1998). De hecho, Sherr et al. (2011) expone en una revisión sistémica que la prevalencia de desorden de estrés postraumático en personas que viven con VIH corre entre un 5 y 74%, un amplio rango que es mayor al de la población general (7-10%). Pero ¿qué hace del diagnóstico de VIH algo tan traumatogénico?

Para comprenderlo es importante primero definir y contextualizar al Virus de Inmunodeficiencia Humana. El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (2022) define al VIH como un virus que ataca al sistema inmunitario del cuerpo. Este provino de una especie de chimpancé desde África Central que desarrollaba un cuadro similar llamado Virus de Inmunodeficiencia en Simios, probablemente a través del consumo de su carne y el contacto con su sangre. Parece haberse empezado a diseminar por el mundo desde las últimas décadas de los años 1800, hasta propagarse por todo el planeta y tener su *boom* en el mundo occidental en la década de los 70 (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2022).

Durante los años 80 comienza una dedicada investigación sobre el origen, incidencia, vías de transmisión, y prevalencia de la enfermedad. Se descubre que el virus ataca a las células denominadas linfocitos T CD4, un tipo de glóbulo blanco, y una vez contraído se reproduce con velocidad en el cuerpo ya que el ADN del virus comienza a fusionarse rápidamente con el ADN de la célula que lo hospeda (Chávez & Castillo, 2017). La respuesta en el sistema inmunológico es debilitante, con millones de células CD4 destruyéndose por día, volviéndole más proclive a infecciones oportunistas que minan progresivamente la salud del huésped. De hecho, la grave afección al sistema inmune que se da en la etapa más avanzada de la infección

se manifiesta clínicamente por el contagio de enfermedades oportunistas, infecciosas, y neoplásicas, es decir que generan inmunosupresión, “por eso el nombre de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida [SIDA] es muy adecuado” (Boza, 2017, p.44). La infección tiene tres fases de progresión, empezando por la primera que consiste en la infección aguda por VIH, seguido por la de infección crónica también llamada fase de infección asintomática o de latencia clínica, y finalizando con la tercera y última fase de progresión que trata con el SIDA. El virus puede transmitirse mediante el contacto sexual sin protección, el uso compartido de agujas, o durante el embarazo, parto, o lactancia, de madre a hijo (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2022).

Si bien los avances han permitido el diseño de un tratamiento lo suficientemente eficaz para tener una carga viral indetectable que les permita a las Personas que Viven con VIH (PVV) llevar una vida saludable y larga, se ha visto que mientras más tiempo haya de exposición a la enfermedad, mayor riesgo de padecimientos de problemas psicosociales existirán (Basha et al., 2019). Históricamente, la diversidad de información inespecífica, la novedad, y el miedo, fueron algunos de los factores que jugaron un papel en el origen del estigma y la discriminación alrededor del VIH. La palabra estigma tiene un origen tan significativo como el peso social que todavía sostiene. Del latín *stigma*, originalmente se refería a una marca que se imprimía en la piel con un hierro candente como pena infamante o signo de esclavitud (RAE, 2023). Actualmente se asocia con una condición -situación de salud, rasgo, comportamiento- que le lleva a una persona a ser relacionada con grupos sociales considerados como inferiores o inaceptables. Esto es resultado de un proceso social que se debe a una estructura de poder y genera en los pertenecientes al *status quo* fuerte menosprecio y posturas de violencia que van desde la discriminación hasta el cometimiento de crímenes de odio (Campillay & Monárdez, 2019).

La discriminación a PVV socializa estereotipos y prejuicios equivocados que perpetúan la desinformación sobre las poblaciones claves, las conductas de riesgo, y las estrategias de prevención y promoción de salud. Además, genera barreras al acceso de servicios de salud y al ejercicio de sus derechos, patrones que son retroalimentados por el rechazo social percibido al efectivamente romper el silencio y buscar ayuda o socializar su diagnóstico (Enoch & Piot, 2017). Esta situación desencadena para las PVV problemas laborales, sociales, intra e interpersonales, que puede originar procesos de auto-marginación en los que su autoestima se ve minada, su apoyo social reducido, y su bienestar mental francamente deteriorado (Nevedal et al., 2017).

La Organización Panamericana de la Salud reconoce que las PVV y sus familias y cuidadores pueden presentar diferentes necesidades de salud mental (2018). El AVE que significa el diagnóstico y tránsito por la enfermedad, tanto por la naturaleza del VIH (salud física) y como por el peso psicosocial que este acarrea, se refleja en las altas tasas de depresión, ansiedad, y consumo de sustancias que refieren estos grupos de población clave. Asimismo, esto puede a su vez provocar dificultades en el inicio efectivo y posterior adherencia a su tratamiento antirretroviral (TARV), y por ende mayor severidad de síntomas físicos (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

Una de las más altas comorbilidades de salud mental en el curso de infección por VIH es la depresión. Esta representa una prevalencia del 37%, es decir, aproximadamente entre dos y cuatro veces más que en la población general, y es más probable en PVV con redes deficientes de apoyo social (Wolff et al., 2010). El riesgo es especialmente alto durante los primeros dos años después de recibir el diagnóstico de VIH, pues el riesgo aumenta a ser directamente el doble de probable a desarrollar depresión y tomar antidepresivos, y hasta 10 veces más probable de cometer suicidio (Klein, 2023).

Por otro lado, la información sobre la prevalencia de rasgos de ansiedad en PVV refleja una amplia variabilidad en los distintos estudios, especialmente en cuanto a la prevalencia de la sintomatología a largo plazo (Gallego Deike & Gordillo Álvarez-Valdés, 2001). Aunque la conclusión general es que efectivamente hay evidencia de una alta prevalencia, los porcentajes varían desde el 7 al 71% y la brecha se debe a características específicas y componentes sociodemográficos de las muestras analizadas (Chaudhury et al., 2016). Las investigaciones también coinciden en que el bajo apoyo social, los antecedentes de salud mental, la edad de los participantes (<40 años), la no adherencia al tratamiento, y el estadio de su enfermedad, predicen en mayor medida el desarrollo de un cuadro ansioso en pacientes con VIH (Cai et al., 2020; Duko et al., 2019; Martín Suárez et al., 2002; Plascencia de la Torre et al., 2019).

Adicionalmente, se ha visto una relación estadísticamente significativa entre resentimiento, sentimientos de inferioridad, fracaso, y humillación, y experiencias degradantes, y la presencia de cuadros ansiosodepresivos en pacientes con VIH-SIDA (Delgado Arenas et al., 2017). Además, se identifica que los mayores factores protectores están relacionados al sentido de pertenencia y a la percepción de apoyo social, ya que estos operan moderando los efectos negativos de los determinantes socioculturales como el estigma y la discriminación a los que las personas se ven comúnmente enfrentadas al vivir con VIH (Mustanski et al., 2011).

La bibliografía también indica que hay un importante impacto en la salud mental de las PVV en el tiempo inmediato después de su diagnóstico, ya que este representa un evento estresante generalmente cargado de alto efecto emocional negativo (Radusky & Mikulic, 2018). Klein (2023) refiere que la sintomatología ansiosodepresiva es la más común en aparecer en el curso de infección por VIH especialmente durante los primeros años después del diagnóstico. Algunas de las reacciones generadas por el recibimiento del diagnóstico de VIH incluyen sentimientos de rechazo, tristeza, culpa, e ira, y su impacto representa un detrimento considerable en las relaciones sexuales y afectivas, una interrupción de sus actividades usuales, y un significativo aislamiento de las PVV (Morais de Souza et al., 2021). El fuerte cambio vital y la exposición a continuo estigma y rechazo social se asocia al impacto psicológico en las PVV recientemente diagnosticadas, y potencialmente dificultan el mantenimiento y creación de vínculos por el miedo al rechazo, deteriorándose consecuentemente su autoestima y autoconcepto (Carrero & De Arco, 2021). Los estudios reflejan una alta tasa de ocurrencia para ideación suicida que va del 27.2% inmediatamente después del diagnóstico hasta el 25.8% 6 meses después; mientras que la tasa de intención suicida va del 14.7% al 13.3% respectivamente (Lu et al., 2019).

Ahora, ¿cómo se ve eso en el contexto local? Las cifras disponibles no son del todo exactas ya que el diagnóstico y tratamiento de VIH se ven efectivamente mediados por los determinantes sociales ya establecidos. Esto dificulta el seguimiento detallado, secuencial, y actualizado que se esperaría de la realidad epidemiológica de la región. No obstante, las grandes organizaciones de salud pueden ofrecer una idea del panorama que viven las PVV. Hasta el año 2022, casi 40 millones de personas estaban viviendo con VIH en el mundo, el 47% de estas personas son de sexo masculino, y solo el 86% conocía su estado serológico. En Latinoamérica hay aproximadamente 2.2 millones de PVV de los cuales solo el 72% cuenta con una estable adherencia y acceso al tratamiento con antirretrovirales (ONUSIDA, 2022). Además, se logran identificar dos grupos de población clave -grupos de personas que por sus comportamientos de riesgo presentan especial susceptibilidad a contraer el virus- y que representan casi la mitad de las nuevas infecciones: hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH) y mujeres transgénero (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

Hasta el 2020 cuando se publicó el último -irónicamente denominado- *Boletín Anual* de VIH por parte del Ministerio de Salud Pública, se reportó que en Ecuador hay 45 mil PVV, con un incremento aproximado de 3823 casos nuevos*. De este número, únicamente el 83% contaba con un diagnóstico oficial y solo el 80% seguía su TARV (Vélez & Tobar, 2021). De

igual manera, se reconoce una alta presencia de estigma que evidencia el rechazo social que experimentan día a día una PVV que vive en el país. Algunos datos sorprendentes incluyen que: más del 25% cree que los niños con VIH no deberían asistir a la escuela, el 20% se sentiría incómodo trabajando cerca de PVV, un 30-34% de personas (zona rural) piensan que las PVV son culpables de su diagnóstico, y la tasa de desempeño es hasta 7 veces más alto que para la población general (Cabezas et al., 2013; Casapulla et al., 2022; Hernández et al., 2020; Vélez & Tobar, 2021).

Por otro lado, hay disponible una redacción en la página del Ministerio de Salud Pública que dentro del apartado de Programas y Servicios detalla una “Estrategia Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA-ITS” para el periodo 2018-2022. Esta propuesta se creó con la intención de liderar procesos de políticas sanitarias que permitan un mejor control de la situación epidemiológica y una efectiva promoción de derechos humanos (Ministerio de Salud Pública, 2018b). Aunque la información que se incluye podría ser valiosa, no hay un documento actualizado y disponible que abarque ni el seguimiento ni los resultados del plan propuesto.

La Constitución define que todas las personas sin importar su condición de salud cuentan con los mismos derechos. No obstante, también aparecen algunos artículos que particularizan ciertos derechos particularmente importantes para las PVV como son el derecho a la no discriminación y a la igualdad ante la ley, a la privacidad, a la salud, a la atención médica integral, prioritaria y medicamentos antirretrovirales, y finalmente a la información (Coalición Ecuatoriana de Personas que Viven con VIH/SIDA, 2013).

Eso resume todo lo que hay disponible en cuanto a la situación de las PVV en Ecuador. No hay ningún informe sobre salud mental, ni es un tema que sea brevemente mencionado en los boletines del MSP. Sin embargo, se puede concluir por la prevalencia de situaciones de estigma y discriminación, además del fracturado sistema de salud pública con el que cuenta el país, que el panorama no es alentador.

* Es importante aclarar que el documento hace referencia a casos de VIH/SIDA sin diferenciar ambas situaciones de salud.

Justificación y Relevancia del Tema

Como se ha podido apreciar, no es inusual la aparición de ansiedad y depresión durante los primeros años posteriores al diagnóstico de VIH. Los factores mediadores de riesgo y protección de salud mental en PVV han sido explorados a través de los años dado el creciente interés en el bienestar global del ser humano y el alejamiento de un modelo únicamente biomédico (Macaya et al., 2018). No obstante, históricamente se evidencia una carente atención y seguimiento a la situación que las PVV que viven en Ecuador. Prueba de ello es el reporte ineficiente e insuficiente de la actualidad epidemiológica del VIH en el país -cuya última recolección de datos fue hace 3 años-, la baja presencia de estudios sobre factores de riesgo de VIH en nuestra población, y la prácticamente inexistente base de datos correspondientes a salud mental.

Por eso, la justificación teórica yace en lo necesario y urgente que se vuelve el realizar estudios locales que generen conocimientos en esta área. Puesto que no por estudiarlas menos estas situaciones dejan de pasar, al contrario, se dejan de visibilizar y se imposibilita la creación de estrategias para optimizar la salud mental de esta población. Esta investigación podría confirmar las hipótesis sobre las que se construye, las mismas que se alinean con los resultados de una extensa búsqueda bibliográfica y dictan que efectivamente la población de estudio tiende a padecer de sintomatología ansiosodepresiva. Al mismo tiempo, se sumaría a los limitados pero novedosos estudios en la región al brindar información sobre los factores que intervienen en esta expresión de salud mental, lo que representaría un importante aporte a la clínica.

Metodológicamente, la investigación propuesta podría constituirse como un aporte en sí misma más allá de sus resultados pues podría presentar un precedente tanto del estudio de salud mental como de investigación con población VIH positivo, específicamente en esta población clave (HSH) a nivel nacional (macro), algo que no se ha realizado antes ni en el país ni en la región. Eso podría reflejar temas de validez y efectividad del método, para así refinar los procedimientos futuros, aplicarse a otros campos del saber, etc.

Por último, se encuentra la justificación práctica que podría ser la más relevante pues tendría el potencial de aportar a la justicia social para esta población. Para empezar, si se piensa en caso particular de esta investigación, los participantes del estudio tendrían acceso a sus resultados y recomendaciones o referencias a servicios que puedan guiarles a realizar cambios en su vida. Ahora, si se piensa en una aplicación más amplia, si bien esta investigación no

aportaría directamente soluciones a este problema de tan larga data, revelaría datos vitales para la generación de las mismas. La salud mental es un problema de salud pública, que, aunque históricamente se vea siempre postergada y minimizada, requiere atención urgente.

Esta verdad toma todavía más valor cuando se trata de la salud mental de un grupo sistemática y socialmente discriminado. Los resultados del estudio serían un reflejo objetivo de la situación de salud mental de esta población y de los factores que median sus respuestas de afrontamiento. Datos que facilitarían una mejor selección de modelos de planificación para la promoción de salud pública para desarrollar intervenciones que puedan influenciar las conductas no adaptativas, y también modificar el medio que aporta a esta problemática de salud. De esta manera se podrían fortalecer los servicios de salud de atención integral de VIH, y proveería de información a las distintas organizaciones de acción público-privadas para contribuir a sus acciones de prevención y psicoeducación sobre la problemática.

A partir de esta búsqueda surgen algunas interrogantes sobre la situación actual de las PVV que viven en Ecuador:

¿Qué prevalencia existe de sintomatología ansioso-depresiva en PVV que están transitando sus primeros años de diagnóstico (5)?

¿Qué factores de riesgo y protección actúan como moderadores ante el AVE de recibir y transitar el diagnóstico de VIH?

¿Qué papel juega el apoyo social frente a la sintomatología ansiosodepresiva en PVV?

Objetivos

Objetivo General

Evaluar la presencia de sintomatología ansiosodepresiva en HSH que son PVV y se encuentran transitando sus primeros 5 años posteriores al diagnóstico de VIH, así como la existencia de factores de riesgo y protección que moderen la vulnerabilidad a aquellos cuadros de salud mental.

Objetivos Específicos

Determinar el papel del apoyo social frente a la sintomatología ansiosodepresiva y calidad de vida en HSH que son PVV y se encuentran transitando sus primeros 5 años posteriores al diagnóstico de VIH.

Explorar la relación del estigma percibido con la presencia de sintomatología ansiosodepresiva y calidad de vida en este grupo.

Marco Teórico

Fundamentación Teórica

El foco de este estudio se centra en la prevalencia de sintomatología ansiosodepresiva asociada con el recibimiento del diagnóstico y posterior distrés de vivir con VIH. Subsecuentemente se pretende investigar qué factores median esa respuesta al evento estresante.

Modelo de Diátesis-Estrés. Se considera a esta primera teoría como una base que expone cómo un evento traumático, para el caso de esta investigación el recibir y vivir con el diagnóstico de una infección crónica como el VIH, puede ser el catalizador de sintomatología ansiosodepresiva.

El Modelo de diátesis-estrés es uno de los más populares para explicar la etiología de los trastornos de salud mental (Colodro-Conde et al., 2017). En un principio esta propuesta fue formulada para explicar los orígenes de la esquizofrenia en los años 60, como respuesta a una inconclusa conceptualización de la raíz de estos cuadros de salud. Existían muchas teorías biomédicas que buscaban dar respuesta al enigma -la presencia de agentes neurohumorales, influencias endocrinas, mutaciones genéticas y heredabilidad mendeliana, etc.- pero muchas de ellas no tenían resultados homogéneos al momento de buscar su presencia en pacientes con esquizofrenia o se veían limitadas por la tecnología disponible (Bleuler, 1963). También se proponían teorías relacionales, especialmente enfocadas en las familias de personas con esquizofrenia, como la teoría psicodinámica de la madre esquizofrenógena o la teoría sistémica del doble vínculo, pero era difícil separar la influencia *social* de la familia de la influencia biológica al estar todos expuestos a los mismos factores ambientales (Bateson et al., 2007; Fromm-Reichman, 1948). Por último, se estableció que las influencias ambientales no podían considerarse independientes de las disposiciones hereditarias que efectivamente existían, y que no había una única fase de desarrollo en la cual el trauma de un evento estresante podría operar para disparar la sintomatología (Bleuler, 1963).

En los 80s, el modelo fue adaptado para el estudio de la depresión. Los resultados corroboraron que la sintomatología depresiva estaba asociada tanto a variables correspondientes al individuo y a factores ambientales (Colodro-Conde et al., 2017). Se halló

una especial correlación entre los síntomas ansiosodepresivos y la percepción de eventos estresantes, sugiriendo una necesidad de desarrollar teorías cognitivas de la depresión en las que se incorpore mayor detalle sobre el impacto objetivo y el afrontamiento a eventos vitales (Robins & Block, 1989).

Finalmente, en la actualidad el modelo general explica que el comienzo y la trayectoria de la sintomatología de un trastorno es el resultado de la interacción entre factores predisponentes y estresores ambientales. No obstante, la cantidad o intensidad de estrés necesario para disparar esa reacción depende del nivel de vulnerabilidad inicial del individuo (Ingram & Luxton, 2005). A pesar de que la teoría originalmente se enfocaba mucho en la lucha milenaria de naturaleza versus crianza/ambiente, se ha desarrollado hasta abarcar la sinergia más general entre la diátesis -ya no solo la predisposición genética y el factor de heredabilidad, pero todos los factores biopsicosociales de vulnerabilidad- y el estrés que transforma el potencial de desarrollar el cuadro de salud mental en su manifestación (Broerman, 2020). Estos avances han permitido que el Modelo de diátesis-estrés se conceptualice como uno de desarrollo multi-causal, que invita a analizar tanto las ventanas de mayor vulnerabilidad como los diferentes factores de riesgo y de protección que intervienen ante los estresores y actúan como mediadores de la calidad de la respuesta del individuo (Barlow & Durand, 2009). De hecho, se ha discutido desde décadas atrás que en caso de que la diátesis (vulnerabilidad) sea adquirida y no únicamente heredada -como la predisposición genética-, tiene sentido el explorar los múltiples tipos de diátesis biopsicosociales que puedan jugar un papel en el Modelo de diátesis-estrés (Goodman & Gotlib, 1999; Ingram & Luxton, 2005).

Esto establece entonces, que los factores de vulnerabilidad, que empiezan por la predisposición genética y terminan con condiciones sociales desfavorables, pueden preparar un terreno fértil para el desarrollo de un cuadro ansiosodepresivo al verse impactados por un evento vital estresante. No obstante, estos factores de riesgo pueden verse antagonizados por factores de protección que representan un contrapeso positivo, y pueden moderar la intensidad del impacto del estresor.

Modelo Teórico del Afrontamiento y Estrés. Ya que se ha establecido que internamente *algo* ocurre al enfrentarse a un estresor, y que no es una secuencia lineal sino un proceso mediado por factores de riesgo y de protección propios de cada caso, se considera importante tener en cuenta propuestas que efectivamente conceptualizan aquel proceso que ocurre en el afrontamiento al estrés.

El Modelo teórico del afrontamiento y estrés es el resultado de persistentes esfuerzos desde el siglo XX por conceptualizar el proceso que atraviesa el individuo cuando enfrenta un evento estresante. Después de las propuestas del clásico modelo médico, el psicoanálisis del yo y sus mecanismos de defensa, la historia de la psicología abre paso al enfoque cognitivo (Amarís et al., 2013). Así, Lazarus y Launier (1978) proponen la primera definición de estrategias de afrontamiento del tiempo moderno. Ésta dictaba que el afrontamiento comprendía los esfuerzos intrapsíquicos orientados hacia la acción y que tienen por objetivo el gestionar las demandas internas y ambientales que en ese momento requieren o exceden los recursos personales de la persona (Lazarus & Launier, 1978). Años después los autores plantean una propuesta de enfoque cognitivo sociocultural bajo el mismo concepto, agregando que los esfuerzos que intervienen en el afrontamiento al estrés son de tipo cognitivo y conductual (Lazarus & Folkman, 1984). Igualmente, tienen la propiedad de estar en constante cambio pues se deben a las condiciones del contexto que determinan la interacción del individuo con su entorno y a la interpretación que se dará de la amenaza al bienestar en función de la etapa de la vida que se esté atravesando (Folkman et al., 1986).

La propuesta no solo hace énfasis en la dimensión social a la que se debe el ser humano por el importante poder mediador que tiene sobre su afrontamiento al estrés, pero clarifica que esa interacción es de mutua influencia y de consistente retroalimentación tanto sobre las variables personales como las situacionales (Lazarus & Folkman, 1984). Finalmente, establece que ese proceso le permite al ser humano explorar el esquema de comportamiento que ha creado a partir de la realidad que vive y tomar alguna decisión que le permita “tolerar, minimizar, aceptar o ignorar aquello que sobrepasa sus capacidades” (Amarís et al., 2013, p.128). Los autores manifiestan que esto se da cuando ante situaciones estresantes el ser humano reconoce y evalúa tanto el estímulo estresor como sus propios recursos. Atravesando un primer proceso de evaluación de daños potenciales que el estresor podría representar, y después una evaluación secundaria donde explora su repertorio de recursos de afrontamiento (Encinas, 2019).

En la última actualización de la teoría los autores señalan que el afrontamiento cuenta principalmente con dos direcciones: hacia la emoción y hacia el problema (Folkman et al., 1986). El afrontamiento dirigido hacia la emoción generalmente se usa cuando a partir de la primera evaluación del estímulo la persona se da cuenta de que no puede modificar las condiciones del entorno que le amenazan por lo que se sirve de procesos cognitivos que le ayuden a disminuir la alteración emocional que esto le genera (Amarís et al., 2013). Por otra

parte, el afrontamiento hacia el problema se elige al determinar que la situación estresante efectivamente puede ser susceptible al cambio, por lo que la persona realiza un análisis de costo-beneficio para formular una solución (Lazarus & Folkman, 1984).

Una vez que tiene identificado su abordaje y ha evaluado los recursos disponibles en el contexto, la persona decide qué estrategias cognitivas y comportamentales puede ocupar para generar la respuesta más adaptativa y así reestablecer el equilibrio de la situación aplacando o disminuyendo el impacto del estresor (Izquierdo, 2020). Además, se considera el papel de potenciales factores moduladores como elementos que no generan el proceso de estrés, pero pueden aumentar o atenuarlo, hasta finalmente definir la magnitud del estrés en función del “resultado de las discrepancias percibidas entre las demandas del medio y de los recursos para afrontarlas” (Dahab et al., 2010, p.2).

Esta propuesta evidencia los procesos semiautomáticos que atraviesa el individuo al enfrentarse a un evento vital estresante, toma en cuenta variables personales y situacionales-sociales que intervienen en la acción que toma la persona para manejar las demandas que estén excediendo sus recursos. El modelo clarifica que el afrontamiento no solo depende del individuo en sí pero también de las circunstancias que le rodean y le predisponen a tener la capacidad de un afrontamiento más o menos adaptativo. Finalmente, habla de una diferenciación en el tipo de afrontamiento en función de la interpretación objetiva del problema. Esto es relevante para la investigación en curso ya que brinda pautas sobre el proceso que pueden atravesar las PVV al enfrentar su diagnóstico y el curso de su enfermedad, los factores personales que intervienen en esa respuesta al estrés, y es especialmente más comprensivo al considerar el papel de los recursos disponibles del contexto.

Definición de Conceptos Clave

Sintomatología Ansiosodepresiva. Se habla de sintomatología ansiosodepresiva y no de diagnósticos específicos (p.ej. Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno de Ansiedad Generalizada, etc.) ya que es la línea que sigue la mayoría de bibliografía que explora salud mental y factores mediadores en PVV. Además, según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [DSM-5] la tipificación del diagnóstico correspondiente se encuentra en función del tiempo de duración, cantidad, frecuencia, e intensidad de los síntomas, la presentación temporal, y la etiología (APA, 2014). Por eso a continuación se hace una descripción general de lo que la sintomatología ansiosa y depresiva incluye de forma somática y cognitiva.

Sintomatología Ansiosa. La ansiedad es una respuesta anticipatoria normal en el ser humano, pero se torna problemática cuando es excesiva en su intensidad y frecuencia, o cuando persiste más allá del periodo apropiado, y viene acompañada a menudo de alteraciones fisiológicas y conductuales (Fernández López et al., 2012). La ansiedad y el miedo son cercanos y tienen respuestas que efectivamente se solapan. Estas pueden diferenciarse en cuanto el miedo crea una activación autonómica para defensa o huida por la percepción de una amenaza inminente, mientras que la ansiedad se relaciona más a tensión muscular, hipervigilancia, preocupación excesiva y comportamientos evitativos por la percepción de una amenaza futura (APA, 2014).

Sintomatología Depresiva. El DSM-5 describe que el rasgo común de los trastornos depresivos es “la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo” (APA, 2014, p.155). Otros síntomas descritos en el manual incluyen una considerable disminución del interés y del placer por las actividades (anhedonia), agitación o retraso psicomotor, sentimientos de inutilidad o culpa, pérdida de energía (abulia), y pensamientos sobre la muerte.

Hay una importante superposición entre sintomatología ansiosa y sintomatología depresiva que ha sido descrita desde hace muchos años. Comparten la persistencia de síntomas físicos como es el caso de cefaleas frecuentes, desordenes digestivos, y dolores que no corresponden a un diagnóstico médico. También coinciden en los potenciales cambios en el apetito y calidad de sueño, las sensaciones de irritabilidad e inquietud, y las dificultades cognitivas en la concentración, memoria, o toma de decisiones (Roy-Byrne & Katon, 1997). Su alta comorbilidad ha sido determinada como un predictor consistente de mayor cronicidad del malestar y menor adherencia a tratamiento (Lamers et al., 2011).

Es importante destacar que el manual diagnóstico incluye la descripción de los denominados “trastornos de adaptación” en los que se evidencian síntomas emocionales y/o comportamentales desproporcionados en respuesta a un evento vital estresante como una afección médica grave (APA, 2014). Este diagnóstico tiene en cuenta el contexto sociocultural pues reconoce que puede influir en la gravedad percibida de la situación y por ende en la presentación de los síntomas. El cuadro puede incluir un estado de ánimo deprimido, ansiedad, alteración de conducta, de manera conjunta o con manifestaciones por separado. Se diferencia según la frecuencia del factor estresante (único, recurrente, o continuo -como una enfermedad

persistente-), y de hecho aclara que “si el factor estresante o sus consecuencias persisten, el trastorno de adaptación podría continuar y se convertiría en la forma persistente” (APA, 2014, p.287). El juicio clínico puede ser complejo al tener en cuenta los aspectos relacionados con la cultura y lo que realmente define que una respuesta de malestar psíquico sea mayor al que se podría esperar normalmente. Sin embargo, se recalca que el trastorno de adaptación puede tener comorbilidad con otros trastornos mentales, puede definirse cuando los eventos adversos generan un deterioro funcional en la persona, y frecuentemente se presentan como la principal respuesta psicológica a una enfermedad médica (APA, 2014).

Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE). Se definen como acontecimientos que universalmente son capaces de generar estrés en casi cualquier persona independientemente de sus determinantes sociodemográficos (Bogdan et al., 2013). Estos eventos son de alta relevancia para las personas y su ocurrencia representan un cambio vital y un reajuste posterior. En 1967, Holmes y Rahe diseñaron una escala de acontecimientos vitales estresantes que asignaba una puntuación a cada uno de estos eventos, y proponía que la suma de estos podía relacionarse con el tipo de riesgo psicosocial a presentar una enfermedad psicósomática, esta fue publicada como la Escala de Rango de Reajuste Social, pero es más conocida hoy en día simplemente como Escala de Estrés. Dentro de los 10 eventos con mayor carga traumatogénica se encuentran importantes sucesos relacionales (muerte, separación, reconciliación), laborales (desempleo), encarcelación, y acontecimientos de lesión o enfermedad personal (como un diagnóstico de VIH); todas circunstancias que comúnmente vendrán acompañadas de *cambio en las condiciones de vida* que suma su propio puntaje en la escala (Holmes & Rahe, 1967).

La magnitud del impacto psicológico está relacionada a la reactividad individual, sus factores de vulnerabilidad y protección tanto personales como contextuales (Lazarus & Folkman, 1984). De hecho, el estudio y adaptación de la Escala de Estrés de Holmes y Rahe ha probado que estos eventos son transculturales en el sentido de que indistintamente generan estrés y cambios significativos en la vida de todos los individuos. Sin embargo, se ha identificado que las diferentes condiciones ambientales, políticas, económicas y sociales que rodean al individuo pueden efectivamente intervenir en la valoración que las personas le dan a cada uno de los eventos estresantes (Londoño Pérez, 2019).

Factores de Vulnerabilidad y de Protección. Como descrito anteriormente, la capacidad de superar los eventos adversos, recuperarse eficientemente del golpe que supone aquel estresor, recuperar su equilibrio, y adaptarse a su nueva realidad depende de varios

factores (Becoña, 2006). El interés por el estudio de la resiliencia y los factores de riesgo y protección que le dan forma se remonta a los esfuerzos de las ciencias de la salud por conocer sobre la etiología y el desarrollo de la psicopatología (Masten, 1999). Por su parte, Fergus y Zimmerman (2005) se refieren al afrontamiento exitoso de acontecimientos vitales estresantes o experiencias traumáticas y habla de la presencia de factores de riesgo propios del individuo, de su etapa de desarrollo, y de sus circunstancias de vida, como de factores de protección que bien predisponen al individuo a un resultado positivo al enfrentar el estrés o le permiten de mejor manera evitar un resultado negativo.

La conceptualización de los factores se encontrará en función de la situación que se esté analizando (p.ej. delincuencia, consumo de drogas, trastornos de ánimo, etc.). Una propuesta expone que los factores de riesgo son aquellas condiciones que incrementan la probabilidad de tener resultados negativos en áreas como la salud mental o el ajuste social. De manera general, se consideran factores de riesgo importantes los antecedentes de experiencias traumáticas, salud mental, conducta criminal, exposición a violencia, conflicto interpersonal e intrafamiliar (Braverman, 2001). Por otro lado, Polk (1997) describe algunas categorías de factores disposicionales que intervienen en el proceso de afrontamiento, estos incluyen atributos psicosociales (competencia personal, sentido de self), físicos (constitucionales y genéticos), relacionales (roles y relaciones de su círculo inmediato, habilidades interpersonales, apoyo social), y situacionales (habilidades de valoración cognitiva y resolución de conflictos que se manifiestan en la aproximación a estresores). La presencia de estos factores representará un peso positivo, y su carencia aumentará la probabilidad de un resultado negativo en el afrontamiento al estrés (Becoña, 2006).

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Personas que Viven con VIH (PVV).

El VIH es todavía uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial, tanto por su tasa de transmisión que en algunos países no solo persiste sino aumenta, como por la dificultad en una prevención, diagnóstico, y tratamiento efectivo de las personas que viven con el virus (OMS, 2023). Este virus ataca al sistema inmunitario del cuerpo, especialmente a los glóbulos blancos CD4, resultando en un estado absolutamente debilitado y vulnerable a infecciones oportunistas, entre las que se encuentran la tuberculosis, meningitis, y ciertos tipos de cáncer, si no se trata adecuadamente (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2022).

Hasta el año 2022, casi 40 millones de personas estaban viviendo con VIH en el mundo, 2.2 millones de ellas residiendo en Latinoamérica (ONUSIDA, 2022). Globalmente, aunque la incidencia y tasa de muerte se ha acercado a la paridad en los últimos años, el número de casos prevalentes de VIH en hombres y mujeres se mantiene disparado, con más mujeres afectadas y generalmente infectadas en situaciones de violencia en las cuales intervienen otras determinantes interseccionales que rodean al tema de género (Strathdee et al., 2013). Sin embargo, en América Latina el porcentaje de varones adultos viviendo con VIH es mayor que el de mujeres, y los grupos de hombres que tienen sexo con otros hombres y de mujeres transexuales son las poblaciones claves con mayor prevalencia (García et al., 2014). Solo el 86% de PVV conocen su estado serológico y el 75% de ellos cuenta con un tratamiento adecuado y consistente, cifras consistentes con las aproximaciones de contagio que refieren que el 23% de nuevas infecciones son transmitidas por PVV que no saben de su diagnóstico mientras que el 69% se da por personas que no se encuentran en tratamiento antirretroviral (Fauci et al., 2019; ONUSIDA, 2022).

En Ecuador, la última cifra oficial refiere 45 mil personas que viven con VIH residiendo en el país y con un incremento anual aproximado de 3823 casos nuevos (Vélez & Tobar, 2021). El mismo documento refiere que actualmente se contagiaría un promedio de 10 personas al día de VIH, de las cuales con más del doble de frecuencia son hombres. Los datos epidemiológicos son insuficientes y el abordaje protocolarizado de salud mental en PVV es prácticamente inexistente por lo que esta investigación pretende enfocarse en la recolección de datos de la población clave más grande de PVV en el país, en un esfuerzo de identificar factores que estén mediando su respuesta al diagnóstico y, en consecuencia, la calidad de su bienestar.

Estigma. El sociólogo Erving Goffman (1963) define al estigma en su libro *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* como un atributo que relaciona una persona a un estereotipo indeseado, haciendo que otras personas le cataloguen como alguien inferior o inaceptable. Desde la tipificación del VIH hace más de 40 años, uno de los mayores retos que las PVV continúan atravesando después de su diagnóstico es el estigma y la consecuente discriminación con la que se encuentran (Tran et al., 2019). Esta situación aporta al mantenimiento de la epidemia del VIH en cuanto perpetua prejuicios llenos de desinformación, y tiene un impacto en la respuesta de las PVV a su diagnóstico y calidad de vida ya que les enfrenta a circunstancias de aislamiento, distrés, y negación de recursos tanto económicos como sociales (Nachege et al., 2012).

Apoyo Social. La clásica definición se refiere a la extensión en la cual una persona tiene acceso (o percibe que tiene acceso) a ayuda y recursos provistos por la gente que es parte de su red social (House et al., 1985). Una versión más actual propone que se trata de un proceso de interacción social que aumenta y mejora la pertenencia, estima, y afrontamiento de los involucrados, a través del intercambio de recursos psicosociales (Gottlieb, 2000). No obstante, ambas conceptualizaciones coinciden en que dicha colaboración puede presentarse de forma emocional (p.ej. palabras de aliento), instrumental (p.ej. ayudar con un pendiente), o informacional; y su impacto puede diferenciarse según el papel que el proveedor del apoyo tenga en la vida del beneficiario (House et al., 1985).

Generalmente el apoyo social es un factor asociado positivamente con la calidad de la salud mental de las personas, de manera directa a través de los beneficios de las relaciones sociales sanas y de forma indirecta al actuar como un amortiguador contra eventos estresantes (Gariépy et al., 2016). En el contexto de esta investigación, el apoyo social se refiere más al funcionamiento y calidad de las relaciones sociales del individuo más que a la estructura de la red disponible (Bauer et al., 2021). Aunque se considera un factor de protección para todas las personas, más allá de sus características sociodemográficas, sí se identifica que las fuentes de apoyo social varían a través de las distintas etapas del desarrollo humano, ya que mientras que en la infancia y adolescencia la fuente de apoyo social más importante es parental, en la adultez las fuentes de las que más se depende son la pareja, la familia, y finalmente las amistades (Gariépy et al., 2016).

Estado de la Cuestión

Salud Mental y VIH. Los estudios coinciden con las grandes organizaciones de salud en que tener un diagnóstico de VIH es un factor de riesgo para desarrollar dificultades de salud mental tanto por la naturaleza de la infección -una enfermedad crónica que puede ser debilitante y traer otras complicaciones de salud- como por el peso psicosocial que acompaña al diagnóstico (OPS, 2018). Para empezar, se identifica que la comunicación del diagnóstico de VIH supone un impacto tanto psicológico como social por la estigmatización y rol de enfermo que este acarrea (Gallego Deike & Gordillo Álvarez-Valdés, 2001). El VIH “adquiere el carácter de una enfermedad crónica, presentándose como un estresor permanente que impacta el funcionamiento general del individuo y su contexto” (Cardona-Duque et al., 2016, p.943). Además, tiene un efecto en los vínculos interpersonales de las PVV ya que situaciones derivadas al diagnóstico pueden significar cambios en sus relaciones sexoafectivas, generar

distanciamiento de sus afectos, interrumpir actividades personales o laborales, y causar malestar psicológico en general (Carrero & De Arco, 2021). Así, este evento estresor demanda un cambio vital significativo al exigir la adopción de nuevas conductas y hábitos, y un ajuste emocional y cognitivo, tanto para lograr una correcta adaptación a la realidad de su diagnóstico como una exitosa adhesión a su tratamiento antirretroviral.

La mayor comorbilidad de salud mental en el curso de infección por VIH es la depresión que, aunque cada estudio propone su propia prevalencia, generalmente se encuentra entre dos y cuatro veces más que en la población general, con un mayor riesgo durante los primeros dos años después de recibir el diagnóstico de VIH (Klein, 2023; Wolff et al., 2010). Algunos incluso sugiriendo una prevalencia de casi el 50% de trastornos afectivos y abuso de sustancias en pacientes seropositivos en comparación con la población general (Gallego Deike & Gordillo Álvarez-Valdés, 2001). Este último factor es de relevancia pues se considera al abuso de sustancias paralelamente como un factor de riesgo para la propagación del VIH, por lo que tomarlo en cuenta es una necesidad de salud pública (Schadé et al., 2013).

A pesar de que en estudios como el de Schadé et al. (2013) los individuos (PVV HSH) no mostraban una diferencia tan significativa en el tipo de síntomas que experimentaban en contraste su contraparte (HSH no infectados), sí se hallaba una distinción en la intensidad de algunos de esos síntomas. Específicamente, las PVV HSH manifestaban mayores niveles de miedo, ira, y culpa, y tenían una mayor ideación suicida, aunque no intención suicida.

La comorbilidad con sintomatología ansiosa también varía en función del estudio, con una prevalencia que fluctúa entre el 7 y 71%, una brecha que puede deberse a las características específicas y componentes sociodemográficos de las muestras analizadas (Chaudhury et al., 2016). La bibliografía brinda menor información sobre los predictores para el desarrollo de ansiedad y estrés generalizado que para cuadros de depresión (Heywood & Lyons, 2016). Otras reacciones que se encuentran con frecuencia después de la confirmación del diagnóstico incluyen sentimientos de sorpresa, tristeza, culpa, ira, miedo a la muerte (Carrera & De Arco, 2021). Finalmente, las investigaciones también confirman que los trastornos de adaptación se presentan con una frecuencia de 1 de cada 10 PVV posterior a su diagnóstico, siendo “uno de los diagnósticos más comunes en personas [que viven con VIH] referidas a los servicios de salud mental (alrededor de un 30%)” (Gallego Deike & Gordillo Álvarez-Valdés, 2001, p.48).

Adicionalmente, un factor que inclina la balanza hacia las complicaciones de salud mental es el estadio de la enfermedad que se encuentra cursando el individuo, pues se

encuentran correlaciones entre el diagnóstico de SIDA o la aparición de nuevos y complejos síntomas físicos que pueden resultar incapacitantes o que alteran física y estéticamente a la persona, y una debilitada salud mental (Gallego Deike & Gordillo Álvarez-Valdés, 2001). Además, se encuentra una asociación positiva entre aquellos individuos que no siguen un correcto y estable tratamiento y sus elevados niveles de ansiedad y depresión. Es importante recordar que el estado de la salud mental de las PVV tiene un impacto directo en su salud física. Se ha recolectado evidencia de que aquellas personas seropositivas con peor salud reportada (más condiciones crónicas) y mayor sintomatología depresiva suelen tener menor ingreso, resiliencia, apoyo social, y mayor victimización (Emlet et al., 2020). También se identificó que la presencia de sintomatología ansiosa se vio asociada a un menor conteo de indicadores de células CD4 (Heywood & Lyons, 2016).

El estudio de Lu et al. (2019) realizó un seguimiento a pacientes VIH positivo durante el año posterior a su diagnóstico. Los resultados reflejaron que el momento más alto de ideación suicida fue en el momento inmediato después de la noticia, con casi un tercio de los participantes exhibiendo la ideación y un 15% el intento conductual. En la marca de 3 meses el porcentaje se reduce levemente, solo para nuevamente elevarse en los meses posteriores hasta casi llegar a las estadísticas iniciales (Lu et al., 2019). La actual revisión señala que la sintomatología ansiosodepresiva no tiene una tendencia marcada a empeorar en los siguientes años, incluso se comprueba que las PVV que han tenido su diagnóstico por más de 10 años no exhiben más sintomatología que pacientes con un diagnóstico más reciente (Schadé et al., 2013). Incluso se ven relacionados un mejor estado de salud mental percibida con un mayor tiempo de haber tenido el cuadro clínico (Martín Suárez et al., 2002).

Factores de Riesgo y Protección. Un estudio realizado en España por Martín Suárez et al. (2002) encontró que el 76% de sus participantes cumplían con los criterios de ansiedad, y 87% con los de depresión, un 25% exhibiendo sintomatología grave. Este identifica que los factores con peor relación al estado de salud mental percibida son: un estadio avanzado de la enfermedad, mayor nivel de ingresos económicos, y menor número de convivientes familiares. Además, halló que los pacientes con mayor cantidad de convivientes presentaban menos interferencia en calidad de su actividad social (Martín Suárez et al., 2002).

De igual manera, otros estudios apoyan el papel positivo del apoyo social para la salud mental de las PVV. Uno de ellos realizado en Colombia presenta resultados que evidencian una relación directa entre las puntuaciones de bienestar y los dominios de apoyo social (Moreno-

Montoya et al., 2018). Por un lado, el apoyo social funcional (que representaba una ayuda activa) tenía un impacto positivo en el bienestar emocional, el apoyo social afectivo se veía correlacionado con el desempeño emocional y dolor físico, y finalmente el apoyo social de personas de su círculo cercano se veían asociados con las dimensiones de vitalidad y función social (Moreno-Montoya et al., 2018). Las conclusiones son consistentes con estudios previos en otras partes del mundo, pues evidencian asociaciones positivas entre la percepción de apoyo social y la calidad de vida (menores niveles de distrés emocional) en PVV, que por ende pueden adaptarse mejor a su vida post-diagnóstico (Emlet et al., 2020; Prachakul et al., 2007).

De la mano del apoyo social aparecen la resiliencia colectiva y sensación de pertenencia a la comunidad. Un estudio sobre PVV HSH con un muestreo comunitario en Australia demostró que la pertenencia a un grupo con resiliencia colectiva estaba positivamente asociada a un mejor estado de salud mental y bienestar general pues sus miembros eran menos probables de experimentar depresión, ansiedad, estrés, y estigma internalizado asociado al VIH (Lyons & Heywood, 2016).

El factor protector del apoyo social es particularmente importante en países como Ecuador que tienen bajos recursos y dependen mucho de sus estructuras sociales y familiares. En sociedades que se rigen por valores similares al de Ecuador como la vietnamita, los estudios prueban que es justamente la familia la principal fuente de apoyo tanto afectivo como instrumental, lo cual resulta vital en un entorno que por falta de recursos ve limitadas las opciones de apoyo social que pueden ofrecer a sus pacientes (Matsumoto et al., 2017). El mismo estudio sugiere que el apoyo social fue el factor protector determinante para el riesgo de desarrollar depresión en pacientes que estaban recibiendo TARV por un largo periodo de tiempo y cuya salud física se encontraba estable. Cabe recalcar que, al hablar de apoyo social, mayormente se está abordando la *percepción* del apoyo social pues es este el que se desempeña como un predictor significativo para una mejor salud mental en contraste al efecto de apoyo social real (*actual social support*) (McDowell & Serovich, 2007).

Información complementaria a este factor proviene de un estudio realizado en Brasil, donde además de comprobar el impacto positivo de las relaciones sociales sobre la salud mental de PVV en una muestra en Latinoamérica, añadía el curioso dato de la importancia que los participantes le daban al dominio de la espiritualidad (Leite et al., 2017). El equipo investigativo identificó que ambos factores intervenían fuertemente en la elaboración de estructuras de afrontamiento que les eran adaptativas y por ende sumaban a su percepción de

calidad de vida. Esto se explica ya que la vivencia de la enfermedad demanda una reelaboración de algunos procesos de vida, el cual se ve facilitado por una consistente red de apoyo psicosocial y espiritual en añadidura al correcto proceso médico de su tratamiento y seguimiento (Leite et al., 2017).

Por otro lado, otros estudios proponen que la percepción de control y el distrés emocional (medido según los indicadores de ansiedad, depresión, estrés) podrían estar inversamente relacionados. La hipótesis fue puesta a prueba por Remor y su equipo (2001), donde efectivamente se comprobó la relación inversa de las variables, y además se identificó que el momento de mayor distrés coincide con el segundo estadio de la infección por VIH cuando se adquieren las primeras enfermedades oportunistas menores pues es en este momento donde sienten menor control sobre su futuro y se moviliza la ansiedad ante la muerte (Remor et al., 2001).

Otro factor muy importante que interviene en la salud mental de personas que viven con VIH es efectivamente el estigma y la discriminación subsecuente. A pesar del pasar de los años y los esfuerzos político-sociales por realizar campañas para reducir el estigma en contra de PVV, un estudio que hace un seguimiento a servicios de salud mental en Londres por 20 años refiere que la demanda del servicio ha incrementado establemente, con sus pacientes señalando el impacto de la realidad del estigma como uno de los factores que les trae a consulta (Adams et al., 2016).

Se ha visto que estos factores psicosociales están asociados a mayor distrés psicológico, vergüenza, depresión, ansiedad, ideación suicida, y peor calidad de vida (Tran et al., 2019). Además, la experimentación de estigma en los servicios de salud se ha comprobado como una de las mayores barreras para lograr una adherencia optima al tratamiento pues las PVV tenderán a una menor utilización de los mismos y menor acceso a su TARV. También se ha concluido a través de múltiples regresiones lineales que el predictor más significativo tanto de ansiedad como de depresión sería el nivel de estigma internalizado (Murphy et al., 2018). Dentro de esta línea se identifica que las intervenciones psicológicas pueden reducir el estigma internalizado relacionado al VIH, proporcionando apoyo social, y aportando a la mejora de la calidad de vida de las PVV (Rasoolinajad et al., 2018).

Limitaciones en Estudios Previos. Las limitaciones de la bibliografía revisada están principalmente vinculada a los tipos de muestra manejados. La mayoría de los estudios que no eran revisiones sistemáticas y efectivamente buscaban recoger información referían

dificultades en construir una muestra correctamente representativa de la población con VIH del lugar donde se plantea la investigación (Gallego Deike & Gordillo Álvarez-Valdés, 2001). En muchas ocasiones las investigaciones se hacían aprovechando la afluencia de pacientes a unidades de atención integral para VIH de una casa de salud particular, lo que devenía en una delimitación sociodemográfica específica (Tapullima-Mori, 2022). En otras ocasiones se incluía en la muestra solo gente que estaba interesada y por ende aceptaba participar en el estudio, y se especula que los resultados de aquellas PVV que se negaron a participar podrían haber aportado otro tipo de información (Zhao et al., 2019).

Las antes mencionadas dificultades con la población estudiada en ocasiones significan tener que contar con un muestreo no probabilístico, limitado, y que no permite un análisis multivariado (Cardona-Duque et al., 2016). También se reconocen eventuales desbalances en algunas variables que podrían ser significativas, como el género y la orientación sexual, lo que podría representar la introducción de sesgos en los resultados; si bien los autores refieren reconocer el desbalance y tenerlo en cuenta en la interpretación de datos no hay ninguna garantía de que no haya cierto sesgo (Radusky & Mikulic, 2018). Los autores coinciden en la recomendación de realizar un reclutamiento y conformación de muestras que sean más balanceadas en sus variables sociodemográficas o más representativas de la población real de la epidemia de VIH en el lugar de estudio (Cardona-Duque et al., 2016; Radusky & Mikulic, 2018).

Otras dificultades se refieren a la accesibilidad y ejecución de las herramientas cuantitativas que fueron aplicadas. Se resalta el margen de sesgo que puede ocurrir al utilizar cuestionarios de autorreporte, al probablemente existir un sesgo de memoria o de deseabilidad social (Zhao et al., 2019). De hecho, un estudio longitudinal de Niu et al. (2016) recoge las publicaciones sobre VIH y salud mental en China desde el año 1998 hasta el 2014, y reconoce que la gran mayoría se basaban en los resultados de escalas autorreportadas de síntomas, y solo 3 utilizaron herramientas psicométricas estandarizadas para el diagnóstico. Además, el método más usado fue el de muestreo de conveniencia y más de $\frac{1}{4}$ de los estudios no especificaba su estrategia de muestreo. Esto llevó a los autores a concluir que lamentablemente la mayoría de las investigaciones ejecutadas eran de baja calidad y tenían un alto riesgo de sesgo (Niu et al., 2016).

Reconocimiento del Vacío del Conocimiento. La revisión bibliográfica afirma que el recibimiento del diagnóstico de VIH, al ser una infección de carácter crónico y que en

combinación de diferentes factores puede representar una amenaza a la vida, puede ser un evento vital estresante que catalice un deterioro significativo en la salud mental de los sujetos (Cardona-Duque et al., 2016; OPS, 2018; Sherr et al., 2011). Se revela que lejos de ser una ocurrencia esporádica, la prevalencia de cuadros de depresión y ansiedad es considerablemente mayor en personas con PVV, generalmente entre dos y cuatro veces más que en la población general (Klein, 2023; Wolff et al., 2010). La sintomatología se presenta especialmente durante los primeros años posteriores al diagnóstico, y se diferencia de la vivencia de estos cuadros en personas sin VIH al manifestar mayores niveles de ira, culpa, e ideación suicida. De hecho, se ve que la sintomatología de salud mental asociada a la infección no tiende a ser peor en ningún momento que en los primeros años post-diagnóstico. Esto se debe probablemente al impacto inicial que tiene el recibimiento del diagnóstico, los cambios de vida que éste demanda, y las experiencias adversas de discriminación y estigma a las que con frecuencia esta población se enfrenta (Schadé et al., 2013). El tipo de afrontamiento a esta situación se ve mediada por los distintos factores de riesgo y protección con los que cuente el individuo, entre los cuales se destacan la experimentación de estigma -tanto internalizada como externa-, la disponibilidad y percepción de apoyo social, y algunos datos sociodemográficos como la edad e ingreso (Adams et al., 2016; Emler et al., 2020; Martín Suárez et al., 2002; Moreno-Montoya et al., 2018; Plascencia de la Torre et al., 2019; Tran et al., 2019).

A pesar de que hay bibliografía disponible en diferentes partes del mundo sobre la salud mental de las PVV, con resultados bastante consistentes entre sí, son pocos los estudios realizados a nivel de la región, y absolutamente inexistentes en el país. Ya que en Ecuador históricamente se ha evidenciado una carente atención y seguimiento a la salud mental y a la situación de las PVV que viven en el país, se ve un significativo vacío de conocimiento al respecto. Es por eso que esta investigación tiene por objetivo aportar datos objetivos de la actualidad epidemiológica de salud mental de una población clave (HSH) de PVV, específicamente en los primeros años después de su diagnóstico al ser el periodo de mayor vulnerabilidad a desarrollar este tipo de afecciones. Además, se explorarán regularidades y correlaciones con el fin de identificar distintos factores de riesgo y protección que intervengan en la manifestación de aquellos cuadros de salud mental, generando conocimiento que también pueda ser una base para crear, mejorar, y aplicar intervenciones en pro de la salud mental de esta población.

Marco Metodológico

Diseño del Estudio

El enfoque elegido para esta investigación será cuantitativo ya que se pretende recopilar datos y observar condiciones reales que sean relevantes para evaluar la presencia de sintomatología ansiosodepresiva en personas que viven con VIH (PVV) y se encuentran transitando hasta los primeros 5 años post diagnóstico, así como la existencia de factores de riesgo y protección que moderen la vulnerabilidad a aquellos cuadros de salud mental. El objetivo es obtener un reflejo real de la situación, sin que intervengan sesgos del equipo investigador, y que se pueda explicar el fenómeno de estudio a través del hallazgo de regularidades y correlaciones (Universidad de Jaén, 2023).

Las hipótesis han sido generadas antes de recolectar y analizar los datos, la recolección se dará a través de instrumentos psicométricos (cuestionarios) apropiados para las variables consideradas, y el análisis posterior será por medio de programas que faciliten métodos estadísticos. Todo esto se detallará más adelante.

Se usará el método hipotético-deductivo ya que se parte de los antecedentes revisados en el marco teórico que apoyan que:

1. Atravesar eventos vitales estresantes -cómo el diagnóstico de una condición crónica como el VIH- puede ser un catalizador de afecciones de salud mental (Cornejo, 2023; Gasull Molinera, 2006; Gómez Maquet et al., 2020; Holmes & Rahe, 1967).
2. Las PVV son más proclives a transitar cuadros ansiosodepresivos que la población general (Chaudhury et al., 2016; Gallego Deike & Gordillo Álvarez-Valdés, 2001; Klein, 2023; Wolff et al., 2010).
3. Existen factores de protección y de riesgo que actúan como mediadores en el afrontamiento al estrés. La literatura cita el apoyo social y la exposición al estigma como algunos de los factores más usuales en la experiencia de las PVV (Delgado Arenas et al., 2017; Mustanski et al., 2011; Nevedal et al., 2017; Tran et al., 2019).

Además, el estudio sería de carácter exploratorio y descriptivo. Exploratorio ya que es novedoso en el contexto ecuatoriano dado que hasta el momento de la redacción de la propuesta no se registran trabajos previos de esta naturaleza, por lo que se espera que la presente investigación pueda proveer una visión general de lo que sucede al respecto del fenómeno de la salud mental en el país. Descriptivo porque ya que los antecedentes dictan los patrones

anteriormente revisados sobre el tema de interés, el estudio propuesto podría realizar un diagnóstico del fenómeno en una de las poblaciones clave más representativas del Ecuador (Izurieta, 2023; Vélez & Tobar, 2021). Finalmente, se trataría de una investigación observacional (no experimental) de tipo transversal ya que es congruente con un diseño de ejecución rápida y efectiva para lograr un cálculo directo de la prevalencia de la condición que se quiere estudiar y se realizará en un tiempo único con el objetivo de describir variables y analizar tanto su incidencia como su interrelación en dicho momento (Hernández, 2003).

Contexto, Participantes, y Muestreo

La recolección de datos se dará en Ecuador, donde el último Boletín Anual de VIH por parte del Ministerio de Salud Pública (2021) reporta que en Ecuador hay aproximadamente 45 mil PVV, con un incremento de 3823 casos nuevos ese año. De esta cifra, se entiende que solo el 83% tiene un diagnóstico oficial, es decir, cerca de 37350 personas (Vélez & Tobar, 2021). De parte del gobierno se han instalado de manera progresiva 51 Unidades de Atención Integral de VIH (UAI-VIH), distribuidas en todas las provincias del país y administradas por las correspondientes coordinaciones zonales, donde acceder de manera gratuita a control y educación sobre su diagnóstico (Centro Ecuatoriano para la promoción y acción de la mujer [CEPAM], 2023). Sin embargo, no se encuentra instaurado una sistematización de servicios de salud mental para las PVV ni se hallan datos disponibles sobre el estado psicológico de esta población en los boletines del ministerio a cargo. De lo que si se encuentran indicadores es de la percepción que tiene la ciudadanía sobre el VIH, reflejando altos niveles de estigma y rechazo social (Cabezas et al., 2013; Casapulla et al., 2022; Hernández et al., 2020; Vélez & Tobar, 2021).

El muestreo para este estudio sería no probabilístico, es decir, basado en los criterios subjetivos de quien propone el proyecto, resultados de la investigación previa -bibliografía teórica y estudios similares ya realizados- y la consideración de del contexto sociodemográfico de Ecuador y sus consecuentes recursos disponibles. Esta decisión se realizó tomando en cuenta factores relacionados a viabilidad del estudio y a la accesibilidad a una población vulnerable como la de PVV. Dado que la información sobre características sociodemográficas de las PVV en Ecuador es sumamente limitada y poco actualizada, el poder hacer un muestreo probabilístico realmente representativo de la población sería prácticamente imposible. Por esto, a pesar de que los resultados de esta investigación no serán reflejo de la realidad de todas las PVV, se buscará conformar una muestra fuerte de hombres que tiene sexo con otros hombres

(HSH) ya que en Ecuador la razón hombre-mujer de PVV es 2:1 y los HSH es una de las dos poblaciones clave que representan casi la mitad de nuevas infecciones en los países de Latinoamérica (Vélez & Tobar, 2021; OPS, 2017).

La selección de la muestra será no aleatoria por conveniencia considerando la disponibilidad de los participantes quienes serían parte de la investigación de manera voluntaria. Si se considera que, basados en la información del último boletín del MSP (2021) y la tendencia de los 5 años anteriores, cada año aproximadamente hay en promedio 4123 nuevas infecciones por VIH, de las cuales casi el 70% son hombres. La cantidad de personas diagnosticadas con PVV los últimos 5 años, serán aproximadamente 20615, de las cuales cerca de 14431 serán hombres. Sin embargo, no se puede saber con seguridad cuántas personas de ese grupo serán HSH, ya que los datos disponibles son insuficientes. Se propone entonces abarcar una muestra de 1500 personas a nivel nacional, que seguramente sería proporcional a más del 10% de la población de HSH con VIH diagnosticado en los últimos 5 años.

Los criterios de inclusión, además del género (hombre) y tendencia de prácticas sexoafectivas (más allá de su orientación sexual, que tengan sexo con otros hombres), serían el diagnóstico positivo de VIH en los últimos 5 años (hasta 4 años y 364 días desde la confirmación médica del mismo), y la edad correspondiente a población adulta -mayores de 18 años, menores a 50- ya que representa la mayor concentración (+85%) de PVV en Ecuador (Ministerio de Salud Pública, 2018a). Los participantes no deben tener discapacidades intelectuales o psicológicas (cuadros que incluyan despersonalización, desrealización, disociación, delirio) que interfieran en la posibilidad de contestar los reactivos. Finalmente, los participantes deben leer y firmar el consentimiento informado correspondiente al estudio (Ver Anexo A).

Instrumentos

Ficha de Registro de Información Sociodemográfica. Esta será realizada en la plataforma de Google forms por el equipo de la investigación con el fin de recolectar información general sobre el grupo de participantes. Se pretende recolectar datos referentes a edad, procedencia (lugar de residencia y nacionalidad), autoidentificación étnica, nivel educativo, estado civil, situación laboral, ingreso aproximado mensual, y tiempo de diagnóstico de VIH, para posteriormente establecer un análisis de estadística descriptiva (Ver Anexo B).

Escala de Autoevaluación de Depresión de Zung. Esta herramienta fue una de las primeras escalas validadas para medir el constructo teórico de depresión, centrándose en la

identificación de componentes afectivos, fisiológicos, y psicológicos del cuadro (Zung, 1965). El tamizaje que facilita permite la exploración e identificación de sintomatología que representa aportes importantes sobre la clínica que presenta el individuo, especialmente en personas que viven con una enfermedad crónica (Passik et al., 2000). El instrumento consta de 20 preguntas que se responden en cuanto a la frecuencia de los síntomas y se califican según una escala tipo Likert “de 1 a 4 para los ítems negativos y de 4 a 1 para los ítems positivos” (Lozada, 2018, p.4). La Tabla 1 expone los puntos de corte de esta herramienta:

Tabla 1

Puntos de corte de interpretación de la Escala de autoevaluación de depresión de Zung

Tipo de sintomatología	Puntuación
Sin sintomatología depresiva relevante	20-33
Leve + variantes subclínicas	34-40
Moderada	41-54
Grave	55-80

El test puede aplicarse tanto a población general como clínica, en adolescentes y adultos hasta 65 años, logra medir sintomatología aparentemente oculta, y su aplicación y calificación es sencilla (Duch et al., 1999). Si bien en Ecuador no ha habido un estudio amplio sobre su validación, la escala se utiliza con frecuencia en investigaciones locales que exploran depresión. Estudios han ensayado por décadas la estandarización y validación del instrumento en población adulta peruana y colombiana (Benitez Molina & Caballero Badillo, 2017; Novara et al., 1985). Estos estudios reflejaron una buena consistencia interna en función del coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach (López-Pérez & Ávila-Jiménez, 2022). Adicionalmente, en México se realizó una investigación sobre la validación de la Escala de Depresión de Zung en personas adultas con VIH y concluyó que la herramienta psicométrica “posee óptimas propiedades psicométricas de validez de constructo y confiabilidad en personas con VIH” (Rivera et al., 2007, p.135).

Inventario de Ansiedad de Beck. Esta herramienta fue desarrollada por Aaron Beck y su equipo a finales de los 80, está conformado por 21 ítems relacionados a síntomas somáticos (neurofisiológicos) y síntomas subjetivos de ansiedad y pánico (Beck et al., 1988). Las respuestas se dan en función de la intensidad de la sintomatología percibida y la calificación

correspondiente va de 0 a 3, siendo 0 la de menor intensidad. Finalmente, la interpretación de los resultados se da como se muestra en la Tabla 2 según la adaptación que se aplica a la población hispanohablante:

Tabla 2

Puntos de corte de interpretación del Inventario de ansiedad de Beck

Sintomatología ansiosa	Puntuación
Mínima	0-7
Leve	8-15
Moderada	16-25
Grave	26-63

(Sanz, 2014)

Esta herramienta es uno de los instrumentos de mayor popularidad para el screening de ansiedad por lo que muchos estudios se han dedicado a analizar y adaptar sus propiedades, llegando a ser el test más citado en bases de datos científicos (Piotrowski, 2018). Nuevamente, los estudios sobre la validez del constructo en Ecuador son deficientes, aunque el inventario es frecuentemente usado en investigaciones que exploran sintomatología ansiosa e incluso recientemente se han realizado estudios sobre su adaptación y aplicación a poblaciones universitarias y kichwa-hablantes con buenos resultados (Chucho-Cuvi & Andrade-Bayona, 2023; Vargas-Chiarella & Zambrana, 2021). El instrumento ha sido valorado en Argentina y México probando una sólida validez y fiabilidad del instrumento en su adaptación a la población local. De igual manera, los investigadores resaltaron su valor al poder aplicarse en ámbitos tanto investigativos como clínicos, ser de breve administración, y medir sintomatología que no se comparte con la depresión (Díaz-Barriga & González-Celis, 2018; Vizioli & Pagan, 2021).

Cuestionario de Salud “Short Form Health Survey” de 12 ítems (SF-12). Este fue desarrollado a partir del Medical Outcomes Study (MOS): Measures of Quality of Life Core Survey en los 80s que fue una investigación con pacientes con condiciones crónicas cuyo resultado fue la conformación de una encuesta de 116 ítems que mide la calidad de vida y abarca la consideración del estado percibido de salud física, mental, y general (RAND Corporation, 2023). El SF-12 es la versión corta de esta encuesta y fue precisamente desarrollada para contextos de estudio científico en los que se debe restringir el tiempo de

encuesta sin poner en peligro los estándares de precisión. Esta versión cuenta con los mismos 8 dominios con los que fue generado el test: percepción general de la salud, salud física, función física limitada, dolor físico, salud mental, función emocional limitada, y función social (Ware et al., 1996). El instrumento está dirigido a evaluar personas mayores a 14 años, es de fácil y breve aplicación y está diseñado para que el administrador pueda brindar las indicaciones y el examinado pueda llenar de forma independiente las preguntas (King et al., 2005; Vera-Villarroel et al., 2014).

A principios de los 90 se inició el proyecto International Quality of Life Assessment con el fin de traducir y adaptar la aplicabilidad intercultural de los tests de Short Form Health Survey (Aaronson et al., 1992). A partir de ahí, en Hispanoamérica se han usado ampliamente las encuestas en distintas investigaciones y se ha comprobado en repetidas ocasiones su validez. Por ejemplo, en España fue validada identificando valores de alta similitud a los originales y resultados consistentes en que aquellos sujetos de mayor edad y más desfavorecidos (problemas de movilidad, mayor número de trastornos crónicos, y peor salud mental) puntuaban peor (Schmidt et al., 2012; Vilagut et al., 2008). En Chile y Colombia las conclusiones superaron con éxito los estándares propuestos y concluyeron que la escala permite obtener un perfil del paciente que caracterice su estado de salud físico, mental, y social en relación a la calidad de vida asociada a la salud (Ramírez-Vélez et al., 2010; Vera-Villarroel et al., 2014). Finalmente es importante resaltar que el SF en versión 36 ítems ha sido ya utilizada para explorar la relación del estigma sentido y calidad de vida en personas que viven con VIH en Venezuela (Leone & Márquez, 2014).

Escala para la Evaluación del Estigma Sentido de Miric. Esta herramienta fue creada específicamente para la exploración de la vivencia de estigma en personas que viven con VIH. Fue desarrollada en República Dominicana, basándose en el estudio de Berger et al. (2001) en el que construyeron un instrumento para medir el estigma percibido basado en literatura sobre el tema y los aspectos psicosociales de tener VIH. Entre ellos, la consideración de las actitudes y vivencias tanto personales como sociales, generalmente de carácter negativo que las PVV atraviesan en relación a su situación de salud. Miric (2004) la adapta al contexto sociocultural dominicano, hace algunos ajustes para una mejor efectividad, y la aplica a una muestra por conveniencia a nivel de todo el país a través de la red nacional de PVV. La escala es presentada en la conferencia regional de “El Caribe, varios idiomas y muchas culturas, unidos por combatir el VIH/Sida”, teniendo una buena acogida.

La escala cuenta con 18 ítems en total, correspondientes a las siguientes subescalas: estigma personalizado, encubrimiento, auto-estigma, y estigma extensivo; y los resultados hallados en su aplicación fueron consistentes con los de otros trabajos similares (Leone & Márquez, 2014). Se contestan en una escala Likert del 1 al 4, y puede ser completada de manera independiente posterior a la explicación del administrador. La confiabilidad de consistencia interna de la escala completa superó el 0.8 al ser evaluada con el Alpha de Cronbach, y también para las subescalas de estigma personalizado y de encubrimiento. La validez del constructo fue evaluada al realizar correlaciones con otras variables teóricamente vinculadas -autoestima, apoyo social, y depresión- (Miric, 2004). Las correlaciones significativas revelaron que “las personas con altos niveles del estigma sentido tienden a manifestar una autoestima más baja y a percibir menos apoyo social proveniente de su ambiente social, presentando, a la vez, una mayor incidencia de la sintomatología depresiva” (Miric, 2005, p.46).

Procedimiento

El proceso de convocatoria se dará a través de los canales de comunicación facilitados por las instituciones académicas involucradas, empezando potencialmente con la Universidad de las Américas como alma mater de esta investigación. También se buscará hacer alianzas con espacios relacionados a la población de PVV como organizaciones del corte de Kimirina, Surkuna, Fundación Ecuatoriana Equidad, Grupos de Apoyo Positivo, Grupos de Apoyo VIHvir, Red ecuatoriana de psicología por la diversidad LGBTI, Fundación Sendas, Salas de asesoría en prueba voluntaria de la Cruz Roja, Fundación VIHDA, y las Unidades de Atención Integral VIH a nivel nacional. Estas organizaciones son en su mayoría sin fines de lucro y tienen desde su creación un enfoque de tipo comunitario. Comparten el fin de brindar asistencia en la prevención, educación, y puesta en acción de iniciativas para la defensa y ejercicio efectivo de los derechos humanos de las PVV, además de trabajar en la promoción de la salud integral y respuesta al VIH (Kimirina, 2023). Algunas de estas organizaciones han entrado en colaboración con el gobierno para su gestión, como es el caso de Kimirina y la Cruz Roja, y así han podido diversificar sus servicios (asesoría, psicoeducación, realización de pruebas, distribución de profilaxis) y ofrecerlos de manera gratuita o con tarifas diferenciadas (Cruz Roja Ecuatoriana, 2021). Por eso, se considera que su misión se alinea con el último propósito de esta investigación y podrían ser aliados importantes tanto para la captación de participantes como para posteriormente socializar y aplicar la valiosa información que arrojarán los resultados para una mejor ejecución de sus iniciativas y así servir al bienestar de esta comunidad.

Idealmente el contacto con estas organizaciones crearía también una base de datos e información útil para las referencias posteriores a los participantes interesados. Además, serían aquellos los espacios que también potencialmente podrían beneficiarse de la información que arroje la investigación al tener una mejor visión de la situación de salud mental de la población a la que atienden, lo que reconocen de utilidad, sus necesidades, etc.

Una vez realizadas las alianzas la propuesta de investigación pasaría por el comité de ética de la universidad y de aquellos establecimientos colaboradores que así lo requieran. De estar todo en orden, se pasaría a la convocatoria y esta incluiría información sobre el estudio (metodología y objetivos) y los criterios de inclusión, y sería difundida de esta manera, por medio de redes sociales (varias publicaciones semanales por 3 meses) informaciones de contacto (correo/whatsapp), panfletos en las sedes físicas de las organizaciones.

El primer contacto con los participantes que se hayan anotado sería para confirmar que cumplen con los criterios de inclusión. De ser así se les facilitaría los documentos del consentimiento informado y posterior a su firma y registro se enviarían los links para la realización de los reactivos. La recolección de datos se hará de forma virtual a través del llenado de los cuestionarios psicométricos elegidos.

El procedimiento se realizaría una única vez ya que se trata de un estudio transversal.

Análisis de Datos

Para el análisis de datos se utilizará el enfoque PPDAC de MacKay y Oldford (2000). Esta propuesta busca aclarar qué es el método estadístico especificando procedimientos comunes a todas las investigaciones estadísticas y organizándoles en una sola estructura. El modelo consta de 5 etapas, una correspondiente a cada letra de las siglas de su nombre: Problema, plan, data, análisis, y conclusión (MacKay & Oldford, 2000). La primera sección corresponde a identificar y delimitar la cuestión a solucionar, el plan concierne el cómo se abordará y resolverá la pregunta de investigación, la siguiente etapa incluye la adecuada recolección y almacenamiento de datos, el análisis continúa con la manipulación de datos y visualización de resultados, y finalmente la quinta sección se trata de la síntesis y comunicación de resultados (Data Education in Schools et al., 2023). El seguimiento adecuado de las secciones guiaría al investigador a resolver problemas reales basándose en evidencia numérica y utilizando data recolectada por sí mismo, mientras se asegura de un manejo ético de la data.

La planificación de PPDAC para esta investigación es la siguiente:

Problema. En Ecuador hay deficiente información sobre la realidad de las PVV, especialmente en materia de salud mental de la cual no hay datos. El diagnóstico de una condición crónica como el de VIH es un evento vital estresante que pone al individuo en mayor vulnerabilidad a desarrollar dificultades de salud mental. Por eso, se reconoce como impostergable el abrir la investigación sobre el estado de salud mental y bienestar de las PVV.

Plan. La propuesta pretende explorar la prevalencia de cuadros ansiosodepresivos en PVV que pertenecen a una de las poblaciones clave más grandes del Ecuador, HSH, hasta 5 años después de su diagnóstico. Además, se espera encontrar correlaciones con factores como la percepción de estigma, apoyo social, y ciertos datos sociodemográficos que ayuden a clarificar qué factores juegan un papel catalizador o protector ante el estrés emocional.

Las hipótesis que se manejan sobre las correlaciones hasta el momento son que existe una relación inversamente proporcional entre el estigma percibido y el estado de salud mental y bienestar; y hay una relación directa positiva entre el apoyo social percibido y el estado de salud mental y bienestar.

Datos y Análisis. El análisis de datos se realizará a través del software estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* [SPSS] de IBM. Se elige este programa ya que permite realizar procedimientos estadísticos avanzados de alta precisión con una interfaz intuitiva y suficientemente amigable con el usuario incluso para aquellos que no acostumbran a trabajar con la parte cuantitativa y no manejan un lenguaje de código. SPSS permite extraer información procesable de los datos que se ingresan, soportando un gran número de categorías y entradas de datos. Además, cuenta con un almacenamiento local de datos muy efectivo, lo que aumenta la seguridad del proceso (IBM, 2023). Primero se ingresarán los datos en la plataforma y se efectuará un análisis de normalidad en relación con las variables (factores sociodemográficos explicitados en el instrumento Ficha de Registro) (Tapullima-Mori, 2022).

Se pretende obtener estadística descriptiva que explore la tendencia central (media, mediana), y la variabilidad (desviación estándar, rango, frecuencia) para examinar tendencias de salud mental según las diferentes características sociodemográficas de la muestra. Las variables con valores numéricos serán la edad, el ingreso aproximado mensual, y el tiempo de diagnóstico, mientras que el resto de las variables corresponderán a la procedencia (lugar de residencia y nacionalidad), autoidentificación étnica, nivel educativo, estado civil, y situación laboral.

Por la parte de la estadística inferencial, se espera utilizar métodos efectivos para examinar la asociación entre variables y comparar promedios entre grupos. Se empezará por realizar un análisis múltiple de variancia (MANOVA) para así comparar las puntuaciones de las diferentes escalas aplicadas y determinar si existen diferencias significativas entre los distintos niveles del factor salud mental -intensidad del cuadro ansioso y depresivo- (Góngora & Casullo, 2009). En este caso se introducirían como variables dependientes las puntuaciones de los diferentes reactivos (ansiedad, depresión, calidad de vida, estigma) y como variables independientes las categorías exploradas en la exploración sociodemográfica (edad, procedencia (lugar de residencia y nacionalidad), autoidentificación étnica, nivel educativo, estado civil, situación laboral, ingreso aproximado mensual, y tiempo de diagnóstico de VIH).

Para determinar la influencia de las distintas variables (sociodemográficas y estigma percibido) sobre la puntuación del cuestionario SF-12 para cada dimensión (percepción general de la salud, salud física, función física limitada, dolor físico, salud mental, función emocional limitada, y función social) se realizará un análisis de regresión lineal simple (García Ordóñez et al., 2001).

Planificación de Actividades por Cada Objetivo Específico

Tabla 3

Cronograma de actividades por objetivo

Objetivo	Actividades por objetivo	Inicio	Fin
O.1. “Determinar el papel del apoyo social frente a la sintomatología ansiosodepresiva y calidad de vida en HSH que son PVV y se encuentran transitando sus	A.1.1. Establecer alianzas con organizaciones que puedan difundir la convocatoria.	M0	M0+1
	A.1.2. Convocar, filtrar, y reclutar participantes.	M0+1	M0+3
	A.1.3. Enviar reactivos y recolectar datos.	M0+3	M0+4
	A.1.4. Analizar datos.	M0+6	M0+8
	A.1.5. Reportar resultados.	M0+9	M0+12
	A.1.6. Reportar conclusiones.	M0+13	M0+16

primeros 5 años posteriores al diagnóstico de VIH”	A.1.7. Integración de resultados (todos los reactivos) + Reporte de resultados generales y conclusiones	M0+10	M0+16
O.2. “Explorar la relación del estigma percibido con la presencia de sintomatología ansiosodepresiva y calidad de vida en este grupo”	A.1.8. Contacto con participantes interesados en sus resultados + referencia a servicios correspondientes	M0+17	M0+20
	A.1.9. Desarrollo de propuesta de intervención	M0+21	M0+25
	A.1.10. Presentación de propuesta de intervención	M0+26	M0+30

Nota. O = Objetivo; A = Actividad; M = Mes

Reflexividad de la Investigadora

Quien propone la investigación trabaja activamente con y es una aliada de la población LGBTIQ+ y personas que viven con VIH. Cree firmemente en la necesidad de una búsqueda activa de justicia social para garantizar los derechos humanos de aquellos grupos que han sido sistemáticamente descuidados y discriminados. El trabajo en la academia, sobre todo con enfoque comunitario y reconociendo los vacíos de conocimiento que existen, puede ser una herramienta muy valiosa para exponer la realidad de estas poblaciones y en consecuencia servirse de la información recolectada para construir y mejorar alternativas de atención que puedan cuidar sus derechos y satisfacer sus necesidades.

No se considera que la postura de la investigadora pueda interferir con la construcción de conocimiento, especialmente considerando que se trata de una investigación cuantitativa en la que el contacto con los participantes es breve y poco personal. Sin embargo, se atiene a la práctica de las consideraciones éticas que serán descritas a continuación y propone revisiones periódicas de un tercero (p.ej. comité de ética) que pueda darles seguimiento a los avances de la investigación e intervenir con observaciones y recomendaciones en caso de identificar sesgos o interferencias de riesgo.

Consideraciones Éticas

Se comprende la vulnerabilidad que implica compartir experiencias personales que están relacionadas a la salud mental y la vivencia de una condición crónica de salud como el

VIH que altera la vida como uno la conoce a partir del diagnóstico. Por eso, la participación en el estudio es voluntaria, habiéndoles sido expuestos la propuesta de investigación y los objetivos de intervención posterior, para que los sujetos puedan decidir sobre su participación. Se realizará un consentimiento informado que incluya nuevamente la descripción del proyecto, los reactivos a utilizarse con su justificación correspondiente, obligaciones y derechos de los participantes entre los cuales se revisa temas de confidencialidad, manejo de datos (codificados en plataformas encriptadas, privadas, y seguras, y la opción a retirarse en cualquier momento que lo decidan. Se llevará un detallado registro de aquellos participantes interesados en conocer los resultados de sus evaluaciones después de su colaboración y recibir recomendaciones pertinentes según los mismos. Estas recomendaciones incluirían referencias a diferentes recursos de psicoeducación, grupos de apoyo, organizaciones de salud VIH, intervención psicológica con especialistas con conocimiento en el tratamiento de personas VIH positivo y población LGBTI que ofrezcan servicios gratuitos o de tarifa diferenciada.

Lamentablemente el Ecuador carece de un código deontológico que regule la práctica ética de los psicólogos tanto en la clínica como en la investigación. No obstante, se espera que las prácticas se realicen en concordancia de los Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta de la APA (American Psychological Association, 2017). Finalmente, los investigadores involucrados deberán aprobar los cursos de Human Subject Protection y Responsible Conduct of Research del Collaborative Institutional Training Initiative (CITI Program), reconocida institución que provee educación en ética de la investigación para miembros de la comunidad científica, además de otros requisitos de formación que los comités de bioética de las organizaciones que se vean implicadas puedan requerir.

A continuación, se detallan los posibles riesgos previsibles para los participantes involucrados en la investigación propuesta, mismos que deberán ser tomados en cuenta por el comité de ética al evaluar el posible valor de la investigación y los requisitos para la investigación de sujetos humanos. Al ser la aplicación de reactivos en línea, a distancia, las probabilidades de afección a su bienestar físico son inexistentes. El riesgo de daños morales se ven minimizados al priorizar la libertad de elegir que tiene el participante de involucrarse o no en la investigación, como también de abandonar la misma en cualquier momento del proceso si así lo desea y tener todos los datos personales que hayan sido recolectados hasta ese punto eliminados de la base de datos. Además, se les facilitará información detallada sobre la investigación en los primeros contactos y de manera explícita por escrito en el consentimiento informado para facilitar su autonomía y derecho a una decisión informada.

La información personal de los participantes será cuidadosamente codificada y almacenada, no obstante, el equipo de investigación no puede garantizar que el *setting* del participante sea el mejor para salvaguardar su privacidad e integridad física. Es decir, si el participante decide realizar los reactivos en un dispositivo electrónico no personal y deja las páginas de los tests abiertas, los consentimientos disponibles al acceso público, etc. y eso tiene consecuencias negativas para la persona al revelar inadvertidamente información sensible. Se considera que el riesgo para ese caso tanto en lo moral como en lo social es leve, pues los reactivos de test no se descargan, simplemente se resuelven y envían en línea, y el documento de consentimiento es uno solo por lo que sería sencillo de identificar en la carpeta de descargas y organizar u eliminar correctamente. Sin embargo, dentro de las instrucciones para el llenado de los formularios se proveerán recomendaciones para evitar dicha situación como el uso de un dispositivo privado, la eliminación del historial de internet, la revisión del lugar de descarga del archivo de consentimiento, la utilización de ventanas de incognito de internet, entre otros, de forma que los sujetos puedan servirse de ellas en caso de así requerirlo.

Por el lado de daños psicológicos se advierte la posibilidad de que los participantes puedan experimentar cierto malestar al enfrentarse a reactivos que exploran su estado de salud mental, calidad de vida, y experimentación de eventos adversos relacionados a su diagnóstico (estigma). También pueden atravesar un estado negativo emocional al, en caso de manifestar interés en recibir sus resultados, aprender sobre los diferentes puntajes y correspondientes interpretaciones. Este riesgo de tipo moderado será explicitado en el consentimiento y abordado en la misma entrega de resultados, que irá acompañada, independientemente de su naturaleza, de referencias a los distintos servicios de las organizaciones antes descritas para que puedan acceder a espacios seguros que les permita gestionar lo que se ha generado.

No se reconocen riesgos de daños sociales que puedan producir disrupción en sus redes sociales o relaciones interpersonales, daños jurídicos, o financieros. Desde el momento de la convocatoria se hará disponible tanto un número de teléfono como un correo electrónico al cual los participantes podrán comunicarse en caso de tener dudas, comentarios, o recomendaciones. Se considera que el balance entre los potenciales beneficios y riesgos para los participantes es efectivamente positivo.

Viabilidad de la Investigación

Hasta el momento no ha habido investigaciones similares en el contexto por lo que no hay antecedentes específicos sobre la ejecución y viabilidad. No obstante, esto suma no solo a

los riesgos y limitaciones a hacer el proyecto, pero a los riesgos de no hacerlo. Es una injusticia, una parte esencial de los déficits a los que sistemáticamente se ven expuestos las PVV, el que no se realicen investigaciones sobre su salud mental y su vivencia del diagnóstico. Sin embargo, es importante que el equipo de investigación realice junto a su institución de cabecera (p.ej. la universidad a la que se encuentren asociados) un adecuado análisis de la viabilidad financiera (cuándo se puede ejecutar el proyecto), económica (rentabilidad y coste total), y técnica (recursos).

Hay que tomar en cuenta que el proyecto demandaría un equipo de investigación, pues la cantidad de trabajo sería excesiva para una sola persona y podría dar paso a un mayor margen de error y sesgo, lo que representaría un mayor presupuesto para la ejecución del proyecto. Además de los sueldos correspondientes, se requerirían suscripciones a algunas plataformas de análisis de datos para la tabulación estadística, codificación y seguridad de los datos obtenidos, y reporte de resultados; a bases de datos de investigación para la ejecución de un mejor marco teórico, softwares para la calificación de reactivos como para el caso del cuestionario SF-12.

Si la totalidad del presupuesto no puede ser gestionado por los investigadores e institución a cargo, se procederá a buscar inversores externos. Se buscarían tanto interesados nacionales como internacionales, empezando por explorar posibles alianzas que permitan la colaboración con el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Inclusión Económica y Social.

Por otro lado, en la página web de la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación [SENESCYT] hay recomendaciones sobre distintas instituciones internacionales de financiación; algunas de las plataformas a las que este proyecto podría postularse serían la Bill and Melinda Gates Foundation, el Programa de Ayuda Directa de la Embajada de Australia para la región, el National Institute of Health de Estados Unidos, el International Institute for the Social Sciences, y las Naciones Unidas -específicamente el organismo a cargo del Fondo de Población que se encarga de temas sobre salud sexual y reproductiva- (SENESCYT, 2023).

En caso de ser absolutamente necesario el proyecto podría hacer un recorte de la muestra, hasta al 5% de la población total de interés de estudio, para ajustarse a temas presupuestarios, pero cuidando el potencial de la representatividad y calidad de la muestra.

Resultados Esperados

A pesar de que su ocurrencia es un hecho, la prevalencia de sintomatología ansiosodepresiva en PVV refiere una amplia variabilidad de cifras que puede deberse a factores sociodemográficos de las muestras, la diversidad de instrumentos utilizados, y otras características específicas de ese tipo (Chaudhury et al., 2016). La presencia de sintomatología depresiva según los estudios analizados en esta investigación ronda el 38% en personas que viven con VIH (Cai et al., 2020; Wolff et al., 2010). Incluso en estudios con una muestra apegada en sus delimitaciones a la que propone este escrito (p.ej. rango de edad, HSH), los porcentajes coinciden con que cerca del 30% de la población examinada exhibe rasgos de depresión moderada-severa (Cardona-Duque et al., 2016; Murphy et al., 2018). Además, se identifica que después del diagnóstico hay un aumento en la ideación (26%) e intención autolítica (cerca del 18%) (Gallego Deike & Gordillo Álvarez-Valdés, 2001; Lu et al., 2019).

Por otro lado, la prevalencia de ansiedad tiende a presentarse en una variabilidad de resultados en los distintos estudios ya que no hay unanimidad sobre la consideración de tomar en cuenta episodios aislados de ansiedad o solo aquella sintomatología que, cumpliendo con los rigurosos criterios del DSM, han perdurado por al menos 6 meses (Gallego Deike & Gordillo Álvarez-Valdés, 2001). Los rangos pueden ser tan amplio como el 5 y el 20% o como el 7 y 71%; sin embargo, los estudios revisados para esta propuesta coinciden en tasas que superan el 20% para sintomatología ansiosa grave (Cai et al., 2020; Cardona-Duque et al., 2016; Chaudhury et al., 2016; Gallego Deike & Gordillo Álvarez-Valdés, 2001).

Hay que tomar en cuenta también que estos cuadros de salud mental se ven significativamente asociados a los determinantes socioculturales a los que las PVV se ven comúnmente enfrentadas por su diagnóstico (Mustanski et al., 2011). Con frecuencia se identifican procesos de auto-marginación (auto-estigma), apoyo social reducido, y experiencias de discriminación, que aportan al deterioro de su bienestar mental (Nevedal et al., 2017). Por una parte, se ve que el apoyo social tiene una relación directa con el bienestar emocional de las PVV y su calidad de vida (Moreno-Montoya et al., 2018). Se constata que las PVV que cuentan con menor apoyo social manifestaban mayores niveles de sintomatología depresiva y mayor estigma percibido, pues la interacción y compañía de otras personas protegía y favorecía positivamente la autoestima y la autoconfianza (Emler et al., 2020; Prachakul et al., 2007). Además, se confirma que el predictor del desarrollo de sintomatología ansiosa es el estigma internalizado (Murphy et al., 2018). Esto también lo afirma Miric (2005), creadora del instrumento para medición de estigma en PVV, en su estudio previo al desarrollo de la

herramienta: las puntuaciones que se hallaron correlacionadas con mayor significancia al estigma sentido -tanto de forma total como en sus subescalas (estigma extensivo, encubrimiento, y autoestigma), fueron las de las escalas de depresión. De igual manera encontró que la escala de estigma extensivo, el referente a la percepción y anticipación de situaciones de discriminación y actitudes estigmatizantes de la sociedad, está directamente vinculada a la percepción de apoyo social inmediato (Miric, 2005).

Finalmente, se reconoce que hasta un 35% de las personas que viven con VIH reportan una calidad de vida de moderada a insatisfactoria y cerca del 50% experimenta estigma sentido de relevancia clínica (Leone & Márquez, 2014). Lamentablemente, la investigación refiere que, en el grupo etario de interés para este estudio, hasta un 70% de las PVV reconocen un bajo apoyo social en sus vidas (Cardona-Duque et al., 2016).

La expectativa es que los resultados de la aplicación de esta propuesta de investigación arrojen datos consistentes con la bibliografía revisada. Según lo cual, con una muestra aproximada de 1500 personas a nivel nacional proporcional más o menos al 10% de la población de HSH en Ecuador que han sido diagnosticados con VIH en los últimos 5 años, se espera que aproximadamente el 38% (570) presente sintomatología depresiva, un 20% (300) sintomatología ansiosa, cerca del 70% (1050) manifestará un apoyo social deficiente, alrededor del 50% (750) referirá experimentar estigma de significancia clínica, y un 35% (525) referirá una calidad de vida no satisfactoria.

Propuesta de Intervención

Nivel de Intervención

Se elige una propuesta de intervención clínica a modo de plan piloto con la intención de complementar el aporte de la investigación encaminada. El estudio representaría una contribución importante al campo desde la teoría, brindando una visión del panorama actual de la salud mental en esa segmentación de la población de PVV. Mientras que la implementación de la intervención clínica sería la oportunidad de devolverle a la comunidad por su accesibilidad y generosidad al formar parte del proyecto. El seguimiento a las diferentes etapas de implementación, la introspección del proceso de aprendizaje que significaría abordar un plan de esta categoría, podría reflejar datos muy interesantes que reafirmen las primeras hipótesis generadas para esta investigación. Por ejemplo, si los primeros resultados referían que las personas que exhibían un nivel de sintomatología ansiosodepresiva grave, tenían bajo apoyo social percibido, y altos niveles de estigma; y durante esta intervención se busca generar y

reafirmar redes de apoyo social y trabajar en una psicoeducación que disminuya el estigma y favorezca la autoestima, y los resultados son positivos, se identificaría una disminución de la sintomatología, mayor apoyo social y menor estigma. De esta manera se podrían realizar conclusiones más contundentes sobre aquellos factores que influyen en la salud mental de las PVV y cómo funciona una intervención similar a las que ya han sido efectuadas en escenarios parecidos en otros países -con buenos resultados- en Ecuador.

Objetivos de la Intervención

Objetivo General. Promover una disminución de sintomatología ansiosodepresiva en HSH que son PVV y se encuentran transitando sus primeros años (5) posteriores al diagnóstico de VIH.

Objetivos Específicos. Facilitar un espacio de apoyo social para los participantes.

Fomentar estrategias saludables de afrontamiento al estigma percibido en los participantes.

Mejorar la calidad de vida de los implicados.

Población Objetivo

La intervención estará dirigida a la misma población que fue objeto de estudio: HSH que han tenido un diagnóstico reciente de VIH (<5 años). En función de la convocatoria inicial, el piloto de la intervención se aplicaría en la provincia de mayor afluencia de participantes. A aquellos que no deseen ser parte de la intervención se les sugerirán diferentes recursos para su psicoeducación y salud mental para que puedan beneficiarse de ellos en caso de así decidirlo. No obstante, se les consultará sobre la posibilidad de que vuelvan a participar llenando más adelante la misma batería de exámenes que se les fue administrada originalmente, con el fin de conformar un grupo de control.

Como la bibliografía indica, la terapia de grupo es más costo-efectivo que la terapia individual, y a pesar de que el índice de abandono es mayor, su eficiencia y efectividad es muy cercana (Cuijpers et al., 2008). Por eso, se espera que la mayor cantidad de personas puedan beneficiarse de esta propuesta. Se pretende incluir a participantes con niveles de ansiedad y depresión desde un nivel subclínico hasta un nivel moderado-grave. Sin embargo, participantes con niveles muy altos de sintomatología y respuestas positivas para ideación e intención suicida, serían efectivamente descalificados. De igual manera, la presencia activa de cuadros psicóticos y trastornos de personalidad, así como de infecciones oportunistas que estén

agravando considerablemente la salud de la PVV constarían como un criterio de exclusión. Por un lado, con esta decisión se pretende reducir las probabilidades de interferencias en el desarrollo normal del grupo ya que participantes gravemente desregulados, con alta reactividad emocional e impulsividad conductual han sido asociados a peores resultados en la terapia grupal, afectando no solo a sí mismo, pero para todos los miembros del conjunto (Ford et al., 2009).

Como parte de la primera evaluación pre-intervención se aplicará un test de personalidad para poder apartar del grupo de intervención a participantes con rasgos consistentes con trastornos de personalidad del Grupo A (paranoide, esquizoide, esquizotípico) y Grupo B (histriónico, antisocial, narcisista, inestabilidad emocional subtipo impulsivo o límite). El reactivo elegido para realizar un cribaje breve, pero con adecuada sensibilidad y especificidad es el Cuestionario Salamanca de Trastornos de la Personalidad (Pérez Urdániz et al., 2004). Este cuenta con 22 ítems, “resumiendo con la mayor precisión posible los valores de cada constructo y adaptándolo a un lenguaje lo más coloquial posible para facilitar la identificación de cada paciente con cada criterio” (Caldero, 2014, p.109). La instrucción es sencilla, el participante debe contestar según sea su manera de ser habitual con una respuesta inicialmente dicotómica de verdadero o falso; en caso de ser verdadero debe señalar la frecuencia de su respuesta (p.ej. si es una situación que se da a veces, con periodicidad, o siempre). El punto de corte usual suele ser 2/3 pero puede ajustarse a 5/6 para reducir lo más posible los potenciales casos de falsos positivos (Giner Zaragoza et al., 2015).

Se considera que a través de esas herramientas de sondeo se podrá tener una buena base para lograr un grupo más homogéneo y salvaguardar la integridad de los participantes que efectivamente transiten una sintomatología que probablemente no les permita beneficiarse como se pretende. Además, la exposición a cierta información e interacciones podría resultar *triggering* para estas personas, poniéndoles en un riesgo real de experimentar mayor malestar. Por su parte, estas personas recibirían un seguimiento cuidadoso de parte del equipo (p.ej. check-ins periódicos vía telefónica por un tiempo de 2 meses) para asegurarles referencias a servicios de salud mental, a través de los colaboradores del proyecto, que puedan facilitarles la atención individualizada que necesitan antes de considerar su integración a intervenciones grupales como la que se plantea en esta propuesta.

Fundamentación de la Intervención

La terapia grupal es una forma de tratamiento dirigida a un conjunto de personas que comparten una misma situación que genera un malestar físico y/o mental (una condición de salud, acontecimiento de trauma, etc.) y que es guiado por uno o más terapeutas con el fin de guiar a los participantes hacia un cambio (Ezhumalai et al., 2018). La intervención se fue desarrollando de forma orgánica a través del tiempo, pero la primera documentación formal del uso de grupos de apoyo como forma de tratamiento se da en 1905 de la mano de Joseph Hersey Pratt (López-Yarto, 2002). Este médico de Boston se vio movilizado por aquellos enfermos que por dificultades económicas no podían acceder a revisiones de salud más frecuentes por lo que Pratt decide diseñar intervenciones grupales con componentes de apoyo social y educación en los cuales transmitía información sobre su autocuidado (alimentación, trabajo, descanso, y vida familiar a partir de su diagnóstico). Años después, Edward Lazell, psiquiatra, se enfoca en tratar a soldados que regresaban de la guerra a Estados Unidos y traían consigo sintomatología psicótica. Ambos galenos advierten que parte esencial del éxito de estas intervenciones yacía en la naturaleza del colectivo pues esta facilitaba abordar los síntomas del malestar, pero también la situación global de la persona, les permitía a sus integrantes expresarse en libertad y apoyarse en otros en situaciones semejantes, y recibir información adecuada sobre su tema de salud (López-Yarto, 2002). Después, la aplicación de la terapia en grupo fue puesta a prueba en personas privadas de la libertad, pacientes dados el alta de instituciones psiquiátricas, personas con neurosis, dependencia al alcohol, y sobrevivientes de la guerra (Ezhumalai et al., 2018).

A partir de esas primeras intervenciones, se vio una importante influencia del psicoanálisis, de la dinámica de grupo, y de la corriente existencial-experiencial (López-Yarto, 2002). Al final del anterior siglo, Irvin Yalom (1995), el reconocido psiquiatra existencial, se dedicó a analizar diferentes tipos de grupos -desde grupos de enfoque didáctico hasta pequeños pero intensos grupos de terapia- con el fin de destilar aquellos factores comunes que actuaban sobre la efectividad de la intervención al generar procesos de cambio en sus miembros. Los nueve factores terapéuticos que se describen a continuación se encuentran en mayor o menor medida en prácticamente todos los escenarios de terapia grupal y prueban ser relevantes para el éxito del mismo, por lo que deben ser considerados al añadir técnicas terapéuticas o pretender enfoques terapéuticos específicos. Los factores grupales de Yalom son los siguientes: infusión de esperanza, universalidad (alguien más experimenta sufrimiento similar al propio), transmisión de información (psicoeducación), altruismo, recapitulación del grupo familiar

primario (basado en la teoría del apego) y aprendizaje interpersonal, desarrollo de técnicas de socialización, aprendizaje vicario, cohesión grupal, y catarsis (Yalom, 1995). Complementario a este hallazgo, otros autores desarrollan modelos inspirados por esta propuesta e influenciados por la literatura que apoya la eficacia del enfoque de grupos para algunos tratamientos. Por ejemplo, el modelo grupal de Burlingame et al. (2004) que propone que la aplicación de las teorías y técnicas formales será mediada por el proceso grupal conformado por factores relacionados al consultante, el mediador o líder, y a la estructura misma del grupo, y todo esto junto determinará el resultado terapéutico de la intervención.

Algunos de los beneficios de la terapia grupal es que ésta es más eficiente y puede ser ofrecida de forma más amplia que la psicoterapia individual, lo cual es relevante para el ambiente sociopolítico actual en el que es particularmente importante cuidar los costes de la salud. Esta metodología permite brindar intervenciones específicas a un mayor volumen de consultantes sin necesariamente trivializar la efectividad de las mismas. Además, la naturaleza del formato grupal favorece el alivio del aislamiento y falta de integración social que puede caracterizar a los cuadros post-trauma (Ford et al., 2009). Al facilitar un ambiente de respeto, contención, y seguridad, los participantes tienen la oportunidad de contar su historia, enriquecerse de otras experiencias, y aprender de las formas en que otros han enfrentado y gestionado la potencial vergüenza, culpa, tristeza, soledad, e impotencia que acompañan a su situación de vida. Durante la terapia grupal los participantes pueden finalmente resignificar aquellos eventos que cambiaron su vida (p.ej. una pérdida, accidente, diagnóstico, etc.) y recuperar su sentido de identidad. Esto también garantiza mayor reducción de estigma y aprendizaje vicario que la terapia individual (Bieling et al., 2022).

Uno de los enfoques más reconocidos de terapia es el Cognitivo Conductual (TCC), que incluso cuenta con varios protocolos para su aplicación a escenarios grupales y poblaciones específicas (p.ej. para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Social). Aunque sus protocolos han sido revisados y comprobados, generando solida evidencia de su eficiencia y eficacia, estos están fuertemente basado en las estrategias de tratamiento individual de TCC por lo que en ocasiones puede priorizar el entrenamiento de ciertas habilidades sobre la interacción en sí del grupo. Por eso, hasta el momento uno de los más importantes aprendizajes sobre terapia grupal es la necesidad de verla como más que la aplicación de técnicas de manera simultánea a múltiples clientes y en su lugar privilegiar la naturaleza de los procesos grupales, la parte relacional, a la cual se le integra técnicas terapéuticas de uno o varios modelos (Bieling et al., 2022). De hecho, algunos de los modelos derivados de la tercera ola de terapias cognitivo-

conductuales como la Basada en la Compasión y la de Aceptación y Compromiso también han probado integrarse bien a la estructura inicial de TCC para grupos (Skinta et al., 2015).

Además de su aplicación efectiva para tratar desordenes de salud mental, la terapia de grupo ha probado ser muy útil en diferentes contextos clínicos. Hecho importante para este momento donde comienza a haber un mayor interés en ubicar el bienestar del paciente en el centro del todo, donde el mismo paciente empieza a demostrar mayor consciencia y participación en sus procesos de salud, y el cuidado psicológico pasa de ser periférico a una parte esencial del cuidado integral y multidisciplinario de la salud (Leszcz, 2020). Sería muy extenso cubrir todas las aplicaciones que se le ha dado a la terapia grupal en el área de la salud, pero un compendio de la American Group Psychotherapy Association redacta algunas de ellas y sus resultados más notables. Entre estas se encuentran una mejoría del dolor percibido, distrés emocional, y calidad de vida en pacientes con síndrome del intestino irritable y pacientes con dolor crónico; y sumado a esos resultados, una mejoría de autoeficacia, autoestima, y autocuidado en pacientes con enfermedades de curso crónico (Barlow et al., 2015).

Específicamente para el tratamiento de personas que viven con VIH, se han expuesto desde hace al menos 30 años modelos grupales que permitan trabajar afecciones de salud mental asociadas a su diagnóstico. Estudios durante los 90 encontraron buenos resultados tanto en intervenciones conductuales como el entrenamiento comportamental de manejo de estrés para reducir niveles de estrés y depresión en PVV; como en intervenciones cognitivas para reducir la sintomatología ansiosodepresiva y sensación de culpa, y desarrollar mejores herramientas de afrontamiento en HSH con VIH (Folkman et al., 1991; McKusick et al., 1985). Según Kelly et al. (1993) a medida que ha pasado el tiempo, se ha ido comprobando que los mejores y más usados enfoques para tratamiento de terapia grupal para PVV son la TCC y los grupos de apoyo social. El primero ayuda a los participantes a ganar habilidades para manejar y reducir el estrés de forma más adaptativa, y alterar cogniciones que exacerben su depresión. Mientras que el segundo, aunque tiende a ser una intervención menos estructurada, prioriza el aprendizaje vicario, la catarsis, y la presencia del grupo como una herramienta de soporte entre pares que pueda aliviar el malestar emocional. Uno de los primeros estudios en contrastar las dos propuestas en un ensayo aleatorio controlado comprobó que a pesar de que ambas intervenciones produjeron una reducción significativa en sintomatología depresiva, y niveles de hostilidad y somatización, el grupo de apoyo social también permitió una reducción en síntomas psiquiátricos, y probaron mantenerse mejor a largo plazo (Kelly et al., 1993).

El exponencial incremento en la cantidad de estudios sobre potenciales tratamientos de formato grupal para abordar el estigma, y la sintomatología ansiosodepresiva en PVV que ha existido durante los últimos 15 años han facilitado interesantes introspecciones al respecto (Biel et al., 2021). Estas investigaciones han permitido identificar que las intervenciones de tipo TCC y apoyo social, con componentes de desarrollo de habilidades y módulos de psicoeducación, “incrementan de forma significativa su grado de información acerca de la enfermedad, lo cual puede facilitar un adecuado afrontamiento de la enfermedad” (Ballester Arnal, 2003, p.521). Esto aporta a que se vea una mejoría significativa especialmente en el estigma interiorizado, sintomatología ansiosa y también depresiva (Biel et al., 2021). Además, es interesante destacar que uno de los mayores obstáculos en la población general para buscar ayuda psicológica es efectivamente el estigma asociado a la terapia, el estigma que rodea su circunstancia de salud, y el autoestigma ejercido desde los sesgos de la información deficiente sobre su diagnóstico y el miedo a perder su autoestima por pedir ayuda. La experiencia de participar en tan solo una sesión de terapia grupal puede tener el potencial de reducir el estigma percibido y el autoestigma lo suficiente para motivar el asistir a una siguiente sesión y mantearse en el proceso terapéutico (Wade et al., 2011).

Actividades y Procedimiento de la Intervención

La propuesta de intervención psicosocial aquí expuesta se encuentra basada en algunos modelos de terapia grupal dirigidos a personas con VIH que utilizan técnicas cognitivo-conductuales y actividades del enfoque de aceptación y compromiso con el fin de trabajar en la reducción de estigma, malestar psicológico, y aumentar la calidad de vida de los participantes (Ballester Arnal, 2003; Biel et al., 2021; Fuster-Ruiz de Apodaca et al., 2015; Kelly et al., 1993; Skinta et al., 2015). Se proponen 8 talleres, cada sesión de aproximadamente de 3 horas, a realizarse durante un día del fin de semana, a lo largo de 2 meses. Las sesiones girarían alrededor del entrenamiento de una conducta o estrategia cognitiva y tendrían un espacio de enseñanza de la habilidad, de discusión grupal sobre su aplicación y situaciones que hayan atravesado donde esta podría haber sido de utilidad, y de revisión sobre la implementación de las habilidades ya adquiridas (Kelly et al., 1993). Algunas de las habilidades a desarrollar estarán asociadas a la modificación de cogniciones que exacerban los estados ansiosodepresivos, técnicas de relajación y autorregulación, y habilidades sociales que faciliten una mejor generación y mantenimiento de vínculos.

Se pretende entretejer la enseñanza de habilidades con contenido psicoeducativo sobre el VIH, especialmente tomando en cuenta que el sitio de tratamiento antirretroviral suele ser la principal fuente de información sobre el cuadro de VIH y SIDA en casi el 50% de los casos (Leite et al., 2017). Ya que en Ecuador la atención pública en salud puede ser deficiente, un porcentaje importante de PVV no se encuentra diagnosticado, y otro no cuenta con una buena adherencia al tratamiento, la existencia de otros canales de difusión de información fidedigna sobre cuidados y derechos se hace vital (Ministerio de Salud Pública, 2018a). Al contemplar qué información debería ser incluida es inevitable no remontarse a los orígenes de la terapia de grupo y desear cubrir las bases de instrucción sobre el padecimiento, su tratamiento, los roles de la alimentación y descanso, y el impacto personal y familiar (o del círculo social inmediato) del diagnóstico (López-Yarto, 2002). A esto se le añadiría un espacio sobre educación sexual integral, los derechos de la PVV en el país, el estigma, y la discriminación.

Se enviarán tareas breves alineadas a lo abordado durante el taller para ser desarrolladas durante la semana que separa a cada sesión. El inicio de cada taller arrancaría revisando colectivamente aquellas tareas, sus *insights* y conclusiones, además de las vivencias de los participantes durante ese tiempo (Biel et al., 2021). Para mantener la línea terapéutica elegida, las preguntas, dudas, y preocupaciones de los participantes serán abordadas por los profesionales de la salud mental a cargo desde la perspectiva cognitiva de solución de problemas. Además, se buscará generar conversaciones constructivas que favorezcan un dialogo entre los participantes. A diferencia de los grupos únicamente de apoyo, las temáticas de conversación serían propuestas por los guías de la intervención al ir de la mano con la oportunidad pedagógica de habilidades cognitivo-conductuales. Se animará a los participantes a compartir sus sentimientos, preocupaciones, y deseos al respecto de la situación propuesta que esté asociada a vivir con VIH, y a escuchar atentamente a sus pares (Kelly et al., 1993).

Se hará una sesión inicial que sea una introducción de los miembros y guías terapeutas. Cada uno tendrá la libertad de compartir la información con la que se sientan cómodos y los participantes podrían proponer un pseudónimo por el cual ser llamados en caso de no desear compartir su nombre completo. Se comentará sobre los objetivos generales de la intervención, la temática planificada para cada sesión, y a partir de ello se abordarán las opiniones y expectativas de los participantes. Habrá una aclaración sobre las normas de funcionamiento del grupo y se buscará llegar a acuerdos con los participantes respecto a situaciones de puntualidad, asistencia, y confidencialidad.

Durante la primera sesión se propone hacer un primer abordamiento sobre el diagnóstico de VIH. Se realizará una ronda entre los participantes, revisando de forma ordenada y paulatina los diferentes temas referentes a la enfermedad. Será importante hablar sobre la acción del virus en el cuerpo, su transmisión y prácticas seguras de prevención, analizar los mitos populares, etc. Además, se dejará planteado cómo el estado de ánimo y la percepción que se tiene de las cosas pueden retroalimentarse con su estado de salud física. De casa deberán traer listas dudas al respecto de lo hablado y ejemplos sobre cómo ha impactado su estado de ánimo o forma de ver las cosas en alguna situación de su vida.

En la segunda sesión se enseñará una introducción sobre el modelo cognitivo. Primero se revisará la tarea enviada de forma colectiva. Después se dará por comenzada el presente taller con el análisis del modelo ABC de Ellis, creado con el fin de explicar la perturbación emocional en las personas de una manera simple y clara, de forma que pudiera ayudar a dirigir las intenciones del plan terapéutico hacia el cambio (Ellis, 1984). Este se centra en articular que las cogniciones actúan como mediadores importantes en la generación y mejoría de dificultades emocionales, comportamentales, e interpersonales (Grieger, 1990). A partir de este enfoque se abre una conversación con los participantes sobre sus propias problemáticas emocionales y otras situaciones que pueden resultar desafiantes al tener VIH. Se aborda la importancia de trabajar en sus emociones negativas, se pregunta sobre sus propios pensamientos negativos alrededor del diagnóstico y la prognosis de la enfermedad. La tarea será una hoja de registro de pensamientos negativos.

Para la tercera sesión se planificaría revisar la actividad de registro de pensamientos juntos de manera que se pueda identificar aquellos que sean más frecuentes entre los participantes y se hace un planteamiento del tipo de técnicas que se van a aprender para poder gestionarlos mejor (Ballester Arnal, 2003). A continuación, se impartiría la estrategia de reestructuración cognitiva y se aplicaría en ejemplos prácticos con los pensamientos referidos inicialmente. Se pasa a hablar de cómo estos pensamientos negativos también pueden surgir sobre uno mismo, su autoconcepto, imagen, hábitos, etc. y se da paso a introducir la temática sobre autoestima. La tarea entonces se trata de aplicar la reestructuración de pensamientos y registrar pensamientos alternativos sobre aquellas percepciones negativas sobre sí mismo.

En la siguiente sesión se continua con el trabajo sobre autoestima, se revisa la tarea anterior y se enaltece la importancia de un diálogo interno saludable. Se daría una breve introducción a las perspectivas del enfoque de Aceptación y Compromiso, y se hablaría de los

principios del lenguaje enfocado en la compasión como otra técnica para enfrentar aquellos “defectos” de los que tienen una perspectiva negativa (Skinta et al., 2015). También se aborda cómo el diagnóstico de VIH puede resultar en una resignificación de eventos vitales, su potencial impacto en la identidad de quienes viven con la infección, y la relevancia de favorecer buenos hábitos de autocuidado. Se les invita como tarea empezar a notar qué actividades de su vida diaria aportan a su autocuidado y qué otras desearían integrar.

Durante la sesión 5 se buscaría revisar las propuestas trabajadas en sus tareas. Se explora de la mano del enfoque de Aceptación y Compromiso los valores más significativos para cada uno de los participantes y algunas conductas que sean dirigidas por los mismos. La enseñanza de esta sección teórica se basa en discutir aquellas conductas como potenciales reemplazos saludables a esfuerzos de (sobre)control (Skinta et al., 2015). Para cerrar el módulo de autoestima se implementará un entrenamiento sobre técnicas de relajación como estrategias complementarias al autocuidado y a la autorregulación (Ballester Arnal, 2003). Se encargará la práctica diaria en casa de una de las estrategias cubiertas en el taller.

La sesión que sigue se conversa sobre la experiencia de las prácticas de relajación y los efectos percibidos en su día a día. La temática del taller es el estigma, para lo que se proveerá una explicación teórica sobre sus bases y clases, prevalencia y consecuencias en PVV. Además, se revelará la situación actual de derechos en Ecuador. Se revelan los costes y falta de éxito al responder inadecuadamente al estigma, y como esto se asocia al concepto de Aceptación y Compromiso de la evitación experiencial y el principio de yo-contexto (Skinta et al., 2015). En la práctica se harán ejercicios sobre las situaciones de discriminación vividas, el manejo que han tenido hasta el momento, y se hará el modelamiento de habilidades más adaptativas para afrontar el estigma desde la perspectiva del afrontamiento del estrés (Fuster-Ruiz de Apodaca et al., 2015).

La séptima sesión cubre un repaso de habilidades para la solución de problemas y habilidades sociales. Se revisa nuevamente el modelo ABC de Ellis concentrándose especialmente en la A del acontecimiento activador del ambiente, realizando tipologías de los problemas que más enfrentan los participantes en función de las áreas que se ven afectadas, y examinando los pasos de solución de problemas de Zurilla y Goldfried (Ballester Arnal, 2003). Por otro lado, se enseñan los conceptos claves referentes a la comunicación, incluyendo sus elementos y estilos. Se hará una práctica de las habilidades de comunicación en escenarios de confrontación verbal para facilitar una transmisión más asertiva, la revisión de formas eficaces

e ineficaces de utilizar la comunicación al enfrentar escenarios de estigma y comunicar algo referente a su diagnóstico (Biel et al., 2021; Fuster-Ruiz de Apodaca et al., 2015). Se envía a casa el deber de planificar y aplicar las técnicas aprendidas con situaciones de su vida diaria.

Para la última sesión se empezará por revisar la tarea enviada con sus reflexiones, logros, y dificultades. Después, la sesión se centrará en hacer una recapitulación sobre las temáticas abordadas en los talleres tanto repasando cuestiones técnicas como compartiendo en una rueda grupal las vivencias de los participantes, enfocándose en generalizar los ejercicios de aceptación y defusión y reestructuración cognitiva. Antes de cerrar, se hablará brevemente de la prevención de recaídas. Finalmente, se administrará la batería de pruebas para hacer la primera medición post-intervención.

Para la segunda medición se mantendrá el contacto con los participantes de manera remota y se realizará la aplicación de la batería de reactivos psicométricos igual que durante la investigación -de forma online-.

Potenciales Beneficios de la Intervención

Las técnicas integradas en la propuesta de intervención han probado dar resultados positivos orientados hacia una mejoría de la salud mental y calidad de vida en PVV. La intervención de Biel et al. (2021) para un grupo terapéutico cognitivo conductual para PVV con el objetivo de lograr una reducción en el estigma, depresión, y ansiedad (estado y rasgo) demuestra una evolución favorable en todas las variables examinadas, tanto en el efecto inmediato post intervención como en el mantenimiento de las mejorías en el seguimiento. En otra intervención del mismo tipo, pero enfocado en las variaciones en la calidad de vida, identificaron que la terapia en grupo tuvo efectos positivos en todas las áreas medidas por un cuestionario multidimensional de calidad de vida específicamente para personas que viven con VIH, similares a las propuestas por el Cuestionario SF-12 de esta propuesta. El área que no vio mayor cambio fue la referente a salud física pues a pesar de abordar conocimientos sobre la enfermedad y recomendaciones sobre el estilo de vida, la muestra intervenida se encontraba en una etapa asintomática (Uribe, 2005).

En contraste, hubo particular mejoría en los aspectos de funcionamiento social y apoyo social, mientras que el grupo de control que no recibió terapia en grupo tuvo una tendencia contraria (Uribe, 2005). Esto es un guiño a lo que refiere la bibliografía sobre la naturaleza benevolente de los grupos terapéuticos pues estos se convierten en un soporte muy importante para gestionar el impacto del diagnóstico y el manejo de la enfermedad, al generarse vínculos

entre los participantes y modelar relaciones que puedan replicar en sus propios círculos sociales (Kaplan & Sadock, 1996). Es consistente, además, con otra de las intervenciones base para esta propuesta, también de tipo grupal cognitivo conductual para trabajar en la adhesión a tratamiento y el estado emocional de los pacientes (Ballester Arnal, 2003). Esta detalla un cambio significativo en la percepción de apoyo social en general, y el proveniente de otras personas VIH positivo. No obstante, refiere mayor dificultad en la generalización de la percepción de apoyo al señalar cambios bajos en el apoyo percibido en otros ámbitos (social, médico, pareja, familia, trabajo). La misma investigación identifica un cambio estadísticamente significativo en todas las variables relacionadas al estado emocional después de la intervención, siendo estas concretamente autoestima, ansiedad, y depresión (Ballester Arnal, 2003).

Otro estudio impartió un diseño que incluía técnicas de Aceptación y Compromiso y de Terapia Basada en la Compasión en una muestra de HSH que son PVV y tuvo buenos resultados en la reducción de distrés emocional (Skinta et al., 2015). Específicamente esta intervención se orientaba a lograr una reducción en la percepción de estigma y en desarrollar mejores estrategias de afrontamiento al mismo. Sus resultados positivos estuvieron relacionados especialmente a la experiencia de autoestigma en sus participantes, variable que se vio reducida al trabajarse técnicas que les permita distanciarse de eventos que generen distrés, mejoran su dialogo interno, y favorece una acción alineada con sus valores (Skinta et al., 2015).

Por eso, la expectativa de los resultados de esta intervención se encuentra alineada con lo hallado en la bibliografía. A corto plazo se espera que los participantes estén globalmente mejor: esto objetivamente se reflejaría con una disminución de las puntuaciones de ansiedad, depresión, y estigma, y un incremento en la puntuación de calidad de vida, especialmente en las subescalas de apoyo social. En mayor detalle, se pretende que los participantes tengan mejores herramientas para un afrontamiento al estrés, una gestión emocional más saludable, se sientan más contenidos y con una red de apoyo mejor establecida, y cuenten con información correcta, actualizada, y de fácil consumo sobre el VIH que pueda facilitar un proceso de psicoeducación que incremente la seguridad de los participantes, disminuya el autoestigma, y les permita encaminarse a o afianzarse en el posible duelo que recibir su diagnóstico significó y así incorporar su diagnóstico como parte de su historia vital desde un lugar más sano.

Recursos Necesarios para la Intervención

Se prevé realizar las intervenciones de manera presencial para lo que se requiere un espacio con asientos y que se encuentre mínimamente aislado (con puertas y ventanas que

cierren adecuadamente) para que los participantes puedan tener cierta privacidad. Se espera que este espacio sea gestionado a través de la colaboración de las organizaciones amigas o idealmente con las Unidades de Atención Integral en VIH del MSP que tienen cedes en cada provincia del país.

Otros recursos materiales incluirían los de ayuda audiovisual -potencialmente una pizarra o proyector que pueda llevarse al lugar-, papelería (papel, cartulina, esferos), comida para un pequeño refrigerio que se puede gestionar con establecimientos locales a forma de donación.

Finalmente se requiere el capital humano para la intervención. Esto incluiría el personal para la capacitación y supervisión de los actores involucrados en la implementación que idealmente serían profesionales de la salud, de la salud mental, y PVV que sean activistas o hayan participado en otros proyectos como guías pares y puedan proveer un *insight* importante desde su experiencia personal. Para la implementación como tal se esperaría contar con dos profesionales de la salud mental, locales de la provincia para que la situación de movilidad no represente una dificultad.

Plan de Evaluación de la Efectividad de la Intervención

La propuesta de investigación detallada en este escrito actuará como punto de partida. A partir de ese primer análisis de datos se definirá la provincia en la cual se aplicaría la intervención. Dentro de ese grupo se realizará otra convocatoria para aplicar nuevamente el set de reactivos -Inventario de Ansiedad de Beck, Inventario de Depresión de Zung, Cuestionario de Salud SF-12, y Escala para la evaluación del estigma sentido de Miric- previo a la intervención clínica. La evaluación de efectividad de la intervención clínica recaerá en la re-aplicación de la misma batería psicométrica a los participantes al culminar la terapia grupal y nuevamente en 4 meses para verificar el mantenimiento de los resultados. De igual manera se aplicará la batería de reactivos a los participantes que deseen participar como grupo de control, al mismo tiempo del término del grupo (aproximadamente 2 meses) y en 4 meses más. Los reactivos están dirigidos a medir la sintomatología ansiosodepresiva, percepción de calidad de vida -incluyendo una subescala de apoyo social-, y de estigma, justamente las áreas en las que se pretende lograr un cambio a través de la intervención grupal.

Viabilidad de la Intervención

Como previamente ha sido detallado, al ser una continuación de la propuesta de investigación, requerirá de igual manera un fuerte soporte tanto del equipo de investigación original como de la institución de cabecera de la cual depende en buena parte el análisis de la viabilidad financiera, económica, y técnica. Es en función de ese análisis inicial que se buscarán inversores externos a través de instituciones internacionales de financiación como las descritas en la SENESCYT, para cubrir el sueldo de los profesionales involucrados, los programas de procesamiento de datos, y demás recursos materiales.

Si bien el equipo de investigación se mantendría igual, para darle seguimiento a los resultados de la intervención y el análisis correspondiente de datos, el equipo para la implementación se trataría de un grupo aparte. Se considera que si la intervención es realizada por terceras personas habría una mejor probabilidad de limitar la posibilidad de sesgo en la interpretación de resultados ya que la interacción con el grupo y la experiencia de la relación terapéutica podría modificar la perspectiva de la gente a cargo. Esta dupla depende de la provincia en la que se realizaría el piloto de la intervención, como también estaría en juego quienes brindarían las capacitaciones de preparación y en qué modalidad. Se puede asegurar que estos profesionales se enfocarían en brindar información sobre intervenciones grupales y habilidades terapéuticas, módulos del enfoque central de la implementación cognitivo conductual y una introducción al de Aceptación y Compromiso, y por supuesto sobre el VIH.

A través de las colaboraciones con fundaciones y asociaciones amigas, incluso del alma mater de este procedimiento, las capacitaciones podrían ser de aportación voluntaria. Sin embargo, la participación de los profesionales que implementen la intervención debería ser reconocida con un incentivo económico tomando en cuenta el valor de su papel como profesionales al igual de las cifras de los viáticos para desplazarse desde y hacia el punto de encuentro donde se realizarán las sesiones.

La implementación de la intervención ha sido reducida a su ejecución más concreta al proponerle como un plan piloto a realizarse en una sola ubicación y con un solo grupo de participantes. Por eso, a diferencia de la propuesta de intervención, en este caso no hay espacio para conceder mayores reducciones de muestra o recursos en función del presupuesto disponible. Se considera que los requerimientos financieros, económicos, y técnicos han sido correctamente delimitados y no propondría un pedido inviable para las instituciones financieras.

Discusión

Implicaciones de los Resultados Esperados

A largo plazo se proyecta que la experiencia y los resultados de la intervención sirvan como una oportunidad más de estudio -complementaria a la investigación inicial-, que en su propio derecho aporte información valiosa sobre el tema tratado. Se espera que esta experiencia se convierta en una referencia que permita afinar detalles sobre la implementación de la intervención y que así pueda ser un modelo que se pueda replicar en diferentes puntos del país para en un futuro idealmente establecerse de manera permanente, ojalá pública y sin fines de lucro, también para otras poblaciones clave que viven con VIH, como parte de los servicios de atención disponibles a las PVV en Ecuador.

Esto es particularmente importante ya que aun cuando las personas con VIH han demostrado como colectivo ser pacientes especialmente presentes en el activismo social y la vinculación a una búsqueda y mejoría del tratamiento, no debería recaer solo en ellos las garantías de su salud ni las de reducir el estigma y discriminación a la que se enfrentan. Poder contar con el respaldo y apoyo de un sistema de salud que cuente con los recursos para brindar un servicio integral para su bienestar es un derecho de las PVV y una deuda del sistema de salud privado, pero especialmente público. Es absolutamente necesario que a la par de la intervención directa con los pacientes, existan intervenciones con aquellos segmentos de la población que estén en mayor contacto con ellos, y después también con la población general (Fuster-Ruiz de Apodaca et al., 2015). A partir de los resultados de la investigación existirán pruebas objetivas de la situación de salud mental de una de las poblaciones claves más grandes de PVV en el país, y en consecuencia, la gran necesidad de una atención especializada desde el respeto y la validación.

Ahora, desde los resultados de la intervención se comprobarán la efectividad y eficiencia de las técnicas descritas, lo que podrá guiar un complemento muy interesante para la capacitación a personal de salud mental que trabaje con PVV. Incluso se podría extender esa capacitación al resto del personal involucrado en el seguimiento de estos casos (enfermeros, médicos -psiquiatras, internistas, infectólogos, emergenciólogos-, trabajadores sociales)- pues son ellos en su trato frecuente con aquellos que viven con VIH quienes representan un canal directo de información no solo sobre la infección, pero sobre sus derechos y una muestra del trato que pueden esperar del resto.

A través de esa primera línea de ayuda ya capacitada los profesionales estarían mejor equipados para gestionar las preocupaciones y demandas de sus consultantes aun antes de referirlos a los servicios especializados. Este camino podría empoderar tanto a los profesionales como a los pacientes y así ser parte de una cadena de acción encaminada hacia una más completa respuesta a la enfermedad. ¿Por qué? Porque difundir información fácil de consumir y compartir que llegue con la verdad a más personas, tanto PVV como no, ayuda a dismantelar los prejuicios que se han armado a través de los años. Porque ayudar a reducir el estigma que comúnmente les rodea a las PVV, automáticamente hace que su autoestigma se reduzca, su apoyo social crezca, y su estado emocional tenga mejores probabilidades de mejorar y estabilizarse (Biel et al., 2021).

Específicamente respecto a la intervención grupal, se espera como ya ha sido ampliamente descrito, que los resultados se alineen con los de otros estudios similares al favorecer una mejoría en la sintomatología ansiosodepresiva y calidad de vida, en la percepción de apoyo social y estigma (Ballester Arnal, 2003; Biel et al., 2021; Fuster-Ruiz de Apodaca et al., 2015; J. A. Kelly et al., 1993; McKusick et al., 1985; Skinta et al., 2015; Uribe, 2005). Si bien una réplica de resultados no será posible pues ninguna de las investigaciones revisadas busca abarcar todas las variables que esta intervención propone, si se espera que los resultados coincidan a grosso modo con la tendencia de las variables estudiadas en aquellos modelos. Además, por lo recientemente precisado también se considera a los resultados esperados una ampliación del conocimiento disponible en el área clínico, sin mencionar absolutamente novedosos en el país.

Por otro lado, la implementación de este plan piloto sentaría un precedente sobre un modelo de terapia más económico que la individual para dar respuesta y contención a una alta demanda de salud mental (Biel et al., 2021). Demostrando la posibilidad de crear más espacios seguros y accesibles para las PVV que requieran atención psicológica y que necesiten mayor apoyo social. Si la intervención tiene los resultados esperados, estos pacientes estarían siendo capacitadas sobre su diagnóstico y sobre habilidades valiosas para afrontar sus dificultades emocionales y sociales de forma que se promueva una mayor autoaceptación, autoestima, y una eficaz reducción del estigma asociado al VIH (Fuster-Ruiz de Apodaca et al., 2015). Además, cuidar de la salud mental de las PVV tiene una influencia directa sobre su adherencia al tratamiento y “la progresión de la infección a la etapa sintomática” (Uribe, 2005). El generar todos estos cambios dentro de y para la población que vive con VIH “contribuye, a su vez, a una mejor y mayor respuesta global ante la epidemia del VIH” (Biel et al., 2021).

Limitaciones y Fortalezas de las Propuestas de Investigación e Intervención

Para empezar, es importante destacar que hasta el momento no se han logrado sistematizar investigaciones e intervenciones desde el área psicosocial ni para los procesos de consejería individual o grupal, ni para los acompañamientos de la persona y su círculo allegado en el último trecho de enfermedad y consecuente fallecimiento. Esto ya que los protocolos hasta el momento desarrollados no han contado con muchos recursos, han sido de pequeña escala, y han tenido relativamente baja difusión científica (Uribe, 2005).

Por eso, la primera preocupación respecto a potenciales limitaciones al desarrollo del estudio investigativo y de la intervención psicosocial propuestas, estaría asociada con temas de disponibilidad de recursos humanos, económicos y sociales. En términos de capital humano, referente a los profesionales que se vayan a sumar al equipo de investigación para la primera parte de esta propuesta, los que vayan a participar de la capacitación a los actores de la intervención psicológica, y de aquellos que vayan a efectivamente impartir las sesiones grupales. Su disponibilidad podría verse dificultada en función del financiamiento que se logre conseguir, dependiendo de la institución académica y aquellas estructuras de apoyo financiero externo que se consigan, ya que contar con incentivos económicos muy restringidos podría resultar en una menor intención de participación.

Para la investigación una limitación podría ser que parte importante de la información recopilada sale de bibliografía que viene de lugares lejanos al Ecuador (p.ej. Australia, Vietnam, España). Esto se debe a la reducida base de datos sobre VIH con la que cuenta el país, sin mencionar la inexistente bibliografía de investigación o intervención en salud mental. Algunas de las investigaciones utilizadas contaban con una muestra diferente a la que pretende abordar esta propuesta, especialmente en género y preferencia sexuales, de las cuales generalmente se manejaban muestras mixtas.

Por otro lado, el muestreo tanto de la investigación como de la intervención es no probabilística por conveniencia por lo que, si bien podría dar un *insight* importante sobre la salud mental y factores asociados en HSH con VIH, este factor y una potencial muestra reducida para el grupo de control podrían reducir la potencia de las conclusiones que se vayan a obtener. También hay que tomar en cuenta que durante el proceso se podría enfrentar a una falta de disposición, participación, y adherencia de personas voluntarias que vivan con VIH, tomando en cuenta tanto la población vulnerable de la que se trata como la tendencia a

encontrar desertores tanto en los procesos de investigación como en los grupos terapéuticos, lo que podría amenazar la validez interna de la propuesta de intervención.

De igual manera, se considera una limitante el que no se pueda garantizar que los niveles de malestar psicológico explorado sean una respuesta directa a su condición de ser VIH positivo. A pesar de que el cuadro potencialmente haya sido exacerbado tras el recibimiento del diagnóstico y el cambio vital importante que este significa, no hay manera de asegurar si había o en qué magnitud se presentaba esa sintomatología antes del hecho. A pesar de estas limitantes, se considera que la data que se pueda conseguir sería extremadamente valiosa por lo que los posibles beneficios de la investigación e intervención clínica se mantendrían. De igual manera, no se estaría tomando en cuenta en este momento ni el impacto de la severidad de la enfermedad ni la adherencia a tratamiento antirretroviral de los participantes sobre la manifestación de sintomatología de relevancia clínica de salud mental.

Respecto a las fortalezas de las propuestas, se identifican algunas relevantes a mencionar. Entre ellas, el que tanto la investigación como la intervención se basen en una recopilación detallada de información que abarca desde los más tempranos esfuerzos hasta los conocimientos más actuales y basados en evidencia. En el caso de la intervención, esta ha sido realizada siguiendo las pautas de otros protocolos que han arrojado buenos resultados y han sido replicados en diferentes partes del mundo. La presente propuesta sería una de las primeras en la región en analizar factores de salud mental, calidad de vida -que incluye salud física y apoyo social-, y estigma percibido, de manera simultánea. Permitiendo mostrar el impacto de la intervención en los aspectos que se ven más alterados por el diagnóstico de VIH. La calidad de la investigación e intervención es cuidada también a través de la elección de los instrumentos psicométricos utilizados. Estos reactivos, usados tanto en la sección exploratoria de la investigación como en las medidas pre y post intervención, han sido todos validados en población hispana, y varios de ellos han sido probados ya en población ecuatoriana o países cercanos como Colombia, y en personas con VIH. Además, cuentan con buenas propiedades de validez interna y validez de constructo.

Conclusiones

La extensa revisión bibliográfica tanto para la investigación como para el diseño de la intervención psicosocial permiten visualizar el impacto del diagnóstico de una condición crónica que altera la vida de quienes lo padecen como en el caso del VIH. Es claro que sus consecuencias en la salud mental se encuentran asociadas a múltiples factores que preceden

por mucho al recibimiento de la noticia. Factores de protección como una economía estable y la presencia de una red de apoyo social pueden ser amortiguadores que contengan a la persona en el momento de atravesar este evento vital mientras que dificultades previas de salud mental, alta percepción de estigma, y estar en los primeros años de la adultez podrían ser predictores de una adaptación al diagnóstico con mayores dificultades de salud mental.

Más estudiada que las formas de afrontamiento al estrés en las PVV es la prevalencia de dichas dificultades. Aunque el rango de variabilidad sea amplio para la mayoría de los cuadros sintomatológicos, la literatura no deja lugar a dudas: la infección por VIH puede traer consigo más retos que la inmunodeficiencia. Su nombre acarrea una amplia y dolorosa historia regida por factores psicosociales que todavía tienen un peso en la vida de quienes tienen el virus. La discriminación, estigma, y los mitos urbanos sobre la enfermedad hacen de este un diagnóstico particularmente difícil de aceptar. No es entonces sorpresa alguna que durante los primeros años de enfermedad sea más común que no el contar con sintomatología consistente con ansiedad, depresión, y en algunos casos trastornos de adaptación o consumo de sustancias.

Aun si la investigación sobre el VIH y su tratamiento biológico han tenido importantes avances en los últimos años, los factores psicosociales no han dado su brazo a torcer y la salud mental se ha mantenido un par de pasos más atrás que la física. Los recursos son limitados, económica, técnica, y humanamente hablando, por lo que la investigación en la región apenas arranca y en el Ecuador todavía no despegaba. De hecho, lamentablemente el país no cuenta ni con un proceso fiable de seguimiento a la situación epidemiológica por parte del ministerio público. Esta es una de las razones por las cuales las PVV se han visto relegadas en el sistema de atención de salud y se desconoce completamente sobre su situación de salud mental.

Por eso, esta investigación y subsecuente propuesta de intervención son tan importantes. Se deben a las personas con VIH que necesitan de una opción accesible para trabajar en su salud mental y se debe a aquellos que murieron sin esa contención. Es su derecho contar con el sistema, es obligación del mismo encontrar la mejor manera de facilitarle ayuda, y es responsabilidad de todos informarse correctamente sobre el diagnóstico y aportar a la desestigmatización de la condición. Se considera que es de relevancia clínica ofrecer el diseño e implementación de lo aquí descrito pues empezaría a llenar un vacío de conocimiento que se suma al estancamiento de la atención en salud mental, especialmente para sectores vulnerables de la sociedad como pacientes crónicos y minorías sexuales como el caso de la muestra descrita.

Recomendaciones

Para la implementación de las propuestas aquí expuestas se pone en consideración las siguientes recomendaciones. Para ambos procesos se recalca la importancia de poder contar con una muestra amplia que permita plantear generalizaciones de los resultados encontrados. En el caso de la intervención clínica se sugiere abogar por el diseño de comparación con un grupo de control con el fin de darle más seguridad a la atribución de cambios al programa en cuestión y a los componentes específicos del mismo.

Tanto para la investigación como para la implementación de la intervención se recomienda que los profesionales a cargo puedan pasar un proceso de psicoeducación sobre la infección por VIH y sus efectos sobre la vida de las personas diagnosticadas, y sobre salud mental y comunidad LGBTIQ+. Se considera que es un proceso de sensibilización absolutamente necesario tanto para estar atento a otras variables interseccionales al diagnóstico y prácticas sexuales que pueden intervenir en su calidad de vida y salud mental, como para dar un trato apropiado y respetuoso a los participantes.

Por otro lado, para la moderación de la terapia grupal también se sugiere convocar a profesionales formados al menos en el enfoque cognitivo conductual para que tengan una base teórica sólida que le permita aprender rápidamente las teorías complementarias a agregar a la intervención psicosocial e implementarlas de la mejor manera en el grupo. Adicionalmente, los moderadores deben tener claridad de la dificultad de vinculación y mantenimiento de participantes en procesos psicológicos de mediano-largo plazo, especialmente de carácter grupal. Esto no es diferente con PVV pues también se ha identificado una tendencia a que los participantes se involucren en implementaciones grupales como una sustitución a intervenciones en crisis y después de algunas sesiones decidan retirarse del proceso (Uribe, 2005). Por eso, es de esperar una buena cantidad de retiros, y se sugiere bregar por una convocatoria amplia para al final del proceso todavía contar con una muestra representativa para evaluar la implementación terapéutica.

Se recomienda para futuras investigaciones relacionadas con el tema buscar más estudios regionales con muestras similares a las que se pretenden estudiar. También se considera importante diversificar las muestras: Por un lado, buscar muestras probabilísticas de la población clave para ampliar y confirmar lo conseguido en esta investigación y por otro utilizar el modelo en otras poblaciones clave o en la población general de PVV para obtener

una representación más apegada a la realidad de la situación actual de dicho segmento en el país.

Para futuras implementaciones de la propuesta de intervención de igual manera se recomienda buscar muestras probabilísticas para agregar un nivel más de cuidado a los datos y que permitan mejor generalización de las conclusiones. También se cree mejor lograr la conformación de un grupo de control equivalente. Siguiendo las observaciones que se encuentran en la literatura, se sugiere tomar en cuenta el tiempo entre la medición pre-test y la primera medición post-test ya que esta es una de las maneras de asegurar menos variables extrañas que puedan interferir en los resultados (Pérez-Llantada et al., 2010).

Finalmente, se anima a los investigadores e interventores a registrar y redactar su experiencia con el fin de ser difundida a la ciencia y así ampliar la piscina de conocimiento disponible sobre el tema y a futuro generar mayores oportunidades de financiamiento e intervención basada en evidencia.

Referencias Bibliográficas

- Aaronson, N. K., Acquadro, C., Alonso, J., Apolone, G., Bucquet, D., Bullinger, M., Bungay, K., Fukuhara, S., Gandek, B., Keller, S., Razavi, D., Sanson-Fisher, R., Sullivan, M., Wood-Dauphinee, S., Wagner, A., & Ware, J. E. (1992). International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Quality of Life Research*, 1(5), 349–351. <https://www.jstor.org/stable/4035108>
- Adams, C., Zacharia, S., Masters, L., Coffey, C., & Catalan, P. (2016). Mental health problems in people living with HIV: changes in the last two decades: the London experience 1990–2014. *AIDS Care*, 28(sup1), 56–59. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1146211>
- Amarís, M., Madariaga, C., Valle, M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología Desde El Caribe*, 30(1), 123–145. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2013000100007
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5a ed.). Editorial Médica Panamericana.
- American Psychological Association. (2017). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. American Psychological Association - Ethics Office. <https://www.apa.org/ethics/code>
- Ballester Arnal, R. (2003). Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo-compartmental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con Infección por VIH/SIDA. *Psicothema*, 15(4), 517–523. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72715402>
- Barlow, D., & Durand, V. M. (2009). *Abnormal Psychology: An Integrative Approach* (Wadsworth, Ed.; 5th, ilustrada ed.). Cengage Advantage Books.
- Barlow, S., Burlingame, G. M., Greene, L. R., Joyce, A., Kaklauskas, F., Kinley, J., Klein, R. H., Kobos, J. C., Leszcz, M., MacNair-Semands, R., Paquin, J. D., Tasca, G. A., Whittingham, M., & Feirman, D. (2015). *Evidence-based practice in group psychotherapy*. American Group Psychotherapy Association.

- <https://www.agpa.org/home/practice-resources/evidence-based-practice-in-group-psychotherapy>
- Basha, E. A., Dersseh, B. T., Haile, Y. G. E., & Tafere, G. (2019). Factors Affecting Psychological Distress among People Living with HIV/AIDS at Selected Hospitals of North Shewa Zone, Amhara Region, Ethiopia. *AIDS Research and Treatment*, 2019(8329483), 1–8. <https://doi.org/10.1155/2019/8329483>
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. (2007). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1(4), 251–264. <https://doi.org/10.1002/bs.3830010402>
- Bauer, A., Stevens, M., Purtscheller, D., Knapp, M., Fonagy, P., Evans-Lacko, S., & Paul, J. (2021). Mobilising social support to improve mental health for children and adolescents: A systematic review using principles of realist synthesis. *PLOS ONE*, 16(5), e0251750. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251750>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 125–146. <https://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/4024/3878>
- Benitez Molina, A., & Caballero Badillo, M. C. (2017). Estudio psicométrico de las escalas de depresión, ansiedad y funcionalidad familiar en estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. *Acta Colombiana de Psicología*, 20(1), 221–241. <https://doi.org/10.14718/ACP.2017.20.1.11>
- Berger, B. E., Ferrans, C. E., & Lashley, F. R. (2001). Measuring stigma in people with HIV: Psychometric assessment of the HIV stigma scale. *Research in Nursing & Health*, 24(6), 518–529. <https://doi.org/10.1002/nur.10011>
- Biel, D., Carrobles, J. A., & Antón, M. (2021). Reducción del estigma, la depresión y la ansiedad en personas con VIH mediante un grupo terapéutico cognitivo conductual. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 29(2), 237–257. <https://doi.org/10.51668/bp.8321202s>

- Bieling, P. J., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2022). Possibilities and Group Dynamics. In *Cognitive-Behavioral Therapy in Groups* (pp. 3–27). The Guilford Press.
- Bleuler, M. (1963). Conception of Schizophrenia Within the Last Fifty Years and Today [Abridged]. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 56(10), 945–952.
- Bogdan, R., Nikolova, Y. S., & Pizzagalli, D. A. (2013). Neurogenetics of depression: A focus on reward processing and stress sensitivity. *Neurobiology of Disease*, 52(1), 12–23. <https://doi.org/10.1016/j.nbd.2012.05.007>
- Boza, R. (2017). Revisión de Tema: Patogénesis del VIH/SIDA. *Revista Clínica de La Escuela de Medicina UCR – HSJD*, 5(1), 28–46. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2017/ucr175a.pdf>
- Braverman, M. T. (2001). *Applying Resilience Theory to the Prevention of Adolescent Substance Abuse*. <https://silo.tips/download/4-h-center-for-youth-development-applying-resilience-theory-to-the-prevention-of>
- Broerman, R. (2020). Diathesis-Stress Model. In *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (pp. 1107–1109). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_891
- Burlingame, G. M., Fuhrman, A. J., & Johnson, J. (2004). Process and Outcome in Group Counseling and Psychotherapy: A Perspective. In J. L. DeLucia-Waack, D. A. Gerrity, C. R. Kalodner, & M. T. Riva (Eds.), *Handbook of Group Counseling and Psychotherapy* (pp. 49–62). SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781452229683.n4>
- Cabezas, M., Fornasini, M., Dardenne, N., Borja, T., & Albert, A. (2013). A cross-sectional study to assess knowledge about HIV/AIDS transmission and prevention measures in company workers in Ecuador. *BMC Public Health*, 13(139). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-139>
- Cai, S., Liu, L., Wu, X., Pan, Y., Yu, T., & Ou, H. (2020). Depression, Anxiety, Psychological Symptoms and Health-Related Quality of Life in People Living with HIV. *Patient Preference and Adherence*, 14, 1533–1540. <https://doi.org/10.2147/PPA.S263007>
- Caldero, A. (2014). *Estudio de los rasgos de la personalidad en población normal con el Cuestionario Salamanca* [Universidad de Salamanca].

https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/127314/DPPMMLHM_CalderoAlonsoA_RasgospersonalidadcuestionarioSalamanca.pdf

- Campillay, M., & Monárdez, M. (2019). Estigma y discriminación en personas con VIH/SIDA, un desafío ético para los profesionales sanitarios. *Revista de Bioética y Derecho*, 47, 93–107. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872019000300008
- Cardona-Duque, D. V., Medina-Pérez, Ó. A., Herrera Castaño, S. M., & Orozco Gómez, P. A. (2016). Depresión y factores asociados en personas viviendo con VIH/Sida en Quindío, Colombia, 2015. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(6), 941–954. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000600010&lng=es&nrm=iso&tlng=en
- Carrero, S., & De Arco, M. (2021). *Relación Entre Pacientes Seropositivos VIH con los Síntomas de Ansiedad y Depresión* [Universidad de Pamplona]. <http://repositoriodspace.unipamplona.edu.co/jspui/handle/20.500.12744/4915>
- Casapulla, S., Gómez-Urrego, G., Madrid, C., Iles, C., Keener, C., Viola, J., Sanchez, A., Orquera, C., & Kingori, C. (2022). Using narratives to reduce HIV stigma in rural Ecuador: A health education intervention. *Health Education Journal*, 81(4), 479–491. <https://doi.org/10.1177/00178969221090878>
- Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2022, September 7). *Acerca del VIH*. VIH - Centro Para El Control y La Prevención de Enfermedades. [https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/whatishiv.html#:~:text=El%20VIH%20\(virus%20de%20la,la%20actualidad%20una%20cura%20eficaz.](https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/whatishiv.html#:~:text=El%20VIH%20(virus%20de%20la,la%20actualidad%20una%20cura%20eficaz.)
- CEPAM Guayaquil. (2023, March). *Unidades de Atención Integral de VIH del Ministerio de Salud Pública del Ecuador*. Listado de Unidades de Atención Integral de VIH Del Ministerio de Salud Pública Del Ecuador a Marzo de 2023. <https://cepamgye.org/unidades-de-atencion-integral-de-vih-del-ministerio-de-salud-publica-del-ecuador/>
- Chaudhury, S., Bakhla, A., & Saini, R. (2016). Prevalence, impact, and management of depression and anxiety in patients with HIV: a review. *Neurobehavioral HIV Medicine*, 7, 15–30. <https://doi.org/10.2147/NBHIV.S68956>

- Chávez, E., & Castillo, R. del C. (2017). Revisión bibliográfica sobre VIH/sida. *Revista Médica Multimed*, 17(4).
<https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/340/484>
- Chucho-Cuvi, A., & Andrade-Bayona, C. (2023). Propiedades de validez del constructo de los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck en adolescentes cañaris kichwa-hablantes del Ecuador. *South American Research Journal*, 3(1), 59–65. <https://sarj.net/index.php/sarj/article/view/21>
- Coalición Ecuatoriana de Personas que Viven con VIH/SIDA. (2013). *¿Qué dice la Constitución del Ecuador sobre el VIH y los derechos humanos?*
<https://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD17245.pdf>
- Colodro-Conde, L., Couvy-Duchesne, B., Zhu, G., Coventry, W. L., Byrne, E. M., Gordon, S., Wright, M. J., Montgomery, G. W., Madden, P. A. F., Ripke, S., Eaves, L. J., Heath, A. C., Wray, N. R., Medland, S. E., & Martin, N. G. (2017). A direct test of the diathesis–stress model for depression. *Molecular Psychiatry* 2018 23:7, 23(7), 1590–1596.
<https://doi.org/10.1038/mp.2017.130>
- Cornejo, R. (2023, May 29). *Los factores protectores de la salud mental*. Opinión | Universidad de Piura. <https://www.udep.edu.pe/hoy/2023/05/factores-protectores-de-salud-mental/#:~:text=Algunas%20formas%20de%20potenciar%20factores,de%20irritaci%C3%B3n%20y%20sensibilidad%20extrema>.
- Cruz Roja Ecuatoriana. (2021). *Salas de Asesoría*. Cruz Roja Ecuatoriana.
<https://www.cruzroja.org.ec/salas-de-asesoria/>
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2008). Are individual and group treatments equally effective in the treatment of depression in adults? A meta-analysis. *European Journal of Psychiatry*, 22(1), 38–51.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-61632008000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Dahab, J., Rivadeneira, C., & Minci, A. (2010). El enfoque cognitivo transaccional del estrés. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual - Centro de Terapia Cognitivo Conductual y Ciencias Del Comportamiento*, 18(1), 1–6. <https://cetecic.com.ar/revista/pdf/el-enfoque-cognitivo-transaccional-del-estres.pdf>

- Data Education in Schools, The University of Edinburgh, & Data-Driven Innovation. (2023). *PPDAC -The Data Problem Solving Cycle*. Data Education in Schools. https://dataschools.education/about-data-literacy/ppdac-the-data-problem-solving-cycle/#_ftnref1
- Delgado Arenas, R., Pérez Pérez, M. Á., Julca Vera, N. T., Obregón López, G. M., & Julca Romero, J. A. (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>
- Díaz-Barriga, C., & González-Celis, A. (2018). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck en adultos asmáticos mexicanos. *Psicología y Salud*, 29(1), 5–16. <https://doi.org/10.25009/pys.v29i1.2563>
- Duch, F. R., Ruiz de Porras, L., Gimeno, D., Allué, B., & Palou, I. (1999). Psicometría de la ansiedad, la depresión y el alcoholismo en atención primaria. *Semergen: Revista Española de Medicina de Familia*, 3(1), 209–225.
- Duko, B., Toma, A., Asnake, S., & Abraham, Y. (2019). Depression, Anxiety and Their Correlates Among Patients With HIV in South Ethiopia: An Institution-Based Cross-Sectional Study. *Frontiers in Psychiatry*, 10(290). <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00290>
- Ellis, A. (1984). Expanding the ABCs of RET. *Journal of Rational-Emotive Therapy*, 2(2), 20–24. <https://doi.org/10.1007/BF02281207>
- Emler, C. A., Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H.-J., & Jung, H. (2020). Accounting for HIV Health Disparities: Risk and Protective Factors Among Older Gay and Bisexual Men. *Journal of Aging and Health*, 32(7–8), 677–687. <https://doi.org/10.1177/0898264319848570>
- Encinas, M. (2019). *Afrontamiento al estrés, una revisión teórica* [Universidad Señor de Sipán]. <https://hdl.handle.net/20.500.12802/6097>
- Enoch, J., & Piot, P. (2017). Human Rights in the Fourth Decade of the HIV/AIDS Response: An Inspiring Legacy and Urgent Imperative. *Health and Human Rights*, 19(2), 117–122. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5739363/>

- Ezhumalai, S., Muralidhar, D., Dhanasekarapandian, R., & Nikketha, B. (2018). Group interventions. *Indian Journal of Psychiatry*, *60*(8), 514–521. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_42_18
- Fauci, A. S., Redfield, R. R., Sigounas, G., Weahkee, M. D., & Giroir, B. P. (2019). Ending the HIV Epidemic. *JAMA*, *321*(9), 844. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.1343>
- Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A Framework for Understanding Healthy Development in the Face of Risk. *Annual Review of Public Health*, *26*(1), 399–419. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357>
- Fernández López, O., Jiménez Hernández, B., Alfonso Almirall, R., Sabina Molina, D., & Cruz Navarro, J. (2012). Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *Revista Electrónica de Las Ciencias Médicas En Cienfuegos*, *10*(5), 466–479. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000500019
- Folkman, S., Chesney, M., McKusick, L., Ironson, G., Johnson, D. S., & Coates, T. J. (1991). Translating Coping Theory into an Intervention. In J. Eckenrode (Ed.), *The Social Context of Coping* (pp. 239–260). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-3740-7_11
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, *50*(5), 992–1003. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.5.992>
- Ford, J., Fallot, R., & Harris, M. (2009). Group Therapy. In C. Courtois & J. Ford (Eds.), *Treating complex traumatic stress disorders in adults: Scientific foundations and therapeutic models* (pp. 415–441). The Guilford Press.
- Fromm-Reichman, F. (1948). Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry*, *11*(3), 263–273. <https://doi.org/10.1080/00332747.1948.11022688>
- Fuster-Ruiz de Apodaca, M. J., Molero, F., & Ubillos, S. (2015). Evaluación de una intervención dirigida a reducir el impacto del estigma en las personas con VIH capacitándolas para afrontarlo. *Anales de Psicología*, *32*(1), 39–48. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.1.192121>

- Gallego Deike, L., & Gordillo Álvarez-Valdés, M. V. (2001). Trastornos mentales en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Anales de Medicina Interna*, 18(11), 47–54. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992001001100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- García Ordóñez, M. A., Mansilla Francisco, J. J., Nieto Aragón, E., Cereto, M. R., Salas Samper, F., Vallejo Díaz, M., & Martínez González, J. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes infectados por VIH medida por el Cuestionario de Salud SF-36. *Anales de Medicina Interna*, 18(2), 30–35. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992001000200005
- García, P. J., Bayer, A., & Cárcamo, C. P. (2014). The changing face of HIV in Latin America and the Caribbean. *Current HIV/AIDS Reports*, 11(2), 146–157. <https://doi.org/10.1007/s11904-014-0204-1>
- Gariépy, G., Honkaniemi, H., & Quesnel-Vallée, A. (2016). Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *British Journal of Psychiatry*, 209(4), 284–293. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.169094>
- Gasull Molinera, V. (2006). Etiopatogenia. *Revista Medicina de Familia SEMERGEN*, 32(2), 6–10. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-X1138359306908107>
- Giner Zaragoza, F., Lera Calatayud, G., Vidal Sánchez, M. L., Puchades Muñoz, M. P., Rodenes Pérez, A., Císcar Pons, S., Chiclana Actis, C., Martín Vivar, M., Garulo Ibáñez, T., Tapia Alcañiz, J., Díaz Esteban, E., & Ferrer Ferrer, L. (2015). Diagnóstico y prevalencia de trastornos de la personalidad en atención ambulatoria: estudio descriptivo. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(128), 789–799. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352015000400007>
- Glanz, K., Rimer, B., & Viswanath, K. (2008). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (Fourth Edition). Jossey-Bass | A Wiley Imprint. https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=1xuGErZCfbsC&oi=fnd&pg=PT12&ots=-qa63H_-o&sig=LefiZC8H3V3UVTc_Yiujg3-ZX9k&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Touchstone.

- Gómez Maquet, Y., Ángel, J. D., Cañizares, C., Lattig, M. C., Agudelo, D. M., Arenas, Á., & Ferro, E. (2020). El papel de la valoración de los sucesos vitales estresantes en el Trastorno Depresivo Mayor. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(2), 68–75. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.07.004>
- Góngora, V., & Casullo, M. M. (2009). Factores protectores de la salud mental: un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general. *Interdisciplinaria*, 26(2), 183–205. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272009000200002
- Goodman, S. H., & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106(3), 458–490. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.106.3.458>
- Gottlieb, B. (2000). Selecting and Planning Support Interventions. In S. Cohen, L. Underwood, & B. Gottlieb (Eds.), *Social Support Measurement and Intervention* (pp. 195–220). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195126709.003.0006>
- Green, B. L. (1993). Identifying Survivors at Risk: Trauma and stressors across events. In J. P. Wilson & B. Raphael (Eds.), *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes* (pp. 135–144). Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-2820-3_11
- Grieger, R. M. (1990). De un Modelo Lineal a uno Contextual de los ABC de la RET. In A. Ellis & R. M. Grieger (Eds.), *Manual de Terapia Racional-Emotiva* (Vol. 2, pp. 75–96). Editorial Desclée de Brouwer S.A.
- Hernández, I., Sharma, V., Reina-Ortiz, M., Rosas, C., Ochoa, T., Izurieta, R., & Teran, E. (2020). HIV/AIDS-related Knowledge and Behavior among School-attending Afro-Descendant Youths in Ecuador. *International Journal of Maternal and Child Health and AIDS (IJMA)*, 9(3), 397–407. <https://doi.org/10.21106/ijma.412>
- Heywood, W., & Lyons, A. (2016). HIV and Elevated Mental Health Problems: Diagnostic, Treatment, and Risk Patterns for Symptoms of Depression, Anxiety, and Stress in a National Community-Based Cohort of Gay Men Living with HIV. *AIDS and Behavior*, 20(8), 1632–1645. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1324-y>

- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, *11*(2), 213–218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- House, J., Kahn, R., McLeod, J., & Williams, D. (1985). Measures and concepts of social support. In S. Cohen & S. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 83–108). Academic Press.
- IBM. (2023). *IBM SPSS Statistics*. Explore Las Novedades de SPSS Statistics 29. <https://www.ibm.com/es-es/products/spss-statistics>
- Ingram, R. E., & Luxton, D. D. (2005). Vulnerability-Stress Models. In *Development of Psychopathology: A Vulnerability-Stress Perspective* (pp. 32–46). SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781452231655.n2>
- Izquierdo, M. (2020). *Estrategias de afrontamiento: una revisión teórica* [Universidad Señor de Sipán]. <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6889/Izquierdo%20Martinez%20Miluska%20Alejandra.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kaplan, H., & Sadock, B. (1996). *Terapia de Grupo* (3a ed.). Editorial Medica Panamericana.
- Kelly, B., Raphael, B., Judd, F., Perdices, M., Kernutt, G., Burnett, P., Dunne, M., & Burrows, G. (1998). Posttraumatic stress disorder in response to HIV infection. *General Hospital Psychiatry*, *20*(6), 345–352. [https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(98\)00042-5](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(98)00042-5)
- Kelly, J. A., Murphy, D. A., Bahr, G. R., Kalichman, S. C., Morgan, M. G., Stevenson, L. Y., Koob, J. J., Brasfield, T. L., & Bernstein, B. M. (1993). Outcome of cognitive-behavioral and support group brief therapies for depressed, HIV-infected persons. *American Journal of Psychiatry*, *150*(11), 1679–1686. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.11.1679>
- Kimirina. (2023). *Nosotros - Somos Comunidad*. Corporación Kimirina. <https://www.kimirina.org/about>
- King, J. T., Horowitz, M. B., Kassam, A. B., Yonas, H., & Roberts, M. S. (2005). The Short Form—12 and the measurement of health status in patients with cerebral aneurysms: performance, validity, and reliability. *Journal of Neurosurgery*, *102*(3), 489–494. <https://doi.org/10.3171/jns.2005.102.3.0489>

- Klein, H. (2023, April 19). *People With HIV at Much Higher Risk of Depression, Suicide*. The American Journal of Managed Care. <https://www.ajmc.com/view/people-with-hiv-at-much-higher-risk-of-depression-suicide>
- Lamers, F., Van Oppen, P., Comijs, H. C., Smit, J. H., Spinhoven, P., Van Balkom, A. J. L. M., Nolen, W. A., Zitman, F. G., Beekman, A. T. F., & Penninx, B. W. J. H. (2011). Comorbidity Patterns of Anxiety and Depressive Disorders in a Large Cohort Study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(3), 3397. <https://doi.org/10.4088/JCP.10M06176BLU>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. In *Springer Publishing Company, Inc.* https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=i-ySQQuUpr8C&oi=fnd&pg=PR5&ots=DgLMotchNc&sig=McCWo5139m4a4AV7rdRXgvK9SVk&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Lazarus, R. S., & Launier, R. (1978). Stress-Related Transactions between Person and Environment. In *Perspectives in Interactional Psychology* (pp. 287–327). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-3997-7_12
- Leite, R., de Oliveira, D., da Costa, T. L., Corrêa, S., Ramos, E., & Tosoli, A. (2017). Quality of life of people living with HIV/AIDS: temporal, socio-demographic and perceived health relationship. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25(0). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1258.2874>
- Leone, S., & Márquez, L. (2014). Relación estigma y calidad de vida en la adhesión al tratamiento de pacientes con VIH/SIDA. *Eureka: Asunción (Paraguay)*, 11(2), 258–269. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/905618/eureka-11-2-14.pdf>
- Leszcz, M. (2020). Group Therapy for Patients With Medical Illness. *American Journal of Psychotherapy*, 73(4), 131–136. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200005>
- Londoño Perez, C. (2019). Condiciones psicométricas de la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes usada en población colombiana. *Actualidades En Psicología*, 33(126), 83–96. <https://doi.org/10.15517/ap.v33i126.30158>
- López-Pérez, M., & Ávila-Jiménez, L. (2022). Propiedades psicométricas de una escala de depresión en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*,

- 25(4), 1481–1498. <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2022/epi224m.pdf>
- López-Yarto, L. (2002). Terapia de grupo o terapia en grupo. *Jornadas de La Asociación Laureano Cuesta*. <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000193>
- Lozada, J. (2018). *Depresión y su grado de asociación con variables sociodemográficas en el personal de salud del hospital del día del Batán (IESS)-Quito, en el periodo abril-junio 2018*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Lu, H., Sheng, W., Liao, S., Chang, N., Wu, P., Yang, Y., & Hsiao, F. (2019). The changes and the predictors of suicide ideation and suicide attempt among HIV-positive patients at 6–12 months post diagnosis: A longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing*, 75(3), 573–584. <https://doi.org/10.1111/jan.13883>
- Lyons, A., & Heywood, W. (2016). Collective resilience as a protective factor for the mental health and well-being of HIV-positive gay men. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3(4), 473–479. <https://doi.org/10.1037/sgd0000197>
- Macaya, X., Pihan, R., & Vicente, B. (2018). Evolución del constructo de Salud mental desde lo multidisciplinario. *Revista Humanidades Médicas*, 18(2), 338–355. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202018000200338
- MacKay, R. J., & Oldford, R. W. (2000). Scientific Method, Statistical Method and the Speed of Light. *Statistical Science*, 15(3), 254–278. <https://www.jstor.org/stable/2676665>
- Martín Suárez, I., Cano Monchul, R., Pérez de Ayala, P., Aguayo Canela, M., Cuesta, F., Rodríguez, P., & Pujol de la Llave, E. (2002). Calidad de vida, aspectos psicológicos y sociales en pacientes con infección VIH avanzada. *Anales de Medicina Interna*, 19(8), 20–28. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992002000800003&lng=es&tlng=es.
- Masten, A. S. (1999). Resilience comes of age: Reflections on the past and outlook for the next generation of research. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 281–296). Kluwer Academic Publishers.
- Matsumoto, S., Yamaoka, K., Takahashi, K., Tanuma, J., Mizushima, D., Do, C. D., Nguyen, D. T., Nguyen, H. D. T., Nguyen, K. Van, & Oka, S. (2017). Social Support as a Key Protective Factor against Depression in HIV-Infected Patients: Report from large HIV

- clinics in Hanoi, Vietnam. *Scientific Reports*, 7(1), 15489. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-15768-w>
- McDowell, T. L., & Serovich, J. M. (2007). The effect of perceived and actual social support on the mental health of HIV-positive persons. *AIDS Care*, 19(10), 1223–1229. <https://doi.org/10.1080/09540120701402830>
- McKusick, L., Conant, M., & Coates, T. J. (1985). The AIDS Epidemic: A Model for Developing Intervention Strategies for Reducing High-risk Behavior in Gay Men. *Sexually Transmitted Diseases*, 12(4), 229–234. <https://doi.org/10.1097/00007435-198510000-00012>
- Ministerio de Salud Pública. (2018a). *Boletín Anual VIH/sida y Expuestos perinatales 2018*. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/03/gaceta_vih_2018.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2018b). *Estrategia Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA-ITS*. Programas y Servicios. <https://www.salud.gob.ec/programa-nacional-de-prevencion-y-control-de-vihsida-its/>
- Ministerio de Salud Pública. (2023). *Este 7 de abril se celebra el Día Mundial de la Salud, con el tema “Depresión: Hablemos.”* Ministerio de Salud Pública - Noticias Destacadas. <https://www.salud.gob.ec/este-7-de-abril-se-celebra-el-dia-mundial-de-la-salud-con-el-tema-depresion-hablemos/>
- Miric, M. (2004). Escala para la evaluación del estigma sentido entre las personas que viven con el VIH/SIDA en la República Dominicana. *Paradigma*, 2(4), 1–19. <https://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD16973.pdf>
- Miric, M. (2005). Carga psicosocial del estigma sentido entre las personas que viven con el VIH/sida en la República Dominicana: Autoestima, depresión y percepción de apoyo social. *Perspectivas Psicológicas*, 5(1), 40–48. <https://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/dd3795.pdf>
- Morais de Souza, R., Pereira dos Santos, A., Rodrigues da Silva, V., & Lemos de Carvalho, A. M. (2021). Living with HIV/aids: impact of diagnosis for users served in a reference service / Viver com HIV/aids: impactos do diagnóstico para usuários atendidos em um serviço de referência. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 13(1), 1020–1025. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9847>

- Moreno-Montoya, J., Barragán, A. M., Martínez, M., Rodríguez, A., & González, Á. C. (2018). Calidad de vida y apoyo social percibido en personas con VIH en Bogotá, Colombia. *Biomédica*, *38*(4). <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i4.3819>
- Murphy, P. J., Garrido-Hernansaiz, H., Mulcahy, F., & Hevey, D. (2018). HIV-related stigma and optimism as predictors of anxiety and depression among HIV-positive men who have sex with men in the United Kingdom and Ireland. *AIDS Care*, *30*(9), 1173–1179. <https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1445827>
- Mustanski, B. S., Newcomb, M. E., Du Bois, S. N., Garcia, S. C., & Grov, C. (2011). HIV in Young Men Who Have Sex with Men: A Review of Epidemiology, Risk and Protective Factors, and Interventions. *The Journal of Sex Research*, *48*(2–3), 218–253. <https://doi.org/10.1080/00224499.2011.558645>
- Nachega, J. B., Morroni, C., Zuniga, J. M., Sherer, R., Beyrer, C., Solomon, S., Schechter, M., & Rockstroh, J. (2012). HIV-related stigma, isolation, discrimination, and serostatus disclosure: a global survey of 2035 HIV-infected adults. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care (Chicago, Ill. : 2002)*, *11*(3), 172–178. <https://doi.org/10.1177/1545109712436723>
- Nevedal, A., Neufeld, S., Luborsky, M., & Sankar, A. (2017). Older and Younger African Americans' Story Schemas and Experiences of Living with HIV/AIDS. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, *32*(2), 171–189. <https://doi.org/10.1007/s10823-016-9309-x>
- Niu, L., Luo, D., Liu, Y., Silenzio, V. M. B., & Xiao, S. (2016). The Mental Health of People Living with HIV in China, 1998–2014: A Systematic Review. *PLOS ONE*, *11*(4), e0153489. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153489>
- Novara, J., Sotillo, C., & Wharton, D. (1985). *Estandarización y correlación de las escalas de Beck, Hamilton y Zung para Depresión en población de Lima Metropolitana*.
- ONUSIDA. (2022). *Hoja informativa - Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida*. <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- Organización Mundial de la Salud. (2022a, June 8). *Trastornos mentales*. Organización Mundial de La Salud - Notas Descriptivas. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

- Organización Mundial de la Salud. (2022b, June 17). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Organización Mundial de La Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud. (2023, March 31). *Depresión*. Organización Mundial de La Salud - Notas Descriptivas. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Grupos de Población Clave*. Organización Panamericana de La Salud. <https://www.paho.org/es/temas/grupos-poblacion-clave>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Salud Mental y VIH*. Organización Panamericana de La Salud. <https://www.paho.org/es/temas/vihsida/salud-mental-vih>
- Passik, S. D., Lundberg, J. C., Rosenfeld, B., Kirsh, K. L., Donaghy, K., Theobald, D., Lundberg, E., & Dugan, W. (2000). Factor Analysis of the Zung Self-Rating Depression Scale in a Large Ambulatory Oncology Sample. *Psychosomatics*, *41*(2), 121–127. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.41.2.121>
- Pérez Urdániz, A., Rubio Larrosa, V., & Gómez Gazol, E. (2004). Un nuevo instrumento para la evaluación de los trastornos de la personalidad en la práctica clínica: El cuestionario Salamanca. *IV Congreso Regional de Psiquiatría de Castilla y León*. <http://psicologiaescienciahn.atspace.cc/wp-content/uploads/2016/03/Cuestionario-Salamanca-de-Trastornos-de-la-Personalidad.pdf>
- Pérez-Llantada, M. C., López de la Llave, A., & Gutiérrez Rosado, M. T. (2010). *Evaluación de programas e intervenciones en psicología: Salud, educación y organizaciones sociales* (1a ed.). Editorial Dykinson.
- Piotrowski, C. (2018). The status of the Beck inventories (BDI, BAI) in psychology training and practice: A major shift in clinical acceptance. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, *23*(3). <https://doi.org/10.1111/jabr.12112>
- Plascencia de la Torre, J. C., Chan Gamboa, E. C., & Salcedo Alfar, J. M. (2019). Variables psicosociales predictoras de la no adherencia a los antirretrovirales en personas con VIH-SIDA. *Revista CES Psicología*, *12*(3), 67–79. <https://doi.org/10.21615/cesp.12.3.5>
- Polk, L. V. (1997). Toward a Middle-Range Theory of Resilience. *Advances in Nursing Science*, *19*(3).

https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Fulltext/1997/03000/Toward_a_Middle_Range_Theory_of_Resilience.2.aspx

- Prachakul, W., Grant, J. S., & Keltner, N. L. (2007). Relationships Among Functional Social Support, HIV-Related Stigma, Social Problem Solving, and Depressive Symptoms in People Living With HIV: A Pilot Study. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 18*(6), 67–76. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2007.08.002>
- Radusky, P., & Mikulic, I. (2018). Impacto emocional del diagnóstico de VIH en personas residentes en Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones - Universidad de Buenos Aires, 25*(1), 107–116. <https://www.redalyc.org/journal/3691/369162253013/>
- Ramírez-Vélez, R., Agredo-Zuñiga, R., & Jerez-Valderrama, A. (2010). Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey) en adultos Colombianos. *Revista de Salud Pública, 12*(5), 807–819. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/33328/33310>
- RAND Corporation. (2023). *12-Item Short Form Survey (SF-12)*. RAND Medical Outcomes Study. https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/12-item-short-form.html
- Rasoolinajad, M., Abedinia, N., Noorbala, A. A., Mohraz, M., Badie, B. M., Hamad, A., & Sahebi, L. (2018). Relationship Among HIV-Related Stigma, Mental Health and Quality of life for HIV-Positive Patients in Tehran. *AIDS and Behavior, 22*(12), 3773–3782. <https://doi.org/10.1007/s10461-017-2023-z>
- Remor, E., Ulla, S., Arranz, P., & Carrobles, J. A. (2001). ¿Es la percepción de control un factor protector contra el estrés emocional en personas VIH+? *Psiquis, 22*(3), 111–116.
- Rivera, B., Corrales, A., Cáceres, Ó., & Pina, J. (2007). Validación de la Escala de Depresión de Zung en Personas con VIH. *Terapia Psicológica, 25*(2), 135–140. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082007000200004>
- Robins, C. J., & Block, P. (1989). Cognitive theories of depression viewed from a diathesis-stress perspective: Evaluations of the models of Beck and of Abramson, Seligman, and Teasdale. *Cognitive Therapy and Research, 13*(4), 297–313. <https://doi.org/10.1007/BF01173475>
- Roy-Byrne, P. P., & Katon, W. (1997). Generalized anxiety disorder in primary care: the precursor/modifier pathway to increased health care utilization. *The Journal of Clinical*

- Psychiatry*, 58 Suppl 3, 34–38; discussion 39-40. <https://www.psychiatrist.com/read-pdf/7726/>
- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 25(1), 39–48. <https://doi.org/10.5093/cl2014a3>
- Schadé, A., van Grootheest, G., & Smit, J. H. (2013). HIV-infected mental health patients: characteristics and comparison with HIV-infected patients from the general population and non-infected mental health patients. *BMC Psychiatry*, 13(1), 35. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-35>
- Schmidt, S., Vilagut, G., Garin, O., Cunillera, O., Tresserras, R., Brugulat, P., Mompart, A., Medina, A., Ferrer, M., & Alonso, J. (2012). Normas de referencia para el Cuestionario de Salud SF-12 versión 2 basadas en población general de Cataluña. *Medicina Clínica*, 139(14), 613–625. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2011.10.024>
- Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación. (2023). *Instituciones Internacionales de Financiación*. Investigación Científica. <https://www.educacionsuperior.gob.ec/sic-instituciones-internacionales-de-financiacion/>
- Sherr, L., Nagra, N., Kulubya, G., Catalan, J., Clucas, C., & Harding, R. (2011). HIV infection associated post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth – A systematic review. *Psychology, Health & Medicine*, 16(5), 612–629. <https://doi.org/10.1080/13548506.2011.579991>
- Skinta, M. D., Lezama, M., Wells, G., & Dilley, J. W. (2015). Acceptance and Compassion-Based Group Therapy to Reduce HIV Stigma. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(4), 481–490. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.05.006>
- Strathdee, S. A., Wechsberg, W. M., Kerrigan, D. L., & Patterson, T. L. (2013). HIV prevention among women in low- and middle-income countries: intervening upon contexts of heightened HIV risk. *Annual Review of Public Health*, 34, 301–316. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114411>
- Suárez Cuba, M. Á. (2010). La importancia del análisis de los acontecimientos vitales estresantes en la práctica clínica. *Revista Médica La Paz*, 16(2), 58–62.

- http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582010000200010
- 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>
- Tran, B. X., Phan, H. T., Latkin, C. A., Nguyen, H. L. T., Hoang, C. L., Ho, C. S. H., & Ho, R. C. M. (2019). Understanding Global HIV Stigma and Discrimination: Are Contextual Factors Sufficiently Studied? (GAPRESEARCH). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(11), 1899. <https://doi.org/10.3390/ijerph16111899>
- Universidad de Jaén. (2023). *Metodología Cuantitativa*. Portal de La Investigación - Universidad de Jaén. http://www.ujaen.es/investiga/tics_tfg/enfo_cuanti.html
- Uribe, A. F. (2005). Intervención grupal y calidad de vida en personas diagnosticadas de VIH. *Revista Colombiana de Psicología*, 1(14), 28–33. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80401402>
- Vargas-Chiarella, C., & Zambrana, A. (2021). Relación del Riesgo de Ansiedad Con Factores Estresantes Asociados Post Cuarentena en Estudiantes Universitarios de la Ciudad de Cochabamba 2021. *Gaceta Medica Boliviana*, 44(2), 198–203. <https://doi.org/10.47993/gmb.v44i2.357>
- Vélez, F., & Tobar, R. (2021). *Boletín Anual de VIH/sida Ecuador - 2020*. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/06/Boletin-anual-VIH-Ecuador-2020.pdf>
- Vera-Villarroel, P., Silva, J., Celis-Atenas, K., & Pavez, P. (2014). Evaluación del cuestionario SF-12: verificación de la utilidad de la escala salud mental. *Revista Médica de Chile*, 142(10), 1275–1283. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014001000007>
- Vilagut, G., María Valderas, J., Ferrer, M., Garin, O., López-García, E., & Alonso, J. (2008). Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Medicina Clínica*, 130(19), 726–735. <https://doi.org/10.1157/13121076>

- Vizioli, N. A., & Pagan, A. E. (2021). Inventario de Ansiedad de Beck: validez estructural y fiabilidad a través de distintos métodos de estimación en población argentina. *Acta Colombiana de Psicología*, 25(1), 28–41. <https://doi.org/10.14718/ACP.2022.25.1.3>
- Wade, N. G., Post, B. C., Cornish, M. A., Vogel, D. L., & Tucker, J. R. (2011). Predictors of the change in self-stigma following a single session of group counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 58(2), 170–182. <https://doi.org/10.1037/a0022630>
- Ware, J. Jr., Kosinski, M., & Keller, S. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*, 34(1), 220–233. <https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003>
- Wolff, C., Alvarado, R., & 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>
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.). Basic Books.
- Zhao, M., Liu, B., Zheng, T., Xu, J., Hao, Y., Wang, J., Zhang, X., Nie, W., Wang, C., Wang, F., Jiao, M., Wu, Q., & Liang, L. (2019). Factors associated with hostility among people living with HIV/AIDS in Northeast China: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 19(1189), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7526-2>
- Zung, W. (1965). A Self-Rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry*, 12(1), 63–70. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720310065008>

Anexos

Anexo A. Consentimiento Informado

Parte I: Información para el participante/representante legal

Título de la investigación: Sintomatología Ansiosodepresiva y Factores Asociados en Personas Viviendo con VIH en Ecuador.

Nombre completo de la investigadora: Camila Francisca Aulestia Baldeón

Introducción: La literatura demuestra que las personas que viven con VIH se ven en mayor riesgo a desarrollar dificultades de salud mental que la población general, especialmente durante los primeros años posteriores a su diagnóstico. Esto puede estar asociado a diferentes factores de riesgo y de protección que median el afrontamiento al estrés generado por un Acontecimiento Vital Estresante (AVE) como el de recibir el diagnóstico de una enfermedad crónica que demanda cambios importantes en la vida de quien lo transita. Lamentablemente el registro epidemiológico a nivel nacional es deficiente, y no se tienen muchos datos disponibles sobre la salud mental de las personas que viven con VIH (PVV).

Propósito del estudio: El objetivo de este estudio es justamente recolectar datos a nivel nacional sobre el estado de salud mental de las personas que viven con VIH durante los primeros años posteriores a su diagnóstico. Además, se pretende conseguir datos sobre su calidad de vida y factores que puedan mediar su capacidad de afrontamiento como su apoyo social percibido y experiencias de estigma. Específicamente el estudio se enfoca en un sondeo de sintomatología ansiosodepresiva en PVV que son hombres que tienen sexo con otros hombres, ya que es un grupo que corresponde a una de las poblaciones clave de mayor densidad en el país. Los participantes deberán ser mayores de edad y tener hasta 50 años, y un diagnóstico positivo de VIH en los últimos 5 años (hasta 4 años y 364 días desde la confirmación médica del mismo). No deben tener discapacidades intelectuales o psicológicas (cuadros que incluyan despersonalización, desrealización, disociación, delirio, o trastornos de personalidad) que interfieran en la posibilidad de contestar los reactivos. Finalmente, los participantes deben leer y firmar el consentimiento informado correspondiente al estudio.

Procedimientos: El primer contacto con los participantes será para confirmar que cumplen con los criterios de inclusión y extenderles más información sobre el estudio. Después se les

facilitarán los documentos del consentimiento informado y posterior a su firma y registro se enviarían los links para la realización de los reactivos. La recolección de datos se hará de forma virtual a través del llenado de los cuestionarios psicométricos elegidos. Estos reactivos son una Ficha de Registro de Información Sociodemográfica (5 min), la Escala de Autoevaluación de Depresión de Zung (10 min), el Inventario de Ansiedad de Beck (10 min), el Cuestionario de Salud SF-12 (5 min), y la Escala para la Evaluación del Estigma Sentido de Miric (10 min). Los tiempos señalados son el máximo aproximado de aplicación que refiere la bibliografía, por lo que la conclusión de los reactivos tomaría entre 30 y 45 minutos.

Riesgos: Al ser la aplicación de reactivos en línea, a distancia, las probabilidades de afección a su bienestar físico son inexistentes. El riesgo de daños morales se ve minimizado al priorizar la libertad de elegir que tiene el participante de involucrarse o no en la investigación, así como también de retirarse de la investigación en cualquier momento. No obstante, el equipo de investigación no puede garantizar que el *setting* del participante sea el mejor para salvaguardar su privacidad e integridad física. Por eso, se les recomienda a los participantes tomar en cuenta su cuidado al elegir dónde (espacio) y en qué dispositivo eligen realizar los reactivos. Dentro de las instrucciones para el llenado de los formularios se proveerán recomendaciones para evitar dicha situación como el uso de un dispositivo privado, la eliminación del historial de internet, la revisión del lugar de descarga del archivo de consentimiento, la utilización de ventanas de incognito de internet, entre otros, de forma que los sujetos puedan servirse de ellas en caso de así requerirlo. Por el lado, se advierte la posibilidad de que los participantes puedan experimentar cierto malestar al enfrentarse a reactivos que exploran su estado de salud mental, calidad de vida, y experimentación de eventos adversos relacionados a su diagnóstico (estigma). También pueden atravesar un estado negativo emocional al, en caso de manifestar interés en recibir sus resultados, aprender sobre los diferentes puntajes y correspondientes interpretaciones. No se reconocen riesgos de daños sociales que puedan producir disrupción en sus redes sociales o relaciones interpersonales, daños jurídicos, o financieros.

Beneficios: Los participantes pueden elegir si desean recibir los resultados de sus pruebas psicométricas. Esta entrega de resultados irá acompañada, independientemente de su naturaleza, de referencias a los distintos servicios de las organizaciones que colaboran con el proyecto para que puedan acceder a espacios seguros que les permita gestionar lo que se ha generado. Estos espacios están asociados a servicios sociales (psicoeducación, apoyo social, activismo) para PVV y/o a servicios de salud mental de acceso gratuito o de tarifas

diferenciadas con especialistas con conocimiento en el tratamiento de personas VIH positivo y población LGBTI. Esto representa una oportunidad de autoconocimiento y conexión a servicios especializados para los participantes.

A nivel de la disciplina psicológica y para la sociedad en general, se considera que el estudio tiene el potencial de empezar a sanear el vacío de conocimiento respecto a la salud mental y factores asociados en PVV. Esta información es esencial para la generación, mejoría, y mantenimiento de iniciativas que brinden cuidados y asesoría a las PVV tanto a nivel público como privado.

Costos y compensación: La participación de los interesados es completamente voluntaria, no tendrá ningún costo ni recibirá ninguna compensación monetaria o material por su participación.

Confidencialidad de datos: Los datos requeridos en los reactivos psicométricos no incluyen nombres ni números de identificación y la información que sí ha de ser recolectada será cuidadosamente codificada y almacenada al ser recibida en plataformas encriptadas, privadas, y seguras. El programa que será utilizado para el análisis de datos (SPSS) permite guardar archivos de datos en la codificación de caracteres como también proteger la información confidencial almacenada en un archivo cifrándolo con una contraseña. Una vez cifrado, el archivo solo se puede abrir con la contraseña. Quienes manejen esta delicada información tendrán que haber cumplido con los cursos de Human Subject Protection y Responsible Conduct of Research del Collaborative Institutional Training Initiative (CITI Program), reconocida institución que provee educación en ética de la investigación para miembros de la comunidad científica. Además, deberán registrarse en concordancia de los Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta de la American Psychological Association, y serán supervisados por un comité de ética.

Derechos y opciones del participante: Como se ha detallado anteriormente, la participación en el estudio es completamente voluntaria, por lo que el participante puede retirar su consentimiento en cualquier momento si así lo desea sin ninguna penalidad. Esto significaría que todos los datos personales que hayan sido recolectados hasta ese punto sean eliminados de la base de datos. En caso de tener dudas o comentarios, los participantes pueden comunicarse a la información de contacto aquí expuesta.

Información de contacto de la investigadora:

Nombres completos de la investigadora: Camila Francisca Aulestia Baldeón

Correo electrónico: camila.aulestia@udla.edu.ec

Parte II: Consentimiento informado

A. Declaratoria de consentimiento informado: Declaro haber leído y comprendido el presente documento, incluyendo el objetivo de la investigación, y los riesgos y beneficios de mi participación. También entiendo que mi participación es libre y voluntaria, y puedo retirarme en cualquier momento de la investigación sin que esto afecte las atenciones que me corresponden ni renuncie a ninguno de los derechos que por ley le corresponden. De acuerdo con lo detallado aquí, consiento voluntariamente mi participación en este estudio.

Nombres completos del participante:

Cédula:

Fecha:

Firma/Huella digital

Una vez suscrito el documento por las partes, se entregará una copia de este documento al participante.

B. Declaratoria de revocatoria del consentimiento informado: Declaro que a pesar de que inicialmente haya aceptado mi participación en la investigación en mención, a partir de este momento revoco mi autorización. Esto implicará que los datos personales que hayan sido recolectados hasta este punto sean eliminados de la base de datos y no se utilicen para ningún fin. Entiendo que tomar esta decisión no me representará una penalidad ni tendrá impacto alguno en la atención en salud que por ley me corresponde.

IMPORTANTE: *El participante solo firmará el apartado B. Declaratoria de revocatoria del consentimiento informado si decide retirarse de la investigación y no desea que sus datos sean usados con ningún fin referente al estudio.*

Nombres completos del participante:

Cédula:

Fecha:

Firma/Huella digital

Anexo B. Ficha de Registro de Información Sociodemográfica

- Edad (pregunta abierta)
- Procedencia
 - Provincia de residencia
 - Esmeraldas, Imbabura, Carchi, Sucumbíos, Napo, Orellana, Chimborazo, Cotopaxi, Tungurahua, Pastaza, Santo Domingo de los Tsáchilas, Manabí, Los Ríos, Santa Elena, Bolívar, Galápagos, Guayas, Azuay, Cañar, Morona Santiago, Loja, El Oro, Zamora Chinchipe, Pichincha.
 - Nacionalidad (pregunta abierta)
- Autoidentificación étnica
 - Indígena
 - Mestizo
 - Montubio
 - Afroecuatoriano
 - Blanco
 - Otro: ____
- Nivel educativo más alto
 - Ninguno
 - Educación básica
 - Educación secundaria
 - Técnico
 - Tercer nivel
 - Cuarto nivel
- Estado civil
 - Soltero
 - Unión libre
 - Casado
 - Separado
 - Divorciado
 - Viudo
- Situación laboral
 - Desempleado
 - Empleado

- Autoempleado
- Trabajo informal
- Rango de ingresos personales mensuales
 - Menos de 300
 - 300-450
 - 500-650
 - 700-850
 - 900-1050
 - 1100-1250
 - 1300-1500
 - Más de 2000
- Tiempo de diagnóstico positivo de VIH (desde la confirmación clínica).
 - Menos de 1 año
 - 1 año
 - 2 años
 - 3 años
 - 4 años
 - 5 años
- ¿Estaría interesado en recibir sus resultados?
 - Sí
 - No