

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León.**

**Facultad de Ciencias Médicas.**

**Psicología.**



**Tesis para optar al título de licenciatura en Psicología.**

**Tema:** Síntomas depresivos y resiliencia en personas con VIH que asisten a la clínica de infectología del HEODRA - León, agosto 2018- marzo 2019.

**Autores:**

Br. Luis Manuel Cano Navarrete.

Br. Maritza Belén Reyes García.

**Tutora:** Lic. Zandra Marcela Rodríguez. Msc.

Agosto, 2019

“A la libertad por la Universidad”

## Resumen

Los síntomas depresivos y los niveles de resiliencia en personas que conviven con VIH, son variables poco estudiadas, pero que generan gran interés en la investigación psicológica.

El presente estudio responde a la siguiente pregunta de investigación ¿Cómo se relaciona el nivel de resiliencia con los síntomas depresivos en pacientes con VIH/SIDA de la clínica de infectología del HEODRA, agosto 2018- marzo 2019?

El estudio es descriptivo de corte transversal, participaron 129 pacientes entre 21 a 50 años. Se utilizó la Escala Autoaplicada para la medida de la depresión de Zung y Conde y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva, utilizando chi cuadrado ( $\chi^2$ ) para comparar las variables estudiadas y el análisis se realizó a través del programa SPSS.

Se encontró que el 54% de los participantes presentan síntomas depresivos, en cualquiera de sus niveles, siendo más frecuente en las mujeres (64%), a diferencia de los hombres que obtuvieron mayor frecuencia en la ausencia de síntomas (53%). Las dimensiones de resiliencia: **sentirse bien solo**, **confianza en sí mismo** y **satisfacción personal**, predominó el nivel muy alto. En la dimensión de **perseverancia**, el nivel alto y finalmente en la dimensión **ecuanimidad**, nivel moderadamente alto.

Se encontró que el 37% de pacientes presentan un nivel de resiliencia alto. Se destaca que ambos sexos presentaron altos niveles de resiliencia, pero las mujeres obtuvieron mayor porcentaje en los bajos niveles en comparación a los hombres.

---

Palabra claves: depresión, paciente con VIH, resiliencia, síntomas depresivos, ecuanimidad, perseverancia, sentirse bien solo, confianza en sí mismo y satisfacción personal.

## Contenido

<b>Introducción</b> .....	1
<b>Antecedentes</b> .....	3
<b>Justificación</b> .....	6
<b>Planteamiento del problema</b> .....	8
<b>Objetivos</b> .....	10
<b>Marco Teórico</b> .....	11
<b>Capítulo I: VIH/SIDA</b> .....	11
<b>Definición de VIH/SIDA</b> .....	11
<b>Diferencia entre VIH/SIDA y sus etapas</b> .....	11
<b>Signos y síntomas</b> .....	14
<b>Etiología</b> .....	14
<b>Diagnóstico</b> .....	15
<b>Tratamiento</b> .....	16
<b>Comorbilidad con Depresión</b> .....	17
<b>Calidad de vida en personas con VIH y depresión</b> .....	18
<b>Capítulo II: La Depresión</b> .....	18
<b>Definición de la Depresión</b> .....	18
<b>Criterios diagnósticos según CIE-10 y DSM-5</b> .....	20
<b>Teorías que explican la depresión</b> .....	22
<b>Factores precipitantes para la depresión</b> .....	25
<b>Depresión en personas con VIH</b> .....	27
<b>Capítulo III: Resiliencia</b> .....	28
<b>Definición de Resiliencia</b> .....	28
<b>Características de las personas resilientes</b> .....	28
<b>Componentes de la Resiliencia</b> .....	31
<b>Niveles de la resiliencia</b> .....	32
<b>Diseño Metodológico</b> .....	35
<b>Resultados</b> .....	48
<b>Discusión</b> .....	57
<b>Conclusiones</b> .....	62
<b>Recomendaciones</b> .....	63
<b>Referencias</b> .....	65
<b>Anexos</b> .....	72

## Índice de tablas

<b>Tabla 1: Características sociodemográficas de las personas que conviven con VIH.....</b>	<b>48</b>
<b>Tabla 2: Síntomas depresivos en las personas que conviven con VIH.....</b>	<b>50</b>
<b>Tabla 3: Síntomas depresivos en correlación con el tiempo de diagnóstico en las personas que conviven con VIH.....</b>	<b>50</b>
<b>Tabla 4: Síntomas depresivos correspondiente a los ítems del instrumento para la evaluación de los síntomas depresivos.....</b>	<b>51</b>
<b>Tabla 5: Dimensiones de la resiliencia que presentan las personas que conviven con VIH.....</b>	<b>53</b>
<b>Tabla 6: Niveles de resiliencia que presentan la personas que conviven con VIH.....</b>	<b>54</b>
<b>Tabla 7: Niveles de resiliencia y el tiempo de diagnóstico VIH que presentan las personas que conviven con VIH.....</b>	<b>55</b>
<b>Tabla 8: Relación entre los síntomas depresivos y la capacidad de resiliencia que presentan las personas con VIH.....</b>	<b>56</b>

## Introducción

Las enfermedades infecciosas forman parte de un conjunto de afecciones que poseen un mayor impacto sobre la historia humana. La infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) implica para la persona que la padece altos niveles de incertidumbre y malestar psicológico al enfrentarse con una enfermedad que conlleva socialmente desde épocas remotas el desarrollo de un estigma y rechazo por parte de la misma (Espín, 2017).

El VIH desde su surgimiento ha generado mucho interés en las investigaciones centrándose principalmente en los aspectos epidemiológicos y dejando a un lado el aspecto psicológico. Se ha planteado que la infección por VIH/SIDA aumenta la probabilidad de tener depresión como resultado de múltiples estresores que complican la vida de las personas infectadas con el virus, tal como la reducción del apoyo social, el aislamiento y los malos tratos, así como el ajuste a complicados regímenes de medicamentos antirretrovirales (Nhamba, Hernández & Demetrio, 2014). Entonces, la co-morbilidad entre VIH y depresión se constituye en un peor manejo del curso de la infección por VIH, dado que esta última puede afectar negativamente la evolución de la enfermedad, con peor estado inmunológico (Nhamba, Hernández & Demetrio, 2014).

También, el ser diagnosticado con VIH, constituye una situación potencialmente traumática, la cual puede llevar a consecuencias psicológicas desadaptativas. Sin embargo, estas situaciones desencadenan diferentes formas de afrontamiento que se vinculan a características de personalidad, la cual contribuyen a contrarrestar el molestar vivido; entre esas características se destaca por su importancia la potencial resiliencia, caracterizada por una adaptación positiva, ocurrida en un período de tiempo corto (De Santis et al., 2013); por lo general las personas se adaptan a las situaciones estresantes o

gratificantes, dando hincapié a la importancia y factibilidad de desarrollar la resiliencia, percibida como el proceso o capacidad de adaptación que tiene una persona ante situaciones adversas que se presentan a lo largo de la vida, tales como traumas, tragedias, amenazas, problemas familiares, de relaciones personales, problemas serios de salud o situaciones laborales estresantes (Hernández, 2017)

En este sentido la presente investigación abordará las variables antes mencionadas, con el propósito de describir los síntomas depresivos y la relación de estos con la capacidad de resiliencia que presentan las personas con diagnóstico VIH/ SIDA de la clínica de infectología del HEODRA. Será de utilidad para abordar un tema poco estudiado en una población considerada vulnerable por sus condiciones de salud y servirá de referencia para otros estudios que profundicen en torno a los resultados del mismo.

## Antecedentes

Esta investigación aborda la relación entre los diferentes síntomas depresivos y la capacidad de resiliencia que presentan los pacientes diagnosticados con VIH positivo, por lo cual resultó necesario la revisión de algunos estudios vinculados a la temática de investigación.

En un estudio realizado en Sao Paulo, Brazil, titulado “Síntomas de depresión y calidad de vida de personas viviendo con HIV/Sida”, elaborado por Reis, Haas, Santos, Araujo, Gimenez & Gir (2011), de corte transversal realizado en 228 personas viviendo con HIV/Sida del hospital Ribeirao Preto, se detectaron 63 (27,6%) individuos con síntomas de depresión (leve, moderado y grave). Las mujeres presentaron síntomas de intensidad más grave de depresión que los hombres. Individuos con síntomas depresivos presentaron menores puntajes de calidad de vida que individuos con ausencia de esos síntomas, con diferencias estadísticamente significativas.

Cano (2013), realizó un estudio titulado "Factores asociados a la falta de adherencia del tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH y SIDA que asisten a la clínica de enfermedades infecciosas en el HEODRA, en el periodo febrero 2012- septiembre 2013", en donde se realizó un estudio comparativo de corte trasversal en la clínica de enfermedades infecciosa en el HEODRA, León, la muestra estuvo compuesta de 61 personas entre hombres y mujeres, obteniendo los siguiente resultados: se determinó que existe la presencia de trastornos psíquicos (23 %) y enfatizando en este factor, los principales efectos que provoca la falta de adherencia al tratamiento ante la presencia de trastornos psíquicos se encontró la depresión, y combinaciones de la misma como depresión y ansiedad, baja autoestima, y en algunos casos duelos no resueltos, por lo cual se concluye que entre los factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento

antirretroviral en pacientes con VIH-SIDA se destaca, la presencia de trastornos psiquiátricos, en especial los relacionados con la depresión, entre otros.

Fernández (2014) realizaron un estudio en Granada-España, titulado “Autoeficacia, conocimiento, resiliencia y preocupación por el VIH/sida: Diferencias entre infectados y no infectados por el VIH”; constituido por diferentes sub-estudios, en el cual se hace énfasis en uno de estos, denominado: Análisis de la resiliencia en pacientes con VIH y su relación con variables sociodemográficas y de conducta sexual, cuyo objetivo es de ex post facto fue evaluar la resiliencia en pacientes con VIH y su relación con variables sociodemográficas y de conducta sexual. Participaron 159 pacientes con VIH, de ambos sexos, entre 19 y 55 años de edad. Los resultados obtenidos mostraron que los pacientes heterosexuales, tenían una mayor resiliencia que los pacientes homosexuales, Por último, la resiliencia no ha sido un factor predictor de las conductas sexuales de riesgo.

En el estudio realizado en Colombia por De la Rosa, Silvera, Kelly, Marín, Román & Rojas (2016), titulado “Depresión y variables asociadas al diagnóstico de VIH/SIDA en la población de la Institución Pública de Salud (IPS) vital salud”. El estudio se estableció con una muestra de 120 pacientes, los resultados obtenidos mostraron una alta población con síntomas depresivos, un 34.2% presenta depresión leve, un 24.2% presenta depresión severa, y un 2.5% presenta depresión moderada, es decir el 60.8% de la población presenta síntomas depresivos, sin embargo dentro de los resultados generales se encontró que no existe una relación entre el diagnóstico de VIH-Sida y la depresión; lo que existe es una relación entre las condiciones asociadas a la enfermedad y la depresión, es decir que la depresión en estos pacientes, se debe a situaciones asociadas a factores personales o de otra índole que no se refieren directamente a la presentación del diagnóstico de VIH

Según el estudio de Espín (2017) en Ecuador, titulado “Pacientes con diagnóstico de VIH positivo y su capacidad de resiliencia ante los niveles de ansiedad y depresión provocados por la enfermedad en el hospital san Vicente de Paúl en el periodo 2016 - 2017”, con un tipo de estudio descriptivo y abordaje cualitativo; se contó con una muestra de 20 pacientes con diagnóstico de VIH positivo. Los resultados obtenidos en relación al nivel de resiliencia demostraron que las pacientes mujeres tienen un mayor nivel de resiliencia que los hombres, en relación a la escala depresión se obtuvo un total de 3 pacientes mujeres con depresión probable, así como un total de 9 pacientes hombres con depresión, demostrando puntuaciones altas en depresión sobre los rangos normales de evaluación, siendo afectada más de la mitad de la muestra de estudio.

Hasta el momento no se han encontrado estudios relacionados directamente con las variables de esta investigación realizados en Nicaragua, sin embargo, se destaca el estudio realizado por Cano (2013) el cual se detalló anteriormente.

## Justificación

Como se ya se ha mencionado anteriormente, muchos estudios indican que la mayoría de personas que experimentan directa o indirectamente un acontecimiento traumático podría hacer uso de estrategias de afrontamiento basada en la resiliencia, que a su vez contribuiría a disminuir síntomas de diagnósticos clínicos que se vinculen con el trauma o enfermedad (Espín, 2017).

El presente estudio tuvo como propósito describir los síntomas depresivos y la relación de estos con la capacidad de resiliencia que presentan las personas con diagnóstico VIH/ SIDA pertenecientes a la clínica de infectología del HEODRA, León

Se cuenta con los recursos necesarios para realizar la investigación, así como la autorización del centro donde se llevará a cabo el estudio.

Dicha investigación será de utilidad primeramente para los autores, segundo para estudiantes de Psicología, profesores, médicos y otras personas interesadas en la temática, ya que brindará información de la relación que produce el nivel de resiliencia existente ante los diferentes síntomas depresivos, información de utilidad para el desempeño académico. Este estudio servirá de Screening para detectar casos de sintomatología depresiva que interfiera en el funcionamiento de los participantes y de esta forma seleccionar los casos que ameritan intervención psicológica individual.

Al finalizar el estudio se entregarán los resultados a la dirección de la institución para que pueda ser de conocimiento, el cual podrá ser analizado y reflexionado en vías de proponer acciones que mitiguen la sintomatología depresiva y aumenten la capacidad de resiliencia a través de actividades que ellos consideren pertinentes.

Así mismo se entregará una propuesta de un programa acorde a los resultados obtenidos por la investigación que ayude al afrontamiento de esta enfermedad en los participantes. Este programa implicará la realización de actividades psicoeducativas y vivenciales desde una perspectiva de la Psicología Positiva que favorezcan el óptimo funcionamiento de la capacidad de resiliencia en los pacientes, el cual podrá ser aplicado por una persona que no necesite entrenamiento especializado.

Esta investigación servirá de referencia para otros estudios o en la formación de nuevas líneas de investigación que profundicen en torno a los resultados del estudio.

## Planteamiento del Problema

El VIH desde su surgimiento ha generado mucho interés en las investigaciones centrándose principalmente en los aspectos epidemiológicos y dejando a un lado el aspecto psicológico.

La Organización Mundial de la Salud afirma que hasta el año 2017 existen más de 37 millones de personas que conviven con VIH a nivel mundial (Ladino, 2017). En Nicaragua el nivel de casos registrado con VIH es de 11,708 personas con VIH/SIDA, variando su prevalencia por zona. Así el grupo de autoayuda de occidente (GAO), en sus estadísticas señala que entre León y Chinandega se contabilizan 1,489 personas con VIH. (Torres, 2017).

El VIH es considerado como un acontecimiento catastrófico y traumante que genera cambios radicales en el estilo de vida de los pacientes infectados (Espín, 2017). Según Villarreal, Ojeda & Castro (2012), se puede observar que hay mayores casos de depresión en pacientes con VIH debido a que su transmisión es asociada al contagio sexual directo, en consecuencia, genera un estigma en su entorno, expresado a través de exclusión y aislamiento por miedo a contagiar o ser señalados.

Así Reis, Haas, Santos, Araujo, Gimenez & Gir (2011) plantea que existe una estrecha relación entre el VIH y los distintos desórdenes psiquiátricos, la cual ha sido objeto de estudios en las últimas décadas. Siendo la depresión la más frecuente, ya que suele ser dos a cuatro veces más frecuente que en la población general, considerándose como una de las co-morbilidades psiquiátricas de mayor incidencia tras el diagnóstico de la infección (Wolff., Alvarado & Wolff, 2010).

La comorbilidad entre VIH y depresión (síntomas depresivos) puede afectar a la persona a nivel afectivo, conductual, cognitivo y somático vinculados a complicados regímenes de medicamentos antirretrovirales, que influyen en la forma de afrontar esta enfermedad (Nhamba, Hernández & Demetrio, 2014). También en ese afrontamiento se vincula una característica psicológica que en los últimos años ha generado mucho interés como lo es la resiliencia. Por lo que los organismos internacionales de la salud han sugerido usar el enfoque de la resiliencia como una propuesta a indagar entre los individuos, sobre aquello que los ayuda a permanecer sanos y superar la adversidad, antes de pensar en lo que los enferma (López, 2013). Esta capacidad de resiliencia disminuye las emociones negativas y generan emociones positivas como la esperanza que les ayuda a participar activamente en la sociedad, apoyándose en las relaciones de confianza, al contrario, tener un nivel de resiliencia inestable y con depresión, ha demostrado tener altos números de resultados negativos, los cuales se expresan a través de una disminución en la adherencia a la medicación, la calidad de vida y el resultado del tratamiento, por lo cual se considera que ayuda posiblemente a que la enfermedad progrese y aumenten los riesgos de una muerte temprana (Espín, 2017).

Como se mencionó anteriormente, el aumento en numerosas estadísticas a nivel mundial acerca de las personas con VIH/SIDA año con año, su comorbilidad con la depresión o síntomas depresivos y la capacidad de resiliencia que tiene el ser humano frente a situaciones estresantes, llevó a cuestionar la siguiente pregunta:

¿Cómo se relaciona el nivel de resiliencia con los síntomas depresivos presentes en pacientes con VIH/SIDA que pertenecen al de la clínica de infectología del HEODRA, agosto 2018 - marzo 2019?

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Relacionar los síntomas depresivos y el nivel de resiliencia que presentan los pacientes diagnosticados con VIH que pertenecen de la clínica de infectología del HEODRA León, agosto-marzo 2018-2019.

### **Objetivos Específicos:**

Señalar los datos sociodemográficos de la población de estudio.

Identificar síntomas depresivos prevalentes en la población de estudio.

Determinar el nivel en que se encuentra las dimensiones de la resiliencia y la resiliencia general que presenta estos pacientes.

Especificar si existe relación entre los síntomas depresivos y la capacidad de resiliencia de las personas con VIH.

## Marco Teórico

### Capítulo I: VIH/SIDA

#### Definición del VIH/ SIDA.

Según la OMS (2018), define que el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función, por la cual se produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Es importante denotar que la abreviatura SIDA, denominado síndrome de inmunodeficiencia adquirida, se aplica a los estadios más avanzados de la infección, por consiguiente, define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones o cánceres comórbidos con el VIH. Este virus puede ser transmitido por diferentes vías, entre las cuales las sexuales son las más conocidas, sean estas las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con la persona portadora del virus, también otras vías pueden ser, la transfusión de sangre, el uso compartido de agujas, jeringas o instrumentos corto punzantes, otra forma es por medio de la madre al hijo durante el embarazo, parto o lactancia materna.

#### Diferencias entre VIH y SIDA y sus etapas.

Según Matamoros (2016):

El VIH debilita el Sistema inmunológico que combate infecciones y enfermedades. Cuando el Sistema Inmunológico se debilita, perdemos nuestra protección contra enfermedades y podemos contraer serias infecciones y cánceres, generalmente mortales. El SIDA es el nombre para la condición que las personas desarrollan después de tener una o más de las serias infecciones relacionadas con el VIH o cuando las pruebas de sangre muestran que el sistema inmunológico ha sido severamente afectado por el virus. Toma varios años que el VIH quiebre la resistencia del Sistema Inmunológico y cause el SIDA. Muchas personas tienen pocos o ningún síntoma por varios años después de estar infectados (P. 38)

## **Etapas del VIH.**

El VIH se divide en diferentes etapas establecidas por la OMS, (2017, citado por Vera, 2017) por en función de diversos indicios, síntomas, infecciones y cánceres.

Etapas clínicas provisionales del VIH y el sida

Infección primaria por el VIH: puede ser asintomática o manifestarse mediante el síndrome retroviral agudo.

**Etapa clínica I:** asintomática o inflamación general de los nódulos linfáticos.

**Etapa clínica II:** pequeñas pérdidas de peso, manifestaciones mucocutáneas leves e infecciones recurrentes de las vías respiratorias altas.

**Etapa clínica III:** diarrea crónica sin causa aparente, fiebre persistente, candidiasis, infecciones bacterianas graves, tuberculosis pulmonar e inflamación necrotizante aguda en la boca. Algunas personas tienen sida en esta etapa.

**Etapa clínica IV:** incluye 22 infecciones oportunistas o cánceres relacionados con el VIH. Todas las personas que se encuentran en esta etapa tienen sida (P.14)

## **Fases del VIH.**

Para Vera (2017), el VIH prolifera de forma continua desde el momento en que infecta a un paciente.

a) Una fase precoz o aguda, también llamada primoinfección, de varias semanas de

duración.

b) Una fase intermedia o crónica, con replicación vírica y activa y latencia clínica, de

varios años de duración.

c) Una fase final o de crisis que clínicamente corresponderá a lo que se le denomina sida. A continuación, se explicará sobre cada fase (P.16)

**La fase precoz,** la persona infectada se mantendrá asintomático o presentará un cuadro clínico que se caracteriza por un síndrome mononucleósico (en

aproximadamente el 30-60% de los casos, aunque es fácil que pase desapercibido o se confunda con otro trastorno), acompañado generalmente por una erupción cutánea. A partir de las primeras horas del día de la infección, el VIH invade el tejido linfático donde alcanza concentraciones muy elevadas.

**Fase intermedia o crónica.** En esta fase, que generalmente dura varios años, persiste la actividad proliferativa vírica. En casi todos los pacientes es posible detectar y cuantificar la carga viral. Los pacientes suelen estar asintomáticos, con o sin adenopatías, y pueden presentar trombocitopenia (sobre todo en los drogadictos) o trastornos neurológicos centrales o periféricos.

La probabilidad actuarial de que la infección dejada a su evolución natural progrese hacia estadios más avanzados se aproxima al 50-80% a los 10 años de producida la infección y no parece haber diferencias importantes entre los distintos subgrupos de pacientes afectados. El propio VIH o con mayor probabilidad la hiperactivación crónica del sistema inmunitario y la inflamación crónica es probablemente responsable de que se aceleren procesos fisiopatológicos asociados al envejecimiento, como el deterioro cognitivo, la arterioesclerosis o un incremento de determinados tipos de neoplasias (P.17)

**La fase final o de crisis.** El incremento de la actividad replicativa del virus coincide clínicamente con la aparición de una intensa alteración del estado general de infecciones oportunistas, de ciertos tipos de neoplasias o de trastornos neurológicos. A partir de entonces se considera que el paciente padece sida. El pronóstico a partir de este momento solía ser malo. La probabilidad de sobrevivir a los 2 años del diagnóstico del SIDA era en general inferior al 30-50%, y a los 3 años menor del 10-20%. Con los tratamientos antirretrovirales actuales (en general, combinaciones de tres o más medicamentos) se ha conseguido restaurar parcialmente la inmunidad celular, retrasar o detener la progresión y reducir la incidencia de infecciones oportunistas y mortalidad en más del 90%. Sin embargo, la esperanza de vida de los pacientes infectados por el VIH todavía es algo inferior a la de la población general de su misma edad y sexo. Las

causas de muerte, por el contrario, han cambiado y tienden a ser las mismas que las de la población general y las asociadas a coinfecciones como el virus C de la hepatitis y sus complicaciones, Vera (2017).

### **Signo y síntomas.**

Al adquirir el VIH la persona entra a una etapa inicial, en la cual no presenta síntomas que justifiquen la presencia de algún virus o enfermedad específica, es hasta después de varios años que se presentan la sintomatología que denota la presencia de una enfermedad de los cuales, Según Flores, Ríos & Vargas (2015) y Mayhua (2016) se presentan los siguientes signos y síntomas:

Agotamiento prolongado e inexplicable, glándulas hinchadas (nódulos linfáticos), fiebre que dure más de 10 días, que se sitúa aproximadamente entre los 38°C o más, resfriados, exceso de sudor, especialmente de noche, lesiones de boca incluyendo llagas y encías hinchadas y dolorosa, dolor de garganta, pérdida del 10% de su peso corporal en menos de un mes, tos, acortamiento de la respiración, diarrea por más de un mes, dolores musculares, depresión profunda, dificultad para pensar con claridad y pérdida de equilibrio

### **Etiología.**

El VIH puede ingresar al organismo humano a través del semen, sangre y fluidos vaginales, cuando está adentro ataca el sistema inmunológico del paciente, el cual está constituido por diferentes componentes que incluyen células, anticuerpos y sustancias que proporcionan protección ante todo elemento que sea reconocido como ajeno, tal es el caso de bacterias, hongos, parásitos, virus u otros agentes infecciosos, por ende, frente a la presencia de estos organismos el sistema inmunológico actúa enviando células denominadas linfocitos para defenderse, estos linfocitos, al ser atacado por el virus del VIH, el sistema inmunológico actúa incapaz de reconocer y enfrentar a los

invasores extraños, lo que se traduce en la proliferación del virus. Una vez instaurado el virus se multiplica poniéndose en funcionamiento un mecanismo específico de los retrovirus, este consiste en copiar su genoma (conjunto de información genética de un ser vivo) de Ácido Ribonucleico (ARN), en el Ácido Desoxirribonucleicos (ADN) de la célula. Dada la presencia del virus, se estimula la producción de linfocitos, pero con copia del genoma del VIH, dando lugar a la multiplicación de células virales en lugar de reproducir más linfocitos, (Flores, Ríos & Vargas, 2015)

### **Diagnóstico.**

La utilización de pruebas de laboratorio es una forma considerada indispensable para el VIH, por lo contrario, estas pruebas no permiten establecer si la persona se encuentra en el estado de SIDA, también que tienen el limitante de que al ser estandarizadas in vitro y aunque se ejecuten en condiciones idóneas para el resultado, puede que se obtengan resultados erróneos (Álvarez, 2017)

Según Flores, Ríos & Vargas (2015) algunas de las pruebas de Diagnóstico del VIH/SIDA son:

#### **ELISA**

Es una técnica de inmuno ensayo en la cual un antígeno inmovilizado se detecta mediante un anticuerpo enlazado a una enzima capaz de generar un producto detectable, Se usa en muchos laboratorios para determinar si un anticuerpo particular está presente en la muestra de sangre de un paciente. Esta prueba utiliza sangre, saliva u orina para detectar anticuerpo contra el VIH. Los resultados de estas pruebas pueden tardar hasta 2 semanas. Esta prueba debe realizarse 3 semanas después de la práctica de riesgo y permite, en muchas ocasiones, la detección precoz del VIH. En el caso de obtener un resultado positivo con la prueba del ELISA, este debe confirmarse mediante una prueba más específica denominada Wester Blot (P.27)

#### **Pruebas rápidas de anticuerpos del VIH.**

En ellas se utiliza sangre, saliva u orina para identificar anticuerpos contra el VIH, los resultados que reflejen estas pruebas tardan de 10 a 20 minutos aproximadamente, si

se da un resultado positivo se debe realizar otra prueba denominada Western Blot a modo confirmatorio.

Según Álvarez (2017), este tipo de pruebas tienen diversas metodologías y capacidades diagnóstica, pero tienen características en común tal es el caso de su tiempo de ejecución, el cual está en un estimado de 20 minutos o menos, no necesitan equipamiento (pueden realizarse fuera del laboratorio) y tienen incorporados sistemas de control de calidad interno. Estas pruebas por lo general tienen una capacidad diagnóstica comparable con el ELISA, pero con la diferencia que su especificidad suele ser menor

### **WESTERN BLOT.**

Es una técnica analítica y confirmatoria, la cual es usada con el objetivo de identificar proteínas específicas en una muestra. Para ello se utiliza una electroforesis en gel que ayuda a separar las proteínas según lo que se busca, como tal, sea peso molecular, estructural, hidrofobicidad, etc, luego son transferidas a una membrana absorbente (típicamente de nitrocelulosa o de PVDF) con el objeto de encontrar la proteína de interés con anticuerpos específicos contra ella, para finalizar, se identifica la unión entre antígeno-anticuerpo por actividad enzimática, fluorescencia entre otros métodos, por medio de este método se puede estudiar las proteínas y analizar su cantidad en relación con otras proteínas. Esta prueba se utiliza a modo confirmatorio el virus del VIH, cuya confiabilidad está del 99.999% (Flores, Ríos & Vargas, 2015)

### **Tratamiento.**

Según el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (2018), el tratamiento mayor conocido en contra el VIH, es denominado Tratamiento antirretroviral (TAR), consiste en usar medicación para combatir la infección provocada

por el VIH, que, por lo general, el tratamiento inicial incluye tres o más medicamentos de al menos dos familias diferentes. Es importante resaltar que el TAR no cura la infección por el VIH, pero si ayuda a las personas con diagnóstico confirmado puedan vivir una vida más larga y sana, pues estos medicamentos pueden reducir el riesgo de contagio del virus.

También la terapia de combinación contra el VIH es conocida como terapia antirretroviral de gran actividad o TARGA. La TARGA, la cual consiste en cambiar el curso de la infección y prolongar de manera muy significativa el lapso entre la infección y el desarrollo de signos y síntomas, por lo que se recomienda que para alcanzar estos resultados es indispensable iniciar el tratamiento antes que aparezcan los síntomas del SIDA. Los medicamentos actualmente disponibles se dividen en cuatro familias: inhibidores de la proteasa (Indinavir, Ritonavir, Saquinavir y nelfinavir), inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido/nucleótido (Zidovudina, Didanosina, Zalcibatina, Estavudina. Lamivudina. Abacavir y zialgen), inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósido (Nevirapina, de la virdina, y efavirenz) e inhibidores de la entrada o fusión (Mayhua, 2016)

### **Comorbilidad con Depresión.**

La depresión y sus síntomas es considerada una condición común en personas con enfermedades crónicas, en consecuencia, causa incapacidad, afectando la evolución de la enfermedad e interfiriendo en la recuperación, por ello es considerado un riesgo potencial para morbilidad y mortalidad de condiciones médicas que incluyen también el VIH/SIDA (Reis, Haas, Santos, Araujo, Gimenez & Gir, 2011)

Entre los trastornos psiquiátricos más relacionados con la baja adherencia al tratamiento antiretro viral, están los trastornos del estado del ánimo, es especial el

trastorno Depresivo. Un metanálisis realizado por Cislán & Roberts, 2001 (citado por Zalar, De la Hoz, Gaviria, Valderrama & Restrepo, 2017) sobre 10 estudios hechos antes del año 2001, se concluyó que hay una relación importante entre la infección por el VIH y la depresión, por lo que significa que un paciente diagnosticado por el virus tiene mayor riesgo de padecer de depresión en comparación con los que no padecen de dicha infección.

### **Calidad de vida en personas con VIH y depresión.**

Para Reis & colaboradores (2011) es importante señalar que la depresión interfiere negativamente en la calidad de vida en personas con diferentes enfermedades crónicas, ya que los estados depresivos pueden complicar de una u otra manera el curso de cualquier enfermedad, por medio de mecanismos como el dolor, de manera que interfiere en la adhesión al tratamiento, disminuyendo el soporte social y desregulando el sistema emocional e inmunológico. Por lo cual resulta que individuos con enfermedad crónica como el VIH que estén deprimidos, revelan mayor incapacidad que los no deprimidos.

En individuos con VIH, suele ser complicado el diagnóstico de depresión, pues causando las condiciones clínicas como la fatiga, disminución del apetito, alteración del sueño y pérdida de peso, son encontrados frecuentemente en individuos viviendo con HIV/Sida.

## **Capítulo II: La Depresión**

### **Definición de La Depresión.**

La OMS en el año 2018, considera la depresión como una variación habitual del estado de ánimo y de las respuestas breves a los problemas que se presentan en la vida cotidiana; se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo. La

depresión puede convertirse en problema de atención primordial en salud debido a su duración e intensidad que va de moderada a grave, ya que en una fase grave puede causar gran sufrimiento y alterar las funciones laborales, escolares, familiares e interpersonales y en el peor de los casos puede evolucionar en el suicidio del individuo, siendo la causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.

Según Prado (2016), la depresión es una experiencia subjetiva caracterizada por la tristeza y el desánimo, que en cierta aceptación se suele agrupar en cuatro grandes dominios, tales son:

**Síntomas Afectivos:** hipomanía (irritabilidad o excitación de aparición transitoria. Se trata de una forma menos importante o incompleta de un episodio maníaco), tristeza y desánimo.

**Síntomas Cognitivos:** pensamientos negativos de sí mismo (marcada tendencia a considerarse como deficiente, inadecuada e inútil, atribuyendo sus experiencias desagradables a un defecto físico, moral o mental), pensamientos negativos del mundo (considera al mundo como haciéndole enormes exigencias y presentándole obstáculos que se interfieren con el logro de los objetivos de su vida), pensamientos negativos del futuro (ve el futuro desde una perspectiva negativa y le da vueltas y más vueltas a una serie de expectativas negativas), baja autoestima (dificultad para sentirse valiosa en lo profundo de sí misma, y por tanto digna de ser amada por los demás), desesperanza, remordimientos y sentimientos de culpabilidad.

**Síntomas Conductuales:** retirada de actividades sociales, reducción de conductas habituales, lentitud y agitación motora, apatía (estado de ánimo impenetrable que se refleja en la ausencia de ganas o entusiasmo).

Síntomas Somáticos: exceso o falta de apetito y del sueño, falta de energía y probabilidad de sentir algún tipo de molestias físicas.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, 2016 (citado por Cisneros & Mantilla, 2016), la Depresión es definida como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (P11.)

### **Criterios diagnósticos según CIE-10 y DSM-5.**

Criterios de gravedad para el episodio depresivo según la CIE-10, (citado por Prado, 2016):

- **Criterios generales para un episodio depresivo.**

El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a un trastorno mental orgánico.

- **Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:**

Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.

Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.

Falta de vitalidad o incremento de la fatigabilidad

- **Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:**

Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.

Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.

Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.

Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.

Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.

Alteraciones del sueño de cualquier tipo.

Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

- **Puede haber o no síndrome somático.**

Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

**Episodio depresivo moderado:** están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

**Episodio depresivo grave:** deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo (P 32 y 33.)

**Según la Guía de Consulta de Consulta de los Criterios Diagnóstico del DSM-5, el Trastorno de Depresión mayor contiene los siguientes criterios:**

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la anterior, por lo menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer. Nota: No incluir los síntomas que son claramente atribuibles a otra condición médica.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o la observación realizada por otros (por ejemplo, parece lloroso). (Nota: En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan).

3. pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En niños hay que valorar el fracaso para hacer la ganancia de peso esperada).

4. insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
  7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no sólo remordimiento o culpa por estar enfermo).
  8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
  9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica.

**Nota: Criterios de A-C representan un episodio depresivo mayor.**

**Nota:** Las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo, pérdida, ruina económica, las pérdidas por un desastre natural, una enfermedad grave o discapacidad) pueden incluir los sentimientos de intensa tristeza, reflexión sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso señalados en el Criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o se consideren apropiados para la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa debe ser considerado cuidadosamente. Esta decisión requiere inevitablemente el ejercicio del juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión de angustia en el contexto de la pérdida.

**D.** La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro del espectro esquizofrénico especificadas y no especificadas y otros trastornos psicóticos.

**E.** Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio de hipomanía.  
**Nota:** Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios maníacos o hipomanía son inducidos por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra enfermedad médica (P.104,105 y 106)

### **Teoría que explica la depresión.**

Existen gran variedad de modelos y teorías que ayudan a explicar y entender cómo se origina la depresión en el individuo; entre las teorías o modelos se pueden mencionas las más conocidas dentro de la psicología, como tal es el caso de la teoría cognitiva de

Beck, los modelos psicoanalíticos, sociales y conductuales; pero en este apartado se enfatizará primordialmente el modelo interpersonal que a continuación se desarrollará.

### ***Modelo Interpersonal.***

Hollon, Thase & Markowitz, 2002 describe (citado por Carrasco, 2012) la teoría interpersonal, la cual se sustenta en teorías del apego y de los roles sociales, así mismo describe que esta teoría tiene como objeto de que eventos que suceden durante la infancia temprana repercuten fuertemente en la enfermedad psíquica; es importante mencionar que a diferencia de la teoría psicoanalítica, esta teoría se centra en vivencias tempranas de la infancia, excluyendo la historia de vida posterior del individuo; este modelo presenta que el origen de la enfermedad mental es compleja, pues utiliza las diferentes conexiones existentes entre los eventos actuales y la aparición de síntomas depresivos como un conjunto que permite a las personas superar su sufrimiento, señalando que los eventos perturbadores pueden desencadenar la depresión en individuos vulnerables, también puede desarrollar los diferentes síntomas depresivos y eventos negativos.

En las psicoterapias realizadas bajo este modelo se desarrollan en tres etapas;

La primera etapa: durante las primeras sesiones se revisan detalladamente la historia que vincula los síntomas depresivos que presenta el paciente frente a su situación interpersonal, la cual se puede describir mediante una fórmula que contenga una de cuatro áreas de problemas interpersonales, los cuales están conectados a eventos de vida y roles sociales. Ejemplo de ello:

Un duelo complicado resulta de la pérdida o muerte de otro significativo. Las disputas de rol son luchas basadas en expectativas no recíprocas con otros significativos, tales como las dificultades implicadas en un mal matrimonio. Las transiciones de rol incluyen cualquier cambio en el estatus de vida que altera la perspectiva de la trayectoria de vida. Los

déficits interpersonales se refieren a problemas que involucran la carencia de destrezas sociales; problemas en esta área incluyen dificultades para iniciar y sostener relaciones (P. 184)

Estos ejemplos son efectos que conllevan al aislamiento social, obviando que muchos de los pacientes que se presentan a consulta tienen gran variedad de problemas a nivel interpersonal, es importante mencionar que el objetivo de esta fase es aislar uno o dos problemas para focalizar el tratamiento, Hollon et al., 2002.

Para la etapa intermedia, el terapeuta promueve y desarrolla junto con el paciente estrategias específicas para el área de problema interpersonal identificada, por ejemplo:

Según Hollon et al., (2002), el duelo complicado, el terapeuta facilita la catarsis y ayuda al paciente a encontrar nuevas actividades y relaciones para compensar la pérdida. Para una disputa de rol, el terapeuta ayuda al paciente a explorar la naturaleza de la relación y la disputa relevante, si se ha llegado a un impasse, y qué opciones están disponibles para resolverla. Para una transición de rol, el terapeuta ayuda al paciente a aprender a manejar el cambio lamentando la pérdida del rol antiguo, reconociendo aspectos positivos y negativos del nuevo rol y a obtener dominio sobre el nuevo rol. Para los déficits interpersonales, el terapeuta ayuda al paciente a desarrollar nuevas relaciones y destrezas interpersonales (P. 184)

En la tercera etapa y final de este modelo, es apoyado en la renovación de la independencia y competencia del paciente, la cual se evidenciará mediante el reconocimiento y consolidación de logros terapéuticos. Por lo cual el terapeuta estabiliza la autoestima al denotar que los síntomas depresivos han disminuido o se han eliminado gracias a las propias acciones que realiza el paciente sobre la situación problema, además que ayuda al paciente a anticipar situaciones interpersonales que interfieran en su estado de ánimo, así como las maneras de responder ante los episodios depresivos en un futuro. (Hollon et al., 2002).

A manera de conclusión se puede entender que la psicoterapia basada bajo el modelo interpersonal es ecléctica, pues aborda los problemas interpersonales de manera similar a los terapeutas de pareja, tiene aspectos parecidos con las terapias psicodinámicas con

la diferencia que se centran en el foco actual y en objetivos que ayudan a realizar cambios de vida reales y no la simple autocomprensión del mismo, no se interpretan los sueños ni las relaciones que existen con la transferencia, así mismo se menciona que comparte relación con la terapia cognitivo conductual, ya que utiliza un formato de tiempo limitado, el foco del aquí y el ahora además de técnicas como el juego de roles. Sin embargo, es considerablemente menos estructurada, no se asignan tareas y enfatiza las respuestas afectivas a los problemas interpersonales en lugar de los pensamientos y conductas, Hollon et al, 2002. (citado por Carrasco, 2012)

### **Factores precipitantes para la depresión.**

Según la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto (Álvarez, et al., 2014), los factores que precipitan la depresión, están:

#### ***Factores personales y sociales.***

Aquí se mencionan enfermedades crónicas, físicas, mentales y la asociación con las adicciones. También, los rasgos neuróticos de personalidad están asociados a mayor prevalencia de casos que presentan depresión mayor como respuesta antes los acontecimientos considerados negativos que giran en torno a la vida del individuo.

Siempre en el aspecto de las psicopatologías, se menciona que los trastornos de ansiedad son factores de riesgo para el desarrollo del primer episodio de depresión mayor, también se señala una asociación entre migraña y depresión, de modo que los pacientes con depresión mayor presentaban mayor riesgo de sufrir migraña y a su vez, los que presentaban migraña tenían mayor riesgo de depresión mayor.

Así mismo, la presencia de enfermedad cardíaca y diversas patologías endocrinas, como la diabetes, el hipo o hipertiroidismo, el síndrome de Cushing, la enfermedad de Addison y la amenorrea hiperprolactinémica, parecen aumentar el riesgo de depresión (p. 36.)

En cuanto los factores sociales se ha destacado el bajo nivel de recursos económicos y las circunstancias laborales, por lo cual las personas que se encuentran en desempleo presentan depresión con mayor frecuencia

Otro aspecto es el estado civil tal como estar soltero, divorciado o viudo y el estrés crónico se relacionan con mayor probabilidad a padecer de depresión, también se ha observado que las experiencias que conllevan la exposición de adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos.

### ***Factores cognitivos.***

La investigación sobre el papel de los factores cognitivos gira en torno a las teorías del modelo de Beck, que explica como los esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones y creencias disfuncionales influyen en el proceso de la información, así mismos factores que ayudan al mantenimiento de la depresión, como el estilo rumiativo de respuestas, la reactividad cognitiva hacia los eventos y sesgos atencionales.

### ***Factores familiares y genéticos.***

Hace referencia a que la descendencia contribuye a la manifestación de enfermedades somáticas y trastornos mentales, por lo cual se considera que los parientes de primer grado que padecen frecuentemente de trastorno depresivo mayor tienden a padecer con una probabilidad de doble en comparación a la población en general. Los cuadros que pueden presentar los pacientes por efectos de herencia pueden ser diferentes, manifestándose como un indicador inicial, el trastorno de ansiedad, es importante señalar que estudios familiares no pueden establecer la cantidad de riesgo se originan en los factores genéticos y que cantidad en el entorno social del individuo.

### **Depresión en personas con VIH.**

Para Wolff L, Alvarado & Wolff (2010), las características clínicas en pacientes con VIH en cuanto a episodios depresivos, por lo general comparten las mismas que los pacientes seropositivos, tal es el caso de manifestaciones como el desánimo, anhedonia, síntomas conductuales como el aislamiento y la irritabilidad, pueden sufrir los cambios neurovegetativos como es el caso de insomnio, polifagia, inapetencia y disminución o aumento del peso corporal, así mismo alteraciones neurocognitivas como la dificultad de concentración, falla de la memoria y enlentecimiento psicomotor. Hay que señalar que la diferencia existente es que los diferentes síntomas antes descritos se pueden presentar de manera más intensa y frecuente que en pacientes seropositivos, siendo principalmente padecido en mujeres.

Según Villar (2017), en su artículo describe que la administración de tratamientos antirretroviral y atención médica mejora por sí mismo los problemas de salud mental, ya que brinda mejoras desde la salud física, sin embargo, en algunas personas los síntomas depresivos se mantienen, aunque hayan recibido tratamiento antirretroviral, por lo que repercute negativamente afectando la adherencia al mismo. También los porcentajes que se presentan dice que aproximadamente un 15% de los adultos y el 26% de los adolescentes con el VIH refieren que sentirse deprimido constituye una barrera en la adherencia al tratamiento, lo cual concuerda con resultados de un metaanálisis de diferentes estudios llevados a cabo principalmente en EE UU, donde se encontró que dar tratamiento para a depresión ayuda a mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral, señalando que cuando la intervención es específica para la sintomatología depresiva muestran resultados mayores, dando como efecto el menor recuento de células de CD4 (también conocidos como linfocitos T4, son glóbulos blancos que combaten infecciones y desempeñan un papel importante en el sistema

inmunitario, cuyo conteo de CD4 se usa para vigilar la salud del sistema inmunitario en personas infectadas con el VIH) cuando los síntomas presentes fueron moderados, graves y bajo un tratamiento de larga duración, de esta manera muestra los efectos positivos que tienen el tratar la depresión en personas que viven con VIH.

### **Capítulo III: Resiliencia**

#### **Definición de Resiliencia.**

Según la OTAN (Organización del Tratado del Atlántico Norte) la resiliencia es la capacidad de una persona, familia, comunidad o región, para hacer frente, gestionando, adaptarse y recuperarse rápidamente frente a tensiones o shocks, tales como la violencia, el conflicto, sequías y otros desastres naturales sin comprometerse a largo plazo (Pontijas, 2017).

Para García y Barbera (2013, citado por Brückmann & Hayala, 2016), consideran la resiliencia como una capacidad de recuperación o en otro sentido, una habilidad de volver al equilibrio inicial, también como una capacidad de sostener, resistir e incluso experimentar cierto grado de crecimiento personal como resultado de haber desarrollado respuestas sanas a eventos adversos, considerados estresantes.

Para la OMS (2017, citado por Pacheco, 2017) define la resiliencia como:

Proceso dinámico y multidimensional que hace referencia a la capacidad que tienen los sistemas personales de afrontar o recuperarse con éxito de las situaciones adversas; se asocia a crecimiento positivo y a superación de los desafíos. A pesar del debate abierto sobre su naturaleza y forma de estudio, existe acuerdo general respecto a que ésta incluye dos aspectos relevantes: exposición significativa al riesgo y evidencia de adaptación positiva a pesar de serias amenazas al desarrollo (P.1).

#### **Características de las personas resilientes.**

Según el Modelo de resiliencia de Wolin y Wolin (1993, citado por Brückmann & Hayala, 2016). Estos autores desarrollan la noción de siete características

o cualidades resilientes, a la vez que proponen una explicación para el fenómeno de la resiliencia, para lo cual desarrollan un esquema en las etapas del ciclo vital y lo define de la siguiente forma:

### ***a-Introspección***

Se considera así a la capacidad de examinarse, de darse respuestas sinceras a nivel interno, las cuales les ayudan a situar el problema donde corresponde, disminuyendo la culpa y ansiedad, también es considerada la capacidad de conocer, de entender lo que pasa en su entorno, cuestión que resulta ser indispensable para comprender y adaptarse a las situaciones, por lo que se manifiesta a través de la sabiduría, la compasión de él y de otros, aceptación de dificultades sin culpar a los demás.

### ***b-Independencia***

Es la capacidad de establecer límites entre uno mismo y el ambiente aversivo, que le permita mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento; de modo que esta capacidad puede expresarse situándose fuera de las situaciones conflictivas, las cuales le ayudaran a propiciar la aptitud autónoma de decisiones.

### ***c-Interacción***

Es la capacidad de establecer relaciones íntimas y satisfactorias con los demás, balanceándose así mismo las propias necesidades de afecto ante la actitud de brindarse a otros. Se considera un tipo de felicidad de conexiones entre los demás, la cual puede manifestarse mediante la creación de redes sociales de apoyo, la valoración de las relaciones interpersonales, la intimidad y ritualización.

***d-Iniciativa***

Capacidad de ser responsable de los problemas y lograr control sobre los mismos, además del gusto de poder exigirse poniéndose a prueba tareas o laborales cada vez más exigentes, por lo cual se manifiesta a través de conductas de exploración, actividades contractivas, sentimientos de autorrealización, capacidad de liderazgo y enfrentamiento a desafíos.

***e-Creatividad***

Es la capacidad de establecer el orden, y un propósito a las situaciones que resulten aversivas o dificultosas, las cuales son puestas así gracias a la capacidad de la reflexión, por ende, esta capacidad se expresa mediante la creación y juegos que le favorezcan para revertir la soledad y diferentes emociones negativas, tal es el caso de el desarrollo de habilidades artísticas; escribir, pintar, bailar, por lo cual las personas pueden ser creativas y capaces de reconstruir.

***f-Moralidad***

Es la consecuencia que le permite al individuo de manifestar el deseo individual de bienestar hacia los demás, a la vez que se compromete con valores, siendo la base del buen trato hacia las personas, por lo cual se manifiesta a través de realizar juicios morales, discernir entre lo bueno y lo malo, desarrollar valores y establecer juicios independientemente, de modo que se puede desarrollar el sentido de lealtad, compasión y servicio de entrega hacia los demás.

***g-Sentido del humor***

Es la predisposición que le permite al individuo alejarse de la tensión, relativizar, elaborar de un modo lúdico y que se expresa mediante la alegría y lo cómico de las

situaciones adversas, a lo que le permite desviar sentimientos negativos de manera transitoria y soportar las adversidades, esto se desarrolla por medio del juego, la capacidad que tenga la persona de reírse de sus propios errores, lo que le permite reconocer aspectos divertidos de las situaciones.

### **Componentes de la Resiliencia.**

Para luthar (1999, citado por Chico, 2017) afirma que la resiliencia tiene como objetivo la búsqueda de la adaptación óptima en los diferentes medios adversos, en el cual se distinguen tres componentes, tales son, la noción de adversidad, el trauma, el riesgo o amenaza al desarrollo humano; la adaptación positiva o superación de la adversidad y el proceso de dinámica entre los mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales que influyen en el ser humano. A continuación, el autor los describe cada uno:

#### ***a-Adversidad.***

Hace referencia a lo peligroso o situaciones que conllevan a riesgos, entre los cuales se mencionan factores como la miseria, la muerte, pérdida de familiares, entre otros.

#### ***b-Adaptación positiva.***

Se considera así al logro de expectativas sociales que se relacionan a una etapa del desarrollo o bien cuando la persona no presenta algún indicio de desajustes pesa que ha experimentado algún tipo de circunstancias aversivas.

Por lo que este autor menciona que la adaptación resiliente se ajusta gracias a tres factores como son:

La comunicación ideológica la misma que se encuentra asociada a la adaptación positiva la cual tiene como base el funcionamiento y desarrollo normal del ser humano de acuerdo a su contexto en el que se desarrolle

El segundo factor es la heterogeneidad: la cual se manifiesta en las diversas áreas del desarrollo humano, la misma que indica la imposibilidad de esperar una actitud resiliente en todas las áreas del hombre por igual, incluyendo en el área cognitiva, socio afectiva y emocional.

El tercer factor es la variabilidad ontogénica: aquí la resiliencia puede nacer mediante el ciclo vital, de modo que el ser humano puede desenvolverse en un ambiente de afecto y apoyo que le sirvan de apoyo para afrontar las situaciones adversas de la vida y a la vez pueda adaptarse de forma positiva.

c-Proceso: El cual hace referencia a la interacción que puede surgir entre varios factores de riesgo y resiliencia, como lo son: familiares, bioquímicos, fisiológicos, cognitivos biográficos, afectivos, socioeconómicos, naturales, entre otros, de manera que se descarta a la resiliencia como un atributo personal, incluyendo a la adopción positiva la cual no es solo tarea de la persona, sino del conjunto de factores antes mencionados, los cuales deben proveer recurso para un óptimo desarrollo (Luthar, 1998, Citado por Chico, 2017).

### **Niveles de la resiliencia.**

Según Wagnild y Yung (1988 citado por Burbano, 2016) dentro de su teoría sobre Resiliencia mencionan dos factores y sus componentes que son fundamentales y deben ser medidos en las personas para tener una idea del nivel resiliente que presentan:

Factor 1: Denominado Competencia Personal, en este se encuentra elementos que indican perseverancia, independencia, autoeficacia, decisión, invencibilidad, ingenio y poderío.

Dentro de este factor se encuentran las dimensiones:

***a-Perseverancia:***

Esta se refiere a la firmeza que mantiene la persona frente a la adversidad, con un fuerte deseo de logro y autodisciplina. (Rodríguez, 2014)

***b-Confianza en sí mismo:***

Abarca el hecho de creer en las capacidades que se posee, teniendo una visión positiva, viéndose como triunfador, reconociendo fortalezas y recursos para vencer pese a cualquier adversidad en el camino. (Center, 2014).

***c-Sentirse bien sólo:***

La libertad para tomar una decisión, es tener el control interno frente a una situación de crisis, ser independiente y modificar elementos del ambiente, Rodríguez, 2009. (citado por Burbano, 2016).

Factor 2: Denominado aceptación de uno mismo y de la vida, constituido por elementos que reflejan la flexibilidad, adaptabilidad, balance y sentimiento de paz a pesar de la adversidad y una perspectiva de vida estable.

Dentro de este factor se encuentran las dimensiones:

a- La Ecuanimidad, esta hace referencia a una visión equilibrada de la vida y sus experiencias, de esta manera la persona acepta la situación y controla su comportamiento durante la adversidad. Para explicar mejor es necesario conocer sobre

la autoeficacia. ya que es un componente aportador de la ecuanimidad. (Rodríguez, 2014)

La autoeficacia se define como la afirmación de una persona sobre sus capacidades para predecir niveles de rendimiento, debido a que es posible determinar que podría hacer el individuo en relación a sus conocimiento o habilidades que este posea. (Olaz, 2001).

La autoconfianza es considerada como una iniciativa personal; tiene mucho que ver con el autoconcepto que cada uno tiene de sí mismo y que es comunicado a los demás a través de comportamientos, ya que estos pueden hacer creer a las demás creencias negativas de sí mismo o notar lo valioso que es (James, 2011).

***b-Satisfacción personal:***

Hace referencia a la apreciación cognitiva de sí mismo en cuanto a lo que ha realizado en su vida y su control sobre esta. (Carrión, Molero. y González, 2000).

## Diseño Metodológico

### Tipo de estudio

El tipo de estudio es descriptivo de corte transversal.

### Área de estudio

El estudio se realizó en la Clínica de Infectología del Hospital Oscar Danilo Rosales Argüello de la ciudad de León, ubicado en el barrio El Sagrario; costado suroeste de la catedral metropolitana 1 cuadra al sur.

### Unidad de Análisis

Personas de ambos sexos comprendidos entre las edades de 20 a 50 años y asisten a la clínica de infectología del HEODRA, León.

### Población

225 personas activas pertenecientes a la clínica de infectología del HEODRA.

### Muestra

129 personas que pertenecen a la clínica de Infectología del HEODRA, obtenida con la fórmula de cálculo de muestra con población conocida:

:

$$n = \frac{225 \cdot 3.8416 \cdot 0.1971}{224 \cdot 0.0025 \cdot 3.8416 \cdot 0.1971} = \frac{170.36536 \text{ numerador}}{1.3171794 \text{ denominador}}$$

**n= 129**

## **Muestreo**

No probabilístico por conveniencia, se asistió por un mes y medio a la consulta para completar la cantidad de pacientes obtenidas en la muestra. Participaron todos los pacientes que asistieron a consulta durante ese mes y medio. Se consideró este tipo de muestreo porque los pacientes no acuden a sus citas en fechas establecidas.

## **Criterios de inclusión**

Que deseen participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

Que no presenten una patología cognitiva que interfieran en la aplicación del instrumento.

Que procedan del departamento de León.

## **Procedimiento de recolección de información**

Se solicitó la autorización al encargado de la clínica de infectología del HEODRA, al cual se le informó y explicó lo concerniente al tema de la investigación, los objetivos planteados y la manera en que se llevó a cabo la recolección de los datos para el estudio.

Una vez obtenida la autorización se asistió durante un mes y medio a la clínica para aplicar los instrumentos.

Antes de aplicar los instrumentos se realizó una prueba piloto con participantes del Grupo de Autoayuda de Occidente. El objetivo de la prueba piloto fue verificar la comprensión de los instrumentos, en la cual no se realizaron cambios ni se alteró su contenido.

Luego los instrumentos fueron aplicados de manera autoaplicada y heteroaplicada, con una duración promedio de 25 minutos. En la aplicación se explicó con detalle la

forma de realizar el test y se revisó minuciosamente cada uno de estos cuando fueron entregados por los participantes para garantizar que hayan sido completados de forma correcta. Para garantizar la privacidad de los participantes el instrumento se aplicó en el consultorio de Psicología o el área de expediente. Cuando no se disponía de esos sitios se aplicaban en las instalaciones de la clínica de Infectología del HEODRA, garantizando en todo momento la privacidad del paciente.

Para finalizar estos datos se procesaron por medio del programa estadístico de ciencias sociales SPSS (versión 22), para su debida retroalimentación.

### Posibles sesgos y su control

Sesgos	Control
Sesgos debidos a falta de representatividad de la población. Este consiste en que la cantidad de participantes en el estudio no sea significativa.	Se trabajará con toda la población, considerando los criterios de inclusión.
Sesgo de procedimiento, ocurre cuando se aplica una cantidad injusta de presión de los sujetos, obligándolos a responder sus preguntas rápidamente.	La participación será completamente voluntaria, pudiéndose retirar en el momento en que ellos lo consideren pertinentes.  Se respetará el tiempo de aplicación de cada instrumento.
Sesgo del encuestado, el cual consiste en el llenado inadecuado de los instrumentos de recolección de datos	Se brindará una explicación clara del llenado del instrumento y retroalimentación de la misma cada vez que sea necesario a nivel individual o colectiva.  Se revisarán cada test que sean entregados por los participantes para verificar si están completos.
El sesgo de medición vinculado a los instrumentos utilizados en la recolección de la información.	Se utilizarán test psicológicos con características psicométricas de validez y confiabilidad adecuadas.

### Posibles sesgos y su control

Sesgos	Control
Sesgos en el procesamiento de la información errónea durante la introducción de los datos al programa estadístico Sesgos en el procesamiento de la información errónea durante la introducción de los datos al programa estadístico	Se revisará detalladamente la introducción de los datos y se revisará continuamente dicho procedimiento.
Sesgos del aplicador, consiste en que la persona que aplica no dominan la estructura del test ni su forma de aplicación.	Previa a la aplicación de los instrumentos, los investigadores realizarán un entrenamiento en la aplicación y corrección de los instrumentos.  Al momento de aplicar estos instrumentos se contará con el protocolo de aplicación del mismo
Un sesgo de información se produce cuando en la manera en que se difunden los resultados a las partes interesadas.	Se divulgarán los resultados respetando la exactitud de los datos, los cuales serán entregados a la institución.

### Instrumento de recolección de información

**Características sociodemográficas:** Para obtener dicha información de estas variables se aplicó una pequeña encuesta, elaborada por los autores de la investigación, que contenga los siguientes datos: edad, sexo, religión, nivel educativo, estado civil, barrio de procedencia y tiempo que lleva del diagnóstico VIH.

**Síntomas depresivos:** Para medir esta variable se utilizó la Escala Autoaplicada para la medida de la Depresión de Zung y Conde, desarrollada por Zung (1965), cuyo objetivo es evaluar la gravedad del cuadro depresivo, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual

del trastorno depresivo (Conde y cols. 1970). Este instrumento presenta una validez, basado en la comparación con la escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck y juicio clínico, que va de 0.5 a 0.8 y una fiabilidad de 0.887 obtenida mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Además, este instrumento se ha utilizado en población con VIH en contexto latinoamericano (Rivera, Corrales, Cáceres & Piña, 2007).

Se trata de una escala breve, autoaplicada, en la que el paciente ha de indicar la frecuencia en la que presenta cada uno de los síntomas explorados. Consta de 20 ítems que se agrupan en 4 factores: Factor depresivo, Factor biológico, Factor psicológico y Factor psicosocial.

Factor depresivo: indicativos de alteración del estado de ánimo.

Factor Biológico: desequilibrio de los neurotransmisores, disfunción de los circuitos de noradrenalina, serotonina y dopamina del sistema nervioso central, junto con cambios profundos en el funcionamiento del tallo cerebral, el hipotálamo y las estructuras del sistema límbico.

Factor Psicológico: exposición a eventos estresantes de la vida.

Factor Psicosocial: influencia de la estructura social en la cual la persona vive.

Cada ítem se responde según una escala tipo Likert de 4 valores (rango de 1 a 4) que hace referencia a la frecuencia de presentación de los síntomas, así mismo, el marco de referencia temporal es el momento actual, también es de importancia notificar que para evitar el sesgo del "acostumbramiento" en las respuestas, se alternan los ítems realizados en sentido positivo en ítems en sentido negativo (Conde 1967).

Para la corrección e interpretación se proporciona una puntuación total de gravedad que es la suma de las puntuaciones en los 20 ítems.

Para los ítems en sentido negativo a mayor frecuencia de presentación mayor puntuación, es decir, la respuesta "muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente", vale 1 y las respuestas "casi siempre, siempre, casi todo el tiempo" vale 4 puntos.

-Los ítems en sentido negativo son 1,3,4,7-10, 13, 5 y 19.

-Los ítems en sentido positivo reciben menor puntuación a mayor presencia, de tal modo que la respuesta "muy poco tiempo," vale 4 puntos y la respuesta "casi siempre," vale 1 punto.

-Los ítems en sentido positivo son los números 2,5,6,11,12,14,16-18 y 20.

La puntuación total oscila entre 20 y 80, a mayor puntuación mayor gravedad del cuadro depresivo.

Estos puntos se puede transformar la depresión bruta en un índice porcentual (Índice SDS= puntuación x 100/80), en cuyo caso los puntos de corte utilizados son:

< 50% no depresión (Sin síntomas o muy pocos síntomas)

50-59% depresión leve (pocos síntomas)

60-69% depresión moderada (bastantes síntomas)

>=70% depresión grave (muchos síntomas)

**Nivel de Resiliencia:** para medir esta variable se utilizó la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (ER), (1993), la cual mide el grado de resiliencia individual, considerado como una característica de personalidad positiva que permite la adaptación del individuo a situaciones a través de dimensiones. Es una escala adaptada en Perú en el 2002.

Presenta una confiabilidad para la escala total obtenida mediante el coeficiente Alfa de Cronbach ( $\alpha = .898$ ), siendo considerado elevado (Cicchetti, 1994). Además, los intervalos de confianza oscilan entre .876 y .914, confirmando que la ER con 20 ítems presenta una confiabilidad elevada, de acuerdo al procedimiento utilizado.

La validez concurrente se demuestra por los altos índices de correlación de la ER con mediciones bien establecidas de constructos vinculados con la resiliencia como la Depresión, con  $r = -0.36$ , satisfacción de vida,  $r = 0.59$ ; moral,  $r = 0.54$ ; salud,  $r = 0.50$ ; autoestima,  $r = 0.57$ ; y percepción al estrés,  $r = -0.67$  (Rodríguez, 2014, Citado por Burbano, 2016).

La escala de resiliencia comprende 5 dimensiones estas dimensiones se denominan: ecuanimidad, sentirse bien solo, confianza en sí mismo, perseverancia, y satisfacción. asimismo, considera una escala total (general). A continuación, los conceptos de las dimensiones:

Sentirse bien solo: control interno ante situaciones de crisis.

Confianza en sí mismo: visión positiva de sus capacidades y recursos para afrontar las adversidades.

Satisfacción personal: apreciación cognitiva de sí mismo en cuanto a lo que ha realizado en su vida y su control sobre esta.

Perseverancia: firmeza frente a la adversidad, con un fuerte deseo de logro y autodisciplina.

Ecuanimidad: aceptación de la situación y el sujeto controla su comportamiento durante la adversidad.

La escala está compuesta de 25 ítems, los cuales puntúan en una escala tipo Likert de 7 puntos, donde 1 es en desacuerdo, y un máximo de acuerdo es 7. Los participantes indicarán el grado de conformidad con el ítem, ya que todos los ítems son calificados

positivamente; los más altos puntajes serán indicadores de mayor resiliencia, el rango de puntaje varía entre 25 y 175 puntos. La duración de la aplicación es de aproximadamente de 25 a 30 minutos, la cual puede ser aplicada individual o colectivamente a adolescentes y adultos.

**Factor I:** Este factor denominado Competencia personal (comprende 17 ítems), evalúa las dimensiones: sentirse bien sólo (ítems 5,3,19), Confianza en sí mismo (ítems 6,9, 10, 13, 17, 18, 24), Perseverancia (ítems 1, 2, 4, 14, 15, 20, 23).

**Factor II:** Este factor es denominado Aceptación de uno mismo y de la vida (comprende 8 ítems), evalúa las siguientes dimensiones: satisfacción personal (ítems 16, 21, 22, 25) y Ecuanimidad (ítems 7, 8, 11, 12)

Es importante señalar que se corrige una puntuación total o de forma general y la otra puntuación va acorde por cada dimensión propuesta en el test.

Para la puntuación general los participantes indican el grado de conformidad con el ítem; y todos son calificados positivamente de entre 25 a 175 puntos, se hace la sumatoria de todos los ítems y la puntuación directa total se interpreta en base a los siguientes puntos de corte (Estrada, 2017):

- Muy Bajo (25-100 puntos)
- Bajo (101-115 puntos)
- Moderadamente Bajo (116-130 puntos)
- Moderadamente Alto (131-145 puntos)
- Alto (146-160 puntos)
- Muy Alto (161-175)

Para esta investigación se estableció una serie de rangos a partir del criterio de la autora Estrada (2017), en la cual describe la puntuación para cada dimensión y así obtener la interpretación de los resultados. Los rangos establecidos son los siguientes:

***Satisfacción personal.***

- Muy Bajo (4-13 puntos)
- Bajo (14-16 puntos)
- Moderadamente Bajo (17-19 puntos)
- Moderadamente Alto (20-22 puntos)
- Alto (23-25 puntos)
- Muy Alto (26-28)

***Ecuanimidad.***

- Muy Bajo (4-13 puntos)
- Bajo (14-16 puntos)
- Moderadamente Bajo (17-19 puntos)
- Moderadamente Alto (20-22 puntos)
- Alto (23-25 puntos)
- Muy Alto (26-28 puntos)

***Sentirse bien solo.***

- Muy Bajo (3-11 puntos)
- Bajo (12-13 puntos)
- Moderadamente Bajo (14-15 puntos)
- Moderadamente Alto (16-17 puntos)
- Alto (18-19 puntos)
- Muy Alto (20-21 puntos)

***Confianza en sí mismo.***

- Muy Bajo (7-19 puntos)
- Bajo (20-25 puntos)
- Moderadamente Bajo (26-31 puntos)
- Moderadamente Alto (32-37 puntos)
- Alto (38-43 puntos)
- Muy Alto (44-49 puntos)

***Perseverancia.***

- Muy Bajo (7-19 puntos)
- Bajo (20-25 puntos)
- Moderadamente Bajo (26-31 puntos)
- Moderadamente Alto (32-37 puntos)
- Alto (38-43 puntos)
- Muy Alto (44-49 puntos)

**Plan de análisis.**

Para analizar los datos de las características sociodemográficas, nivel de resiliencia y los síntomas depresivos se utilizó estadística descriptiva (frecuencia absoluta y frecuencia porcentual). También se utilizó el test de dependencia de chi cuadrado ( $X^2$ ) para comparar los niveles de resiliencia con los síntomas depresivos presentes en la población de estudio. En el análisis se utilizó el programa de paquete estadísticos para ciencias sociales SPSS (versión 22). Los datos son presentados en tablas y gráficas.

### **Consideraciones éticas.**

Se tomaron en cuenta los aspectos éticos de la declaración de Helsinki para la realización esta investigación.

Todos los participantes estuvieron debidamente informados sobre los objetivos y metodología de la presente investigación.

Todas las personas que quieran participar firmaron el consentimiento informado para autorizar su participación en el estudio.

Una vez que se obtengan resultados sobre el estudio, la información fue proporcionada a los participantes y manejada de manera confidencial, respetando los nombres y cualquier dato de identidad de los participantes.

La información recopilada fue utilizada solo con fines investigativos.

También se asumió el compromiso de realizar un programa que favorezca la resiliencia en caso de ser necesario en estos participantes.

## Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Valor	Instrumento
<b>Características sociodemográfica</b>	Es considerada uno de los insumos que permiten identificar y evaluar los factores psicosociales individuales (SafetYa, 2017)	Datos cualitativos o cuantitativos referentes a la descripción de una población y su medio inmediato	Sexo	Hombre (1) Mujer (2)	Encuesta sociodemográfica
			Estado civil	Soltero (1) Casado (1) Viudo (3)	
			Edad	20 a 29 (1) 30 a 39 (2) 40 a 50 (3)	
			Nivel educacional	Iletrado (1) Primaria (2) Secundaria (3) Universitario (4) Técnico (5) Otro (6)	
			Religión	Católico (1) Evangélico (2) Testigo de Jehová (3) Ateo (4) Otros (5)	
			Barrio de procedencia	Sutiaba (1) Zaragoza (2) El Laborío (3) El Sagrario (4) Guadalupe (5) San Juan (6) El coyolar (7) Otros (8)	
			Tiempo de Diagnóstico VIH	Menos de un año (1) 2 a 4 años (2) 5 a 8 meses (3) 9 a más años.	

## Operacionalización de Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Valor	Instrumento
<b>Síntomas depresivos</b>	Distintas aseveraciones que contienen significados respecto al estado emocional de la persona, el cual puede dividirse en síntomas depresivos, leves, moderados o graves para su debido diagnóstico e intervención posterior.	Conjunto de signos y síntomas que describen de manera general el estado aversivo del ánimo, el nivel cognitivo, conductual, social, y somático de una persona	no depresión (sin síntomas)  depresión leve (pocos síntomas)  depresión moderada (bastantes síntomas)  depresión grave (muchos síntomas)	< 50%  50-59%  60-69%  ≥70%	Escala de Depresión de Zung y Conde (1965).
<b>Nivel de Resiliencia</b>	Capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformado por ellas. La resiliencia es parte del proceso evolutivo y debe ser promovido desde la niñez, Grotberg, 1996 (citado por Flores, 2008)	Grado en que puede ser medida la capacidad que tiene el ser humano para sobrellevar las situaciones que considera estresantes y de las cuales adquiere un aprendizaje con el objetivo de fortalecer sus exposiciones a las mismas.	Muy Bajo  Bajo  Moderadamente Bajo  Moderadamente Alto  Alto  Muy Alto	. 25-100 puntos  101-115 puntos  116-130 puntos  131-145 puntos  146-160 puntos.  161-175 puntos.	Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild & Young (1993)

## Resultados

Según las características demográfica de nuestra población de estudio se encontró un predominio de los hombres con un 58% (n=75), las edades más frecuentes se encuentran entre los 40 a 50 años (40%; n=51), en cuanto a la religión que profesa la mayoría de la población es católica con un 45% (n=58), predomina el nivel educativo universitario con un 33% (n=42), la mayoría son solteros con un 75% (n=97) y viven en barrios periféricos de la ciudad de León o en comarcas aledañas a la ciudad. Cabe destacar que el periodo de diagnóstico del VIH en estos pacientes oscila entre los 9 a más años, con un 36% (n=47).

Tabla No.1: Características sociodemográfica de las personas que conviven con VIH que asisten a la Clínica de Infectología del HEODRA-León, agosto 2018- marzo 2019.

		Frecuencia	%
Sexo	Mujer	54	42
	Hombre	75	58
Edad	20 a 29	36	28
	30 a 39	42	33
	40 a 50	51	40
Religión	Católico	58	45
	Evangélico	40	31
	Testigo de J.	5	4
	Ateo	8	6
	Otros	18	14
	Nivel Educativo	Iletrado	5
	Primaria	38	29
	Secundaria	40	31
	Universitario	42	33
	Técnico	2	2
	Otros	2	2

Fuente: Encuesta sociodemográfica.

Tabla No.1: Características sociodemográfica de las personas que conviven con VIH que asisten a la Clínica de Infectología del HEODRA-León, agosto 2018- marzo 2019 (Continuación).

		Frecuencia	%
<b>Estado Civil</b>	Soltero	97	75
	Casado	20	16
	Viudo	12	9
<b>Barrio de Procedencia</b>	Sutiaba	17	13
	Zaragoza	5	4
	El Laborio	3	2
	El Sagrario	1	1
	Guadalupe	4	3
	San Juan	1	1
	El Coyolar	1	1
	Otros	97	75
	<b>Tiempo del Diagnóstico VIH</b>	Menos de un año	24
2 a 4 años		40	31
5 a 8 años		18	14
9 a más años		47	36

Fuente: Encuesta sociodemográfica.

### Síntomas depresivos

En este estudio se midieron los síntomas depresivos en base a los niveles de intensidad de los síntomas depresivos: sin síntomas depresivos, síntomas de depresión leve, síntomas de depresión moderada y síntomas de depresión grave. A continuación, se detallarán los resultados obtenidos:

Se destaca que el 54% (n=70) de los participantes presentan síntomas depresivos, en cualquiera de sus niveles, siendo más frecuente la presencia de síntomas de depresión en las mujeres (64%, n=35), a diferencia de los hombres que obtuvieron mayor frecuencia en la ausencia de síntomas (53%, n= 40).

Tabla 2. Síntomas depresivos en las personas que conviven con VIH y asisten a la Clínica de Infectología del HEODRA-León, agosto 2018- marzo 2019.

Síntomas depresivos	Mujeres (n=54)	Hombres (n=75)	Total (N=129)	
	Frecuencia	Frecuencia	F	%
<b>Sin síntomas</b>	19 (35%)	40 (53%)	59	46
<b>Leves</b>	17 (31%)	21 (28%)	38	29
<b>Moderado</b>	12 (22%)	8 (11%)	20	15
<b>Grave</b>	6 (11%)	6 (8%)	12	10

Fuente: Escala Autoaplicada para la medida de la Depresión Zung y Conde, desarrollada por Zung (1965)

Para mayor comprensión se colapsaron las categorías de síntomas de depresión en tres: sin síntomas de depresión, síntomas de depresión leve (pocos síntomas) y síntomas de depresión moderada (bastantes síntomas) / graves (muchos síntomas), para relacionarlos con el tiempo de diagnóstico VIH de los participantes. Los resultados se describen de la siguiente manera: En cuanto al tiempo de diagnóstico se puede destacar que la mayoría de los participantes sin síntomas depresivos (n= 25, 42%) y los que padecen síntomas moderados (n=10, 50%) corresponden a personas que tienen 9 o más años del diagnóstico, mientras que los que presentaron síntomas leves (n=13, 34%) y graves (n=5, 42%) tienen de 2 a 4 años de haber recibido el diagnóstico.

Tabla 3. Síntomas depresivos en correlación al tiempo de diagnóstico en las personas que conviven con VIH y asisten a la Clínica de Infectología del HEODRA-León, agosto 2018- marzo 2019.

		DEPRESIÓN							
		No síntomas depresivos		Síntomas de depresión leve		Síntomas de depresión moderada		Síntomas de depresión grave	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Tiempo del Diagnóstico VIH	Menos de un año	12	20	9	24	1	5	2	17
	2 a 4 años	14	24	13	34	8	40	5	42
	5 a 8 años	8	14	5	13	1	5	4	33
	9 a más años	25	42	11	29	10	50	1	8

Fuente: Escala Autoaplicada para la medida de la Depresión Zung y Conde, desarrollada por Zung (1965) y Encuesta Sociodemográfica.

Tabla 4. Síntomas depresivos correspondiente a los ítems del instrumento para la evaluación de los síntomas depresivos en los pacientes de la clínica de infectología del HEODRA, León. Agosto 2018-marzo 2019.

Síntomas depresivos	Nunca o rara vez	A veces	Gran parte /siempre
1. Sentimiento de tristeza	70 (54%)	40 (31%)	19 (15%)
2. Estado de ánimo positivo por las mañanas	67(52%)	31(24%)	31(24%)
3. Ganas de llorar	62 (48%)	36(28%)	31(24%)
4. Insomnio	64(50%) 33(26%)	24(18%) 21(16%)	41(32%) 75(58%)
5. Igual nivel de apetito		21(16%)	51(39%)
6. Interés sexual	56(43%)		
7. Pérdida de peso	68(53%)	30(23%)	31(24%)
8. Estreñimiento	89(69%)	23(18%)	17(13%)
9. Taquicardia	72(56%)	35(27%)	22(17%)
10. Cansancio	62(48%)	31(24%)	36(28%)
11. Ideas despejadas	39(30%)	29(22%)	61(47%)
12. Facilidad para hacer las cosas	34(26%)	23(18%)	72(55%)
13. Intranquilidad	66(51%)	30(23%)	33(26%)
14. Esperanza en el futuro	20(16%)	12(9%)	97(75%)
15. Irritabilidad	67(52%)	31(24%)	31(24%)
16. Facilidad para tomar decisiones	32(25%)	30(23%)	67(52%)
17. Sentimiento de utilidad	18(14%)	23(18%)	88(68%)
18. Plenitud	18(14%)	13(10%)	98(76%)
19. Presencia de pensamientos de muerte	97(75%)	22(17%)	10(8%)
20. Me gustan las cosas que me agradaban	26(20%)	19(15%)	84(65%)

Fuente: Escala Autoaplicada para la medida de la Depresión Zung y Conde, desarrollada por Zung (1965)

Tal como se detalla en la tabla 04 los principales síntomas depresivos identificados en esta población se destacan: **ausencia o poco estado anímico por la mañana** (52%, n=67), **presencia de ganas de llorar** con una frecuencia de a veces (28%, n=36) a casi siempre (24%, n=31), también **presentan cansancio** (a veces (24%, n=31%) o casi siempre (28%, n=36)), **insomnio** (a veces (18%, n=24) a casi siempre (32%, n=41)), **intranquilidad** (a veces (23%, n=30) a casi siempre (26%, n=33)), **irritabilidad** (a veces (24%, n=31) a casi siempre (24%, n=31)), **pérdida de peso** (a veces (23%, n=30) a casi siempre (24%, n=31)) y **de interés sexual** (43%, n=56)

## Resiliencia

### Dimensiones de resiliencia.

El instrumento utilizado para evaluar la resiliencia mide las siguientes dimensiones: sentirse bien solo, confianza en sí mismo, perseverancia, satisfacción y ecuanimidad, cuyos resultados se detallan a continuación:

Según los resultados, las dimensiones de resiliencia se encuentran entre los niveles alto a muy altos, obteniéndose los siguientes datos: en las dimensiones **sentirse bien solo** (48%, n=62), **confianza en sí mismo** (50%, n=64) y **satisfacción personal** (34%, n=44), predominó el nivel muy alto. En la dimensión de **perseverancia** (41%, n=53) se destacó el nivel alto y finalmente en la dimensión **ecuanimidad** los participantes (34%, n=46) obtuvieron un nivel moderadamente alto.

Tabla 5. Dimensiones de resiliencia que presentan las personas que conviven con VIH y asisten a la Clínica de Infectología del HEODRA-León, agosto 2018- marzo 2019.

		F	%
Sentirse bien sólo	Muy bajo	8	6
	Bajo	8	6
	Moderadamente bajo	21	16
	Moderadamente alto	9	7
	Alto	21	16
	<b>Muy alto</b>	<b>62</b>	<b>48</b>
Confianza en sí mismo	Muy bajo	3	2
	Bajo	3	2
	Moderadamente bajo	6	5
	Moderadamente alto	17	13
	Alto	36	28
	<b>Muy alto</b>	<b>64</b>	<b>50</b>
Perseverancia	Muy bajo	3	2
	Bajo	2	2
	Moderadamente bajo	6	5
	Moderadamente alto	17	13
	Alto	53	41
	<b>Muy alto</b>	<b>48</b>	<b>37</b>
Satisfacción Personal	Muy bajo	6	5
	Bajo	10	8
	Moderadamente bajo	4	3
	Moderadamente alto	35	27
	Alto	30	23
	<b>Muy alto</b>	<b>44</b>	<b>34</b>
Ecuanimidad	Muy bajo	9	7
	Moderadamente bajo	13	10
	Moderadamente alto	46	34
	Alto	33	26
	Muy alto	20	16

Fuente: Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (ER), (1993).

## Niveles de resiliencia

Para continuar con los resultados, se ocupó una escala autoaplicada para medir la variable resiliencia, la cual mide la resiliencia en los siguientes niveles: muy bajo, bajo, moderadamente bajo, moderadamente alto, alto y por último muy alto.

Se encontró que la mayor cantidad de pacientes presentan un nivel de resiliencia que va de moderadamente alto a muy alto correspondiendo al 83% (n=108), encontrándose esos niveles tanto en hombres (n=66, 89%) como en mujeres (n=42, 79%). Se destaca que las mujeres obtuvieron mayor porcentaje en los bajos niveles de resiliencia en comparación a los hombres.

Tabla 6. Niveles de resiliencia que presentan las personas que conviven con VIH y asisten a la Clínica de Infectología del HEODRA-León, agosto 2018- marzo 2019.

Nivel de resiliencia	Mujer	Hombre	Total
	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
Muy bajo	3 (6%)	2(3%)	5(4%)
Bajo	3(6%)	1(1%)	4(3%)
Moderadamente bajo	6(11%)	6(8%)	12(9%)
Moderadamente alto	10(19%)	20(27%)	30(23%)
Alto nivel	16(30%)	32(43%)	48(37%)
Muy alto nivel	16(30%)	14(19%)	30(23%)

Fuente: Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (ER), (1993).

Para representar la siguiente tabla se colapsaron los niveles de resiliencia en dos categorías, las cuales son, bajo nivel de resiliencia y alto nivel de resiliencia para relacionarlos con el tiempo de diagnóstico VIH de los participantes. Por ende, en cuanto al tiempo de diagnóstico, se destaca que, aunque sean pacientes con un diagnóstico reciente o tengan un tiempo mayor a 9 años, presentan altos niveles de resiliencia,

siendo los pacientes de 2 a 4 años, los que obtuvieron mayor porcentaje en el nivel alto de resiliencia.

Tabla 7. Niveles de resiliencia y el tiempo de diagnóstico VIH que presentan las personas que conviven con VIH y asisten a la Clínica de Infectología del HEODRA-León, agosto 2018- marzo 2019.

Tiempo del Diagnóstico VIH	RESILIENCIA			
	Bajo nivel de resiliencia		Alto nivel de resiliencia	
	F	%	F	%
Menos de un año	4	17%	20	83%
2 a 4 años	4	10%	36	90%
5 a 8 años	5	28%	13	72%
9 a más años	8	17%	39	83%

Fuente: Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (ER), (1993) y Encuesta Sociodemográfica.

### Relación entre los síntomas depresivos y la capacidad de resiliencia

Para mayor comprensión de la relación entre síntomas depresivos y los niveles de resiliencia se agruparon las categorías de síntomas de depresión en tres, las cuales son: sin síntomas de depresión, síntomas de depresión leve y síntomas de depresión moderado/grave y respecto a la resiliencia, se agruparon en dos categorías: nivel alto y nivel bajo de resiliencia y se aplicó el chí-cuadrado para establecer su relación. A continuación, los resultados obtenidos:

Tanto los pacientes que no presentan síntomas depresivos (80%, n=47) como los que presentan síntomas depresivos leves (95%, n=36) y síntomas moderados-graves (78%, n=25), presentaron un alto nivel de resiliencia, lo que indica que no existe relación estadísticamente significativa entre los síntomas depresivos y la resiliencia.

Tabla 8. Relación entre los síntomas depresivos y la capacidad de resiliencia que presentan las personas con VIH y asisten a la Clínica de Infectología del HEODRA-León, agosto 2018- marzo.

Nivel de síntomas de depresión	Nivel de resiliencia				P
	Bajo		Alto		
	F	%	F	%	
Sin síntomas depresivos	12	20	47	80	0.089*
Síntomas leves de depresión	2	5	36	95	
Síntomas moderados/graves de depresión	7	22	25	78	

Fuente: Escala Autoaplicada para la medida de la Depresión de Zung y Conde, desarrollada por Zung (1965) y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (ER), (1993) /\* No significativo/ se agruparon las categorías de depresión y resiliencia.

## Discusión

En este apartado se analizarán los resultados encontrados en esta investigación, la cual tuvo como propósito relacionar el nivel de resiliencia con los síntomas depresivos de los pacientes que conviven con VIH, haciendo énfasis que se encontraron pocos estudios relacionados con las variables de estudio y su relación, lo cual limitó las comparaciones.

En nuestro estudio se destacó que el 54% (n=70) de los participantes presentan síntomas depresivos, en cualquiera de sus niveles, caracterizo por síntomas como: ausencia o poco estado anímico por las mañanas, ganas de llorar, cansancio, insomnio, intranquilidad, irritabilidad, pérdida de peso y desinterés sexual.

Se destacan que las mujeres obtuvieron mayor presencia de síntomas de depresión a diferencia de los hombres que en su mayoría no presentaron dichos síntomas. Estos resultados coinciden con el estudio realizado en Sao Paulo, Brasil, titulado “Síntomas de depresión y calidad de vida de personas viviendo con HIV/Sida”, elaborado por Reis, Haas, Santos, Araujo, Giménez & Gir (2011), en donde se demuestra que las mujeres presentaron síntomas de intensidad más grave de depresión que los hombres. De igual manera Wolff, Alvarado & Wolff (2010) plantea que los síntomas depresivos suelen ser frecuente en la población con VIH positivo, siendo más frecuente en las mujeres. Estos datos se han encontrado en múltiples estudios epidemiológicos y clínicos, destacando que las mujeres tienen una mayor vulnerabilidad a los trastornos depresivos durante la edad reproductiva que se centra aproximadamente, entre los 15 y 44 años de edad, porque en estos años las mujeres asumen más roles y responsabilidades, están más expuestas a experiencias sexuales, abuso sexual y violencia doméstica, además, frecuentemente están en desventaja tanto en el estatus social como en el financiero. En

otros aspectos resalta la falta de apoyo social, la baja condición social, las dificultades de la maternidad sin acompañamiento de la pareja o embarazo no deseado, otro factor, es desde el punto de vista biológico, ya que se ha planteado la posibilidad de la transmisión genética ligada al cromosoma X y de la fisiología endocrina femenina como responsables de la mayor tasa de depresión, aunque no se ha encontrado evidencia suficiente para ninguna de ellas. (Gaviria Arbeláez, 2010).

Según los resultados de la presente investigación, las dimensiones de resiliencia **sentirse bien solo** (control interno ante situaciones de crisis), **confianza en sí mismo** (visión positiva de sus capacidades y recursos para afrontar las adversidades), **satisfacción personal** (apreciación cognitiva de sí mismo en cuanto a lo que ha realizado en su vida y su control sobre esta), **perseverancia** (firmeza frente a la adversidad, con un fuerte deseo de logro y autodisciplina) y **ecuanimidad** (Aceptación de la situación y controla su comportamiento durante la adversidad) se encuentran entre los niveles alto a muy alto. Esto implica que los participantes tienen mayor tendencia al manejo emocional (Rodríguez, 2009, citado por Burbano, 2016), apoyándose de sus capacidades y competencia para desempeñarse de manera óptima en los diferentes ámbitos de su vida con un sentido de fortaleza ante las adversidades (Center, 2014) y con deseos de progresar, con autoconfianza y autodeterminación (Rodríguez, 2014), herramientas básicas para afrontar experiencias adversas, como puede ser en este caso la enfermedad del VIH. No se encontró estudios que permitieran comparar los resultados de las dimensiones de resiliencia.

En relación a los niveles de resiliencia en nuestro estudio se encontró que la mayor cantidad de pacientes presentan resiliencia entre los niveles moderadamente altos a muy altos correspondiendo al 83% (n=108) de la población de estudio, tanto en hombres como en mujeres.

Resultados que concuerdan con el estudio de Fernández (2014) en Granada-España, titulado "Autoeficacia, conocimiento, resiliencia y preocupación por el VIH/sida: Diferencias entre infectados y no infectados por el VIH" donde se demostró que más de la mitad de la población de estudio se encontraban entre los niveles medio a alto de resiliencia. Estos niveles altos de resiliencia favorecen la gestión de emociones negativas y el fomento de la esperanza, que les ayuda a participar activamente en la sociedad, apoyándose en las relaciones de confianza (Espín, 2017). Por lo tanto, la resiliencia puede ayudar a los participantes en su capacidad de recuperación, de sostener, resistir e incluso experimentar cierto grado de crecimiento personal ante situaciones estresantes (García y Barbera 2013, citado por Brückmann & Hayala, 2016), como puede ser el VIH así como la responsabilidad de asumir los cambios en su estilo de vida para vivenciar de manera óptima esta condición.

Cabe destacar que en los resultados de la presente investigación las mujeres obtuvieron mayor porcentaje en los niveles bajos de resiliencia en comparación a los hombres.

Lo que implica que las mujeres que obtuvieron bajo nivel en la resiliencia pueden tener resultados negativos, que se pueden expresar a través de una disminución en la adherencia a la medicación, la calidad de vida y el resultado del tratamiento, por lo cual se considera que ayuda posiblemente a que la enfermedad progrese y aumenten los riesgos de una muerte temprana (Espín, 2017).

En nuestra investigación se evidencia que tanto los pacientes que no presentan síntomas depresivos como los que presentan síntomas depresivos leves y síntomas moderados-graves, presentaron un alto nivel de resiliencia, lo que indica que no existe relación estadísticamente significativa entre los síntomas depresivos y la resiliencia. Aunque se esperaría que al presentar altos niveles de resiliencia disminuirían los

síntomas depresivos debido a los mecanismos de acción de la resiliencia (explicados anteriormente), se podría explicar esa falta de relación identificada en nuestro estudio por la cantidad de muestra, lo que hace necesario que se amplíen en futuros estudios. Pero también, esa falta de relación se puede explicar por la presencia de otros factores que ayudan a mantener los síntomas depresivos como podrían ser los familiares y la genética, ya que se considera que los parientes de primer grado que padecen frecuentemente de síntomas depresivos, tienden a padecerlos con doble probabilidad, en comparación a la población en general (Álvarez, et al., 2014). Otro factor importante corresponde a los efectos secundarios de la medicación para el VIH, en este caso el Tratamiento antirretroviral, cuyos efectos adversos se detallan en que aparecen en las primeras semanas luego de tomar el medicamento, no obstante, algunos efectos secundarios pueden aparecer en meses o años después; algunos de estos efectos están relacionados con la salud mental, incluso insomnio, depresión y pensamientos de suicidio ( Departamento de Salud y Servicios Humanos de E.E.U.U, 2019).

No se puede comparar estos resultados con otros estudios ya que no se encontró investigaciones que aborden dicha relación. Lo antes explicado hace necesario que futuras investigaciones enfatizen en los factores que favorecen la presencia y mantenimiento de síntomas depresivos en esta población.

Para finalizar es importante mencionar las principales limitaciones identificadas en este estudio, las cuales se destacan a continuación:

Falta de estudios sobre síntomas de depresión y niveles de resiliencia, lo que limitó el análisis de los resultados.

Dificultad para obtener el permiso de parte del HEODRA para aplicar las pruebas psicológica a la población de este estudio.

Falta de disposición de algunos pacientes para participar en el estudio, lo que atrasó la recolección de datos.

## Conclusiones

La población de estudio está compuesta en su mayoría por hombres, siendo las edades más frecuentes entre los 40 a 50 años, la religión que predomina es la católica, la mayor parte de la población tiene un nivel educativo universitario, son solteros, cuya procedencia es mayor en barrios periféricos de la ciudad de León o en comarcas y con un tiempo de diagnóstico VIH entre los 9 a más años.

En cuanto a los síntomas depresivos se puede destacar que hay más frecuencia de síntomas depresivos en cualquiera de sus niveles de intensidad, predominando más en mujeres que en hombres. No encontrándose diferencia en el tiempo de diagnóstico.

En las dimensiones de resiliencia, la mayoría de los participantes del estudio, tanto hombre como mujeres, obtuvieron altos niveles en sus diferentes categorías (muy alta, alta y moderadamente alta). Se destaca que las mujeres presentaron mayor porcentaje en los niveles bajos de resiliencia en comparación a los hombres.

Independientemente del nivel de síntomas depresivos que presentaron los participantes, en su mayoría tienen altos niveles de resiliencia, no existiendo relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

## Recomendaciones

Considerando los resultados en esta investigación, se establece conveniente plantear las siguientes recomendaciones:

A la dirección del HEODRA:

Brindar atención psicológica a los pacientes que presentaron sintomatología depresiva mediante la visita casa a casa para su respectivo seguimiento, acción que les permita mejorar sus condiciones de vida ante esta enfermedad.

Al equipo multidisciplinario de la Clínica de Infectología HEODRA:

Fortalecer las redes de apoyo de los pacientes con VIH mediante la formación de grupos de familiares de estos pacientes creando un espacio que fomente compartir las experiencias y dificultades de la relación entre la familia y los pacientes, para ello se pueden realizar reuniones mensuales, de las que se pueden obtener recomendaciones para implementar acciones que favorezcan el afrontamiento óptimo del VIH y reduzcan los síntomas depresivos.

A la psicóloga de la clínica de Infectología:

Monitorear los síntomas depresivos de los pacientes que lleguen a la clínica, mediante la evaluación sistemática de los mismos y captar a aquellos pacientes que requieran la atención especializada.

Promover el auto-cuido psicológico en los pacientes, implementando programas de psico-educación sobre el virus de inmune deficiencia adquirida y sus posibles repercusiones psicológicas tanto a pacientes como a sus familiares.

A investigadores:

Profundizar sobre las variables de estudio ampliando la muestra de participantes

Diseñar programas que promuevan el auto-cuido y promoción de la salud mental en esta población.

## Referencias

- Álvarez, M., A. et al. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Galicia: 4. Recuperado de:  
[http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_534\\_Depresion\\_Adulto\\_Avaliat\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf)
- Álvarez, R., I. (2017). Interpretación de las pruebas usadas para diagnosticar la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. *Acta Médica Peruana*. 34(4), 310. Recuperado de:  
<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v34n4/a09v34n4.pdf>
- Arequipeño, F. & Gaspar, M. (2017). *Resiliencia, felicidad y depresión en adolescentes de 3ero a 5to grado del nivel secundario de instituciones educativas estatales del distrito de Ate Vitarte, 2016* (Tesis para licenciatura). Universidad Peruana Unión, Lima. Extraído de:  
[http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/397/Flor\\_Tesis\\_bachiller\\_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/397/Flor_Tesis_bachiller_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5™*. Washintogn DC y London, Inglaterra: American Psychiatric Association 2013.
- Brückmann, F., F. & Hayala, P., Y. (2016) *Programa de intervención de resiliencia en el personal militar de una institución armada del Perú, que integra unidades operativas desplegadas en zonas de emergencia*. (Tesis de maestría). Universidad Ricardo Palma Escuela De Postgrado, Lima, Perú. Extraído de:  
<http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/1195/1/COMP%20ORG%20y%20RR>

[%20HH%20Tesis%20PATTY%20AYALA%20-%20FRANCISCO%20BRUCKMANCN.pdf](#)

Burbano, T., L. (2016) *Trastorno de estrés postraumático y la resiliencia en los adultos del sistema de protección a víctimas y testigos de tungurahua de la fiscalía provincial de Tungurahua* (Tesis de pregrado), Universidad Técnica De Ambato, Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/23217/2/Tannia%20Lorena%20Burbano%20Barreros.pdf>

Cano, J., A., E. (2013) *Factores asociados a la falta de adherencia del tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH y SIDA que asisten a la clínica de enfermedades infecciosas en el HEODRA, en el periodo febrero 2012-Septiembre 2013.* (Tesis para maestría). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAM– León. Recuperado de <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/retrieve/5879>

Carrasco, A., E. (2012). Modelos psicoterapéuticos para la depresión: hacia un enfoque integrado. *Revista Interamericana de Psicología*. 51(2), 182-185. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/284/28454546004.pdf>

Castilla, H., Coronel, J., Bonilla, A., Mendoza, M., Barboza, M. (2016) Validez y confiabilidad de la Escala de Resiliencia (Scale Resilience) en una muestra de estudiantes y adultos de la Ciudad de Lima. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social* 2016. 5 (1), 125- 131. Recuperado de [file:///C:/Users/Adda/Downloads/art.9revistapsicologia%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Adda/Downloads/art.9revistapsicologia%20(1).pdf)

Chico, M., M., F. (2017) *Resiliencia y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama* (Tesis de pregrado) Universidad Técnica De Ambato Facultad De

Ciencias De La Salud, Ambato, Ecuador. Extraído de:

<http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/26146/2/TESIS%20LISTA%20MAYRA%20CHICO.%20PDF.pdf>

Cisneros, S., M. & Mantilla, M., R. (2016) *Depresión y ansiedad en niños de colegios estatales del distrito de chorrillos*. (Tesis de pregrado). Universidad Ricardo

Palma, Facultad de Psicología, Lima- Perú. Recuperado de

[http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/855/1/cisneros\\_ds-mantilla\\_rm.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/855/1/cisneros_ds-mantilla_rm.pdf)

De la Rosa, E., Silvera, O, Kelly , K. Yelena, A., Marín, A., Román, R. & Rojas, M.

(2016). Depresión y variables asociadas al diagnóstico de vih-sida en la

población de la ips vital salud. *Revista de Psicología GEPU*. 7(1), 45-68.

Recuperado de:

<file:///F:/TESIS%20NUEVA%202018/Docu%20tesis/Normas%20APA%20Sexta%20Edición%20ejemplos.pdf>

Departamento de Salud y Servicios Humanos de E.E.U.U (2018) Medicamentos contra

el VIH autorizado por la FDA. Recuperado de:

<https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/21/58/medicamentos-contra-el->

Departamento de Salud y Servicios Humanos de E.E.U.U (2019) Efectos secundarios de

los medicamentos contra el VIH. Recuperado de:

<https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/22/63/medicamentos-contra-el-vih-y-sus-efectos-secundarios>

Espín, K. (2017) *Pacientes con diagnóstico de vih positivo y su capacidad de resiliencia*

*ante los niveles de ansiedad y depresión provocados por la enfermedad en el*

*hospital san vicente de paúl en el periodo 2016 – 2017* (Tesis de Pregrado)

Universidad Técnica del Norte, Ecuador. Extraído de:

[:file:///F:/TESIS%20NUEVA%202018/05%20FECYT%203148%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf](file:///F:/TESIS%20NUEVA%202018/05%20FECYT%203148%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf).

Fernández, L. (2014). *Autoeficacia, conocimiento, resiliencia y preocupación por el VIH/sida: Diferencias entre infectados y no infectados por el VIH*. (Tesis Doctoral). Universidad de Granada, Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento. Granada- España. Recuperado de:  
<http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/1141/TP-UNH.OBST.0066.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Flores, D., A., Ríos, R., H. & Vargas, M., M., C. (2015) “*Conocimiento sobre VIH/SIDA y comportamiento sexual en adolescentes de la Comunidad San Francisco, Rio Itaya - Distrito de Belén 2015* (Tesis de Pregrado). UNAP, Equitos- Perú. Recuperado de  
<http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3305/tesis%20word%202015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Galarxa, A. (2018) Aportes de la psicología positiva a la comprensión y el abordaje de los comportamientos suicidas. *Psicodebate*. 16 (1), 13. Recuperado de  
<file:///C:/Users/Adda/Downloads/Dialnet-AportesDeLaPsicologiaPositivaALaComprensionYAborda-5645408.pdf>

Gaviria Arbeláez, S. (2010). ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres?. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38 (2), 316-324.

- Ladino, K. (2017). SIDA: el contador macabro que no para- 35 millones de muertes y subiendo. *ASCEM COL*. Recuperado de: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/sida-el-contador-macabro-que-no-para-35-millones-de-muertes-y-subiendo>.
- Nhamba, L., Hernández, E. & Demetrio, H. (2012). Depresión en personas con VIH en dos municipios de Angola. *Revista Cubana de Salud Pública*. 40(4), 283-285: Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2014.v40n4/276-288/es>
- Organización Mundial de la Salud (2018), VIH/SIDA. Recuperado de [http://www.who.int/topics/hiv\\_aids/es/](http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Depresión, recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Pacheco, P., R. (2017) *Nivel de resiliencia y relaciones intrafamiliares en los pacientes con vih de recién diagnóstico en el primer nivel de atención en el año 2015* (Tesis de posgrado). Universidad Autonoma Del Estado De Mexico Facultad De Medicina, México. Recuperado de: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/63630/PAOLA%20PACHECHO%20MED%20FAM%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pontijas, J., C. (2017) Concepto de resiliencia en la OTAN y en la UE: espacio para la cooperación. *IEEEES.ES*. Recuperado de: [http://www.ieee.es/en/Galerias/fichero/docs\\_analisis/2017/DIEEEA65-2017\\_Resiliencia\\_OTAN\\_UE\\_JLPC.pdf](http://www.ieee.es/en/Galerias/fichero/docs_analisis/2017/DIEEEA65-2017_Resiliencia_OTAN_UE_JLPC.pdf)
- Prado, J. (2016). *Facilitadores y obstáculos de una intervención psicoterapéutica asistida por ordenador para la depresión en atención primaria: un estudio*

*cualitativo*. (Tesis de Doctoral). Universidad de Zaragoza, España. Recuperado de:

<file:///C:/Users/Adda/Downloads/VersionFinalTesisDoctoralJavierPradoAbril.pdf>

f

Reis, R., Haas, V., Santos, C., Araujo, S., Gimenez, M. & Gir, E. (2011). Síntomas de depresión y calidad de vida de personas viviendo con HIV/Sida. *Latino-Am.*

*Enfermagem*. 19(4), 2-6 Recuperado de:

[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/es\\_04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/es_04.pdf)

Rivera I., B., & Corrales R., A., & Cáceres R., Ó., & Piña L., J. (2007). Validación de la Escala de Depresión de Zung en Personas con VIH. *Terapia Psicológica*, 25 (2), 135-140. Extraído de:

[https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/785/78525204/2&ved=2ahUKEwiy\\_oTX6czjAhUiw1kKHaodCakQFjABegQIBxAL&usg=AOvVaw16A36s5fsCVbe0nX-HRm81](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/785/78525204/2&ved=2ahUKEwiy_oTX6czjAhUiw1kKHaodCakQFjABegQIBxAL&usg=AOvVaw16A36s5fsCVbe0nX-HRm81)

Torres, C. (2017). Detectan a 34 nuevas personas con VIH en Nicaragua. *La Prensa*.

Recuperado de: [https://www.laprensa.com.ni/2017/06/27/nacionales/2253502-](https://www.laprensa.com.ni/2017/06/27/nacionales/2253502-34-nuevas-personas-fueron-detectadas-con-vih)

[34-nuevas-personas-fueron-detectadas-con-vih](https://www.laprensa.com.ni/2017/06/27/nacionales/2253502-34-nuevas-personas-fueron-detectadas-con-vih)

Vera, A., M., O. (2017) *Conocimientos Sobre El Virus Inmunodeficiencia Humana/Sida En Los Adolescentes Del Colegio De Bachillerato Trece De Noviembre De La Parroquia Sabanilla - Celica – Loja* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Loja, Ecuador. Recuperado de

<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18624/1/TESIS%20MAR%20C3%8DA%20VERA.pdf>

Villar, M. (2017). CROI 2017: El manejo clínico de la depresión mejora los resultados del tratamiento antirretroviral. *Grupo de Trabajo sobre el tratamiento del VIH*.

Recuperado de: [http://gtt-vih.org/actualizate/la\\_noticia\\_del\\_dia/24-02-17](http://gtt-vih.org/actualizate/la_noticia_del_dia/24-02-17)

Wolff L, C., Alvarado, R. & Wolff, M. (2010). VIH/SIDA 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), 67-68 Recuperado de:

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0716-10182010000100011&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0716-10182010000100011&script=sci_arttext)

Wolff L, C., Alvarado, R., A. & Wolff, M. (2010). Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. *Rev Chil Infect*, 27 (1), 67-67. Recuperado de:

[http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/upload/PDF/0681\\_art11.pdf](http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/upload/PDF/0681_art11.pdf)

Zalasar, L., M, De la Hoz, A., Gaviria, R., R., Valderrama, S., L. & Restrepo, C. (2017).

Trastornos neuropsiquiátricos en la población con VIH: una revisión narrativa.

*Universitas Médicas*, 58(1), 6. Doi <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed58-1.tnpv>.

# Anexos

**Anexo 1.**

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES					
MESES	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
• Elección del Tema	Ψ				
• Elaboración del Planteamiento del problema.	Ψ				
• Realización de la Justificación.		Ψ			
• Definición de los Objetivos.		Ψ			
• Búsqueda de Antecedente.		Ψ			
• Realización del Marco teórico.		Ψ			
• Elaboración de Diseño metodológico.		Ψ			
• Introducción.		Ψ			
• Entrega del Protocolo		Ψ			
• Recolección de datos.			Ψ		
• Resultados y discusión de los mismos.			Ψ		
• Conclusión y Recomendaciones				Ψ	
• Entrega final del Informe					Ψ

**Anexo 2****CONSENTIMIENTO INFORMADO****Resiliencia y síntomas depresivos en personas con VIH que de la clínica de infectología del HEODRA - León, comprendido entre agosto- diciembre del año 2018**

La presente investigación es realizada por **Egresados de la carrera de Psicología** de la UNAN –León, con el propósito identificar la relación existente entre el nivel de resiliencia con los síntomas depresivos que presentan las personas con diagnóstico VIH/SIDA del HEODRA.

En caso de que acepte participar, se le realizara la escala para la medida de la depresión de Zung y Conde y la escala de resiliencia de Wagnild y Young (ER), (1993), que permitirá conocer la información antes mencionada, al final se le proporcionara el resultado de las escalas si así lo desea y si en algún momento se siente incómodo en responder a las preguntas o no quieren hacerlo se le respetara.

La duración aproximada de esta aplicación es de 15 minutos. La información proporcionada por usted será absolutamente confidencial y solo se utilizará con fines investigativos.

Se agradece de antemano su participación.

Yo \_\_\_\_\_ estoy de

acuerdo en participar voluntariamente en la investigación: **Resiliencia y síntomas depresivos en personas con VIH que pertenecen** de la clínica de infectología del HEODRA, **comprendido entre agosto- marzo del año 2018-2019**. Se me ha informado detalladamente sobre el objetivo de la investigación y procedimientos de la misma así también se me ha comunicado que los datos serán utilizados con fines meramente investigativos.

De igual manera autorizo a la Br. Luis Manuel Cano Navarrete y la Bra. Maritza Belén Reyes García para que haga uso de los datos que proporcione.

**Anexo 3****Encuesta Sociodemográfica.**

***Coloque una X adentro del paréntesis según como corresponda sus datos personales.***

**Sexo:** Hombre ( ), Mujer ( )

**Edad:**

**Religión:** católico ( ), Evangélico ( ), Testigo de Jehová ( ), Ateo ( ),  
otros \_\_\_\_\_

**Nivel educativo:** Iltrado ( ), Primaria ( ), Secundaria ( ), Universitario ( ), Técnico ( ),  
otro \_\_\_\_\_

**Estado civil:** Soltero ( ), Casado ( ), Viudo ( )

**Barrio de procedencia:** Sutiaba ( ), Zaragoza ( ), El Laborío ( ), El Sagrario ( ), Guadalupe  
( ), San, Juan ( ), El coyolar ( ), otros \_\_\_\_\_

**Tiempo que lleva del diagnóstico VIH:** Menos de un año ( ), 2 a 4 años ( ), 5 a 8 meses  
( ), 9 a más años ( )

**Anexo 4****ESCALA AUTOAPLICADA PARA LA MEDIDA DE LA DEPRESIÓN DE ZUNG Y CONDE.****Instrucciones:**

A continuación, se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 20 apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación actual.

A: Muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente

B: Algún tiempo, algunas veces, de vez en cuando

C: Gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente

D: Casi siempre, siempre, casi todo el tiempo.

	A	B	C	D
Me siento triste y deprimido				
Por las mañanas me siento mejor que por las tardes				
Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro				
Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche				
Ahora tengo tanto apetito como antes				
Todavía me siento atraído por el sexo opuesto				
Creo que estoy adelgazando				
Estoy estreñado				
Tengo palpitaciones				
Me canso por cualquier cosa				
Mi cabeza está tan despejada como antes				
Hago las cosas con la misma facilidad que antes				
Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto				
Tengo esperanza y confianza en el futuro				
Me siento más irritable que habitualmente				
Encuentro fácil tomar decisiones				
Me creo útil y necesario para la gente				
Encuentro agradable vivir, mi vida es plena				
Creo que sería mejor para los demás si me muriera				
Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban				

## Anexo 5

## ESCALA DE RESILIENCIA DE WALDING Y YOUNG

(Versión traducida final)

Items	En desacuerdo				De acuerdo		
1. Cuando planeo algo lo realizo	1	2	3	4	5	6	7
2. Generalmente me las arreglo de una manera u otra	1	2	3	4	5	6	7
3. Dependo más de mí mismo que de otras personas	1	2	3	4	5	6	7
4. Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas	1	2	3	4	5	6	7
5. Puedo estar solo si tengo que hacerlo	1	2	3	4	5	6	7
6. Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida	1	2	3	4	5	6	7
7. Usualmente veo las cosas a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7
8. Soy amigo de mí mismo	1	2	3	4	5	6	7
9. Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo	1	2	3	4	5	6	7
10. Soy decidido	1	2	3	4	5	6	7
11. Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo	1	2	3	4	5	6	7
12. Tomo las cosas una por una	1	2	3	4	5	6	7
13. Puedo enfrentar las dificultades porque las experimentado anteriormente	1	2	3	4	5	6	7
14. Tengo autodisciplina	1	2	3	4	5	6	7
15. Me manejo interesado en las cosas	1	2	3	4	5	6	7
16. Por lo general, encuentro algo de que reírme	1	2	3	4	5	6	7
17. El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles	1	2	3	4	5	6	7
18. En una emergencia soy una persona	1	2	3	4	5	6	7

en quien se puede confiar							
19. Generalmente puedo ver una situación de varias maneras	1	2	3	4	5	6	7
20. Algunas veces me obligo hacer cosas, aunque no quiera	1	2	3	4	5	6	7
21. Mi vida tiene significado	1	2	3	4	5	6	7
22. No me lamento por las cosas por las que no puedo hacer nada	1	2	3	4	5	6	7
23. Cuando estoy en una situación difícil generalmente puedo encontrar una salida	1	2	3	4	5	6	7
24. Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer	1	2	3	4	5	6	7
25. Acepto que hay personas que no les agrado	1	2	3	4	5	6	7

## **Programa para la disminución de síntomas depresivos en pacientes con VIH de la clínica de Infectología del HEODRA**

La Psicología Positiva se define como el estudio científico de las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos, las instituciones que facilitan su desarrollo y los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos, mientras previene o reduce la incidencia de la psicopatología. En este sentido, se ha demostrado que existen fortalezas humanas que actúan como amortiguadoras contra el trastorno mental y parece existir suficiente evidencia empírica para afirmar que determinadas características positivas y fortalezas humanas, como el optimismo, la esperanza, la perseverancia o el valor, entre otras, actúan como barreras contra dichos trastornos.

### **Metodología**

El programa queda organizado para 8 encuentros de 2 horas, en el cual se trabaja con la modalidad de taller y se incluyen técnicas individuales y grupales de exposición, representación, discusión, reflexión y tareas. La aplicación estará a cargo de psicólogos y el equipo de la clínica.

Se hará la presentación del programa: pautas de funcionamiento, consentimiento informado.

Las sesiones terapéuticas se estructuran en 2 bloques, dando un espacio de descanso entre las dos horas, lo que permite trabajar con una estructura de grupos semi-abiertos. Es decir, permite que los integrantes puedan incorporarse a la terapia en los distintos bloques, acudir a sólo uno de ellos o completar el programa completo. De ese modo intentamos adaptarnos a una población que puede tener problemas a la hora de garantizar la continuidad.

Sesión	Objetivo	Procedimiento	Tarea
<p>Inicio de la sesión</p> <p>Presentación de los participantes</p> <p>Explicación teórica</p>	<p>Presentación de la terapia y de la sesión: descripción de los objetivos, metodología y duración.</p> <p>Presentación de los terapeutas y usuarios.</p> <p>Contextualización de la psicología positiva, emociones y fortalezas personales.</p>	<p>Se realizará un resumen de los objetivos del programa por medio de diapositivas</p> <p>Se presentarán los terapeutas y cada uno de los participantes</p> <p>Se realizará una presentación por medio de diapositivas, donde se explicarán los conceptos generales (Psicología Positiva, las emociones y las fortalezas personales) VIDEOS</p> <p>Resolución de las dudas de los usuarios sobre los contenidos de la sesión y resumen de conclusiones</p>	<p>El usuario deberá redactar una historia real que le haya generado emociones positivas</p>
<p>Fortalezas personales y emociones positivas, gratitud</p>	<p>Identificar y lograr un adecuado manejo de las propias emociones y el conocimiento de las fortalezas personales.</p> <p>Favorecer la inteligencia emocional</p> <p>Realización de FODA emocional.</p>	<p>Revisión de tarea para casa</p> <p>Explicación de cada una de las emociones a los participantes, de esta manera fortalecer la inteligencia emocional.</p> <p>También se realizará un FODA emocional, para el reconocimiento de Fortalezas y destrezas.</p>	<p>Recoger durante los próximos 7 días acontecimientos positivos por los que siente Gratitud</p>

<p>Gratitud, emociones negativas y autocontrol</p>	<p>Lograr un mejor manejo de las emociones negativas presentes: estrés, ansiedad, ira, tristeza... etc.</p> <p>Reconocer el papel de las emociones negativas en los síntomas depresivos.</p> <p>Desarrollar una comprensión de las respuestas emocionales negativas y activar estrategias que permitan modificarlas.</p>	<p>Explicación de las emociones negativas y de esta manera identificar cuando se vuelven disfuncionales e interfieren en la vida diaria.</p> <p>Contextualizar el Perdón como proceso liberador</p>	<p>Escribir una carta de agradecimientos alguien a quién no hemos dado las gracias por algún regalo</p>
<p>Afianzar la gratitud y el perdón</p>	<p>Desarrollar una comprensión de las respuestas emocionales negativas y activar estrategias que permitan modificarlas: el perdón</p>	<p>Explicación teórica sobre el perdón y la capacidad de perdonar.</p> <p>Los pacientes, deberán pensar en alguien sobre el que tienen algún resentimiento y que les gustaría perdonar. Es posible hacerlo con alguien que ya ha fallecido o incluso consigo mismo.</p>	<p>Escribir una carta a alguien que quieres perdonar.</p>
<p>Fortalezas</p>	<p>Conocimiento de las fortalezas personales.</p> <p>Desarrollar la empatía y mejorar las relaciones y la comunicación interpersonal.</p>	<p>Explicación teórica: fortalezas personales y sentido de la vida a través del amor hacia los otros</p>	<p>Se solicita a los usuarios que elijan a uno de sus seres queridos, alguien con quien convivan o hayan convivido (pareja, padres, hermanos, amigos). Deberán pensar acerca de sus fortalezas y anotar cuáles creen que son sus principales, describiendo por qué y usando ejemplos.</p>

<p>Experiencia de Flow</p> <p>Plan de acción de fortalezas personales</p>	<p>Definir el concepto de flow: Qué es y cómo se alcanza la experiencia de Flow</p>	<p>Explicación teórica de los temas a tratar.</p> <p>Se recordará el tema de las emociones positiva.</p> <p>Se explicará cómo se pueden generar emociones positivas en el presente, distinguiendo entre placeres y gratificaciones</p>	<p>El paciente deberá identificar cuáles son sus 5 principales fortalezas.</p>
<p>El optimismo</p>		<p>Definición teórica</p> <p>Análisis de un personaje optimista y cómo su puesta en práctica le afecta a él y a los que le rodean.</p>	
<p>Evaluación grupal Y cierre del programa</p>	<p>Se realizará una evaluación grupal que valore la utilidad del programa.</p>		