

Trabajo Fin de Grado

La depresión en los pacientes con
diagnóstico de VIH/SIDA:
Revisión Narrativa

“Depression in patients with
HIV/AIDS diagnosis: Narrative
Review”

Autor: Alberto Sanz Elvira

Tutora: Cristina González Blázquez

Grado en Enfermería

Curso Académico 2018-2019

Agradecimientos

Me gustaría agradecer a mi tutora Cristina González Blázquez tanto el apoyo como la ayuda y orientación que me ha proporcionado desde el primer momento de la elaboración de este trabajo, sobre todo en las situaciones de mayor dificultad.

Me gustaría dar las gracias además a mi familia, pareja, amigos y a todas aquellas personas que me han animado día a día durante la elaboración de dicho trabajo y en estos cuatro años de carrera por su apoyo incondicional.

Índice general

0. Resumen	1
0. Abstract	2
1. Introducción	3
2. Justificación y objetivo	17
3. Metodología	18
4. Resultados y discusión	22
5. Limitaciones y futuras líneas de investigación	37
6. Conclusiones	38
7. Bibliografía	40
8. Anexos	45
Anexo 1: Escala Hospitalaria de la Ansiedad y Depresión (HADS)	45
Anexo 2: Características y resultados de los artículos seleccionados.....	46

Índice de tablas

Tabla 1: Clasificación de los trastornos del humor (afectivos) según la CIE-10.....	3
Tabla 2: Clasificación de los trastornos depresivos según el DSM-V.	3
Tabla 3: Diagnóstico diferencial de la depresión.....	7
Tabla 4: Enfermedades definatorias de SIDA.	8
Tabla 5: Prevalencia de los trastornos mentales en la población infectada por VIH frente a la población general.	11
Tabla 6: Estrategias de búsqueda en las diferentes bases de datos consultadas.	20

Índice de figuras

Figura 1: Enfermedades definatorias de SIDA más frecuentes en España 2011-2017. ...	10
Figura 2: Relación bidireccional entre el VIH/SIDA y la depresión y factores asociados a la misma.	13
Figura 3: Modelo escalonado del manejo de la depresión.....	15
Figura 4: Diagrama de sectores de los tipos de terapias realizadas en los ECAs.....	23

0. Resumen

Introducción: La depresión es una patología con alta prevalencia en la población infectada por VIH/SIDA, comorbilidad la cual conlleva una serie de complicaciones que dan lugar a un aumento de la morbimortalidad de las personas que la padecen, así como una disminución de su calidad de vida, todos estos aspectos justifican la importancia de su diagnóstico y tratamiento precoz y adecuado.

Objetivo: Conocer las terapias o intervenciones de enfermería llevadas a cabo para el manejo de la depresión en los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA, así como la eficacia de las mismas.

Metodología: Para llevar a cabo esta revisión narrativa se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, PsycInfo, CINAHL, Cuiden y Scielo.

Resultados/discusión: Se seleccionaron 20 artículos para su análisis y discusión, los cuales versaban sobre la eficacia de diversos tipos de terapias psicológicas y psicosociales para la mejora de la depresión en los pacientes seropositivos (entre otras variables), y los cuales fueron llevados a cabo en diferentes lugares, con diferentes tipos de población y tamaño muestral y con una duración y seguimiento de las intervenciones variable.

Conclusiones: Las terapias psicológicas y psicosociales analizadas resultaron ser eficaces para la disminución de la sintomatología depresiva de los pacientes seropositivos, sin embargo, se pueden apreciar diversas limitaciones en los estudios que pueden afectar a la fidelidad de los resultados y a la hora de extrapolarlos a otras poblaciones, por lo que es necesario una mayor investigación futura sobre el efecto y eficacia de dichas terapias.

Palabras clave: VIH; SIDA; trastorno depresivo; enfermería; prevención; control.

0. Abstract

Introduction: Depression is a pathology with high prevalence rates among HIV/AIDS people. This comorbidity entails a number of difficulties which derive in an increase in morbimortality on the affected people as well as a reduction in welfare. All these aspects justify the importance of its accurate and early diagnosis and treatment.

Aim: To study therapies or practical nursing interventions developed to control depression in patients diagnosed with HIV/AIDS as well as the efficacy of these practices.

Methodology: To complete this narrative review data was collected through a bibliographical research basis found on Pubmed, PsycInfo, CINHALL, Cuiden and Scielo.

Results/discussion: 20 articles were analyzed and discussed about the efficacy of the different types of psychological and psychosocial therapies aimed to the positive progression in the treatment of depression on seropositive patients (among other variables). The therapies were executed in different environments, with different ranges of the population and sample scope. The length and monitoring of the procedures also varied.

Conclusions: Overall, the psychological and psychosocial therapies showed positive efficacy results to reduce the depressive symptomatology on positive seropositive patients. Besides this result, there are several limitations in the studies that may affect the fidelity of the results and, also, when extrapolating them to other analyzed populations. Hence, further research is necessary on the successful efficacy of such therapies.

Key words: HIV; AIDS; depressive disorder; nursing; prevention; control.

1. Introducción

La depresión es una enfermedad mental la cual se define, según la OMS, como “*enfermedad caracterizada por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas*”. Además, las personas que padecen depresión suelen presentar síntomas como: pérdida de energía; cambios en el apetito; alteraciones en el patrón del sueño; disminución de la concentración; indecisión; sentimiento de inutilidad, culpabilidad o desesperanza; pensamientos de autolesión o suicidio, etc. (1)

Debido a esto, podemos decir que la depresión se presenta como un conjunto de síntomas predominantemente afectivos y en mayor o menor medida, síntomas de tipo somático, cognitivo y volitivo, de manera que podría hablarse de una afectación global física y psíquica, haciendo énfasis en la esfera afectiva. (2)

A su vez la depresión se puede clasificar atendiendo a diversos criterios, sin embargo los criterios más utilizados tanto a nivel clínico como de investigación son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE), en el cual los trastornos depresivos se engloban dentro de los trastornos del humor (afectivos) (Tabla 1); y los de la American Psychiatric Association (DSM), en cuya última edición (DSM-V) a diferencia de la anterior (DSM-IV) los trastornos depresivos se encuentran separados de los trastornos bipolares (Tabla 2). (2)

Tabla 1: Clasificación de los trastornos del humor (afectivos) según la CIE-10.

Trastornos del humor (afectivos)
Episodio maniaco
Trastorno bipolar
<u>Episodios depresivos</u>
Trastorno depresivo recurrente
Trastornos del humor persistentes

Tabla 2: Clasificación de los trastornos depresivos según el DSM-V.

Trastornos depresivos
Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.
<u>Trastorno depresivo mayor</u>
Trastorno depresivo persistente (distimia)
Trastorno disfórico premenstrual
Trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento

Otros trastornos del humor (afectivos)
Trastornos del humor (afectivos) no especificados.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: con glosario y criterios diagnósticos de investigación. 10ª Ed. España: Editorial Médica Panamericana; 2000. (3)

Trastorno depresivo debido a otra afección médica.
Otros trastornos depresivos especificados/ no especificados.

Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5ª Ed. España: Arlington, VA. Asociación Americana de Psiquiatría; 2014. (4)

Dentro de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), se encuentran los episodios depresivos, los cuales se subdividen en episodio depresivo leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones y estupor depresivo), episodio depresivo no especificado y otros episodios depresivos, en función de la mayor o menor presencia de los síntomas indicadores de criterio de gravedad y de la afectación de los mismos en la vida de la persona. (3)

Sin embargo, a pesar de esta subdivisión, el episodio depresivo debe tener en cualquier caso una duración de al menos dos semanas, no debe ser atribuible al abuso de sustancias psicoactivas o a un trastorno metal orgánico y deben de estar presentes dos de los tres síntomas típicos de la depresión (humor depresivo presente la mayor parte del día y casi todos los días; pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que anteriormente eran placenteras y/o falta de vitalidad o aumento de la fragilidad). (3)

Con respecto a la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM-V), el trastorno depresivo mayor (TDM) es más característico, el cual se define como “*un periodo de tiempo de al menos dos semanas consecutivas, en el cual existe un estado de ánimo depresivo y/o pérdida de interés o placer en casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días*”. Además, el paciente debe experimentar cuatro de los siguientes síntomas: cambios en el apetito o el peso; insomnio o hipersomnia; fatiga o pérdida de energía; retraso o agitación psicomotora; sentimiento de inutilidad o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones; pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida o intentos de suicidio. Este episodio debe acompañarse además de un malestar clínicamente significativo o de una alteración en el funcionamiento social,

ocupacional, u otras esferas importantes del funcionamiento; y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra enfermedad médica. (4)

A su vez este TDM puede ser un episodio único o recurrente (intervalo mínimo de dos meses consecutivos entre los episodios, durante el cual no se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor); de gravedad actual leve, moderada o grave; con presencia de características psicóticas (delirios y/o alucinaciones) congruentes o no congruentes con el estado de ánimo; y con un estado de remisión parcial, total o no especificado (4)

En relación con las variables a tener en cuenta que aumentan el riesgo de que un paciente desarrolle un trastorno depresivo se encuentran: (2)

- **Factores personales y sociales:** Mayor prevalencia, incidencia y carga de la enfermedad en las mujeres, iniciándose dicha patología en la adolescencia y persistiendo en la edad adulta. Además, los rasgos neuróticos de la personalidad; otras psicopatologías como la ansiedad o distimia; y la presencia de enfermedades crónicas y su posible asociación con el consumo de tabaco o alcohol, suponen también un factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno depresivo. En este último caso es importante destacar que en aquellas personas que padecen de depresión y una enfermedad física crónica, existe una relación recíproca entre ambas patologías, de manera que los problemas físicos pueden exacerbar la depresión y a su vez, la depresión puede afectar de manera negativa al curso de la enfermedad física.

En relación con las circunstancias sociales que aumentan el riesgo de padecer este trastorno se encuentran el bajo nivel de recursos económicos y las circunstancias laborales; las personas desempleadas y con baja laboral; las personas de grupos socioeconómicos y ocupacionales desfavorecidos; las personas con estado civil solteros/as, divorciados/as o viudos/as; y finalmente las personas que padecen estrés crónico.

- **Factores cognitivos:** Existen diversos factores como los esquemas negativos, las distorsiones cognitivas, las creencias disfuncionales y la reactividad cognitiva hacia los eventos negativos, que aumentan la posibilidad de desarrollar depresión o mantenerla.

- **Factores familiares y genéticos:** Los descendientes de pacientes con depresión (familiares de primer grado), tienen más riesgo de desarrollar dicho trastorno con respecto a la población general.

En cuanto a los factores genéticos, una de las teorías más frecuentes en la investigación de los genes implicados en el desarrollo de la depresión es el análisis del papel de las monoaminas, según la cual, un factor que podría influir en su desarrollo es la presencia de un polimorfismo del gen que codifica el transportador de la serotonina, lo que produciría una disminución del transporte de este neurotransmisor.

Según la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP), la depresión constituye a día de hoy un reto para la salud pública, debido a su alta prevalencia (entre el 8 y el 15% de la población sufre depresión en algún momento de su vida); el alto grado de discapacidad que produce (se encuentra entre las tres primeras causas de discapacidad) y los elevados costes individuales, familiares y sociales que supone. (5)

La última Encuesta Nacional de Salud realizada en España en el año 2016/2017 refleja que la prevalencia de la depresión en adultos en ese último año fue del 6,7%, siendo esta más frecuente en las mujeres (9,2%) que en los hombres (4%), y más frecuente entre aquellas personas que se encuentran en situación de desempleo (7,9%) frente a los empleados (3,1%). (6)

En relación con la morbilidad y la afectación de la calidad de vida de los pacientes que sufren algún tipo de patología mental es muy elevada, ya que, globalmente, constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad a nivel europeo, siendo el TDM uno de los que más impacto genera en la calidad de vida y discapacidad de la persona. (7)

Una forma de cuantificar la cronicidad de los trastornos y la discapacidad que originan en la persona son los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). En el año 2015 se estimó que los trastornos mentales y del comportamiento produjeron 1.155.322 AVAD (10,5% del global) en la población española (558.160 AVAD en hombres y 597.162 en mujeres), dentro de los cuales, el trastorno depresivo unipolar (depresión mayor y distimia), fue el que provocó un mayor número de AVAD y carga global de enfermedad, siendo esta discapacidad más frecuente en mujeres que en hombres y en personas mayores de 65 años. (8)

Otros problemas añadidos que producen estos trastornos depresivos además de la discapacidad asociada, es la alta tasa de desempleo que conllevan, constituyendo una de las principales causas de baja laboral por discapacidad temporal o permanente en nuestro país; el alto riesgo que presentan los pacientes con depresión de desarrollar otras patologías como enfermedades cardiovasculares, diabetes, otros trastornos neuropsiquiátricos o consumo de drogas; el alto riesgo de suicidio que suponen (riesgo 21 veces superior a la población general según la SEP); la elevada carga económica y emocional que generan en el sistema familiar, los cuales al ser con frecuencia los cuidadores primarios del paciente y su principal fuente de apoyo deben invertir una gran cantidad de tiempo en el cuidado del mismo, viéndose obligados a restringir o limitar sus actividades sociales y de ocio y dificultándoles también la posibilidad de conseguir o mantener un empleo estable; y el elevado impacto en la utilización de servicios que generan, ya que según la SEP constituye uno de los trastornos mentales más frecuentes atendidos en Atención Primaria en España (5) (7)

Debido a todos estos datos y problemas asociados, resulta de gran importancia la realización de un diagnóstico y tratamiento adecuado de la depresión. Sin embargo, a pesar de ello, existe un infradiagnóstico e infratratamiento de la misma (en España se ha estimado que el 28% de los pacientes que padecen depresión mayor no son diagnosticados en Atención Primaria). (2) (5)

Para llevar a cabo este diagnóstico adecuado de la depresión es fundamental la realización de un correcto diagnóstico diferencial, con el objetivo de contrastar si la causa de dicho trastorno es de origen idiopático o está relacionado con otra patología médica, trastorno mental, consumo de drogas o fármacos. (2)

En cuanto a la lista de afecciones médicas que pueden inducir una depresión mayor es muy larga y nunca está completa, sin embargo, entre las principales enfermedades que pueden manifestarse con sintomatología depresiva se encuentra el VIH (Tabla 3). (2) (4)

Tabla 3: Diagnóstico diferencial de la depresión.

Patologías médicas	Patologías psiquiátricas
--------------------	--------------------------

<ul style="list-style-type: none"> • <i>Endocrino/Metabólicas</i>: Hipo e hipertiroidismo, diabetes, anemia severa, enfermedad de Cushing, enfermedad de Addison, Porfiria. • <i>Infecciosas</i>: Tuberculosis, infección por el virus del Epstein-Barr, VIH, sífilis terciarias. • <i>Neurológicas</i>: Enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple enfermedad de Parkinson, ictus, epilepsia. • <i>Neoplásicas</i>: carcinomatosis, cáncer de páncreas. • <i>Otros</i>: Lúes, dolor crónico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno angustia/ansiedad. • Trastorno obsesivo compulsivo. • Trastorno bipolar. • Distimia. • Trastornos adaptativos. • Síntomas negativos de la esquizofrenia. • Consumo de tóxicos
---	---

Fuente: Grupo de trabajo de la GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. España; 2014. (2)

El VIH o virus de la inmunodeficiencia humana es un virus de ARN perteneciente a la familia retroviridae, concretamente a la subfamilia lentivirus, que ataca al sistema inmunitario de la persona infectada provocando la destrucción de los linfocitos T-CD4 encargados de la fabricación de anticuerpos para combatir las infecciones causadas por agentes externos, esta destrucción de los linfocitos T-CD4 lleva a un deterioro progresivo de dicho sistema inmunitario dando lugar a una “inmunodeficiencia” en la persona infectada, hasta que finalmente provoca el SIDA o síndrome de inmunodeficiencia adquirida, término aplicado a los estadios más avanzados del VIH y caracterizado por la presencia de alguna de las más de 26 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con dicho síndrome (Tabla 4). (9) (10)

Tabla 4: Enfermedades definitorias de SIDA.

Enfermedades definitorias de SIDA	
1. Cáncer cervical (Invasivo).	14. Linfoma immunoblástico.
2. Candidiasis esofágica.	15. Linfoma cerebral primario.
3. Candidiasis de bronquios, tráquea o pulmones.	16. Linfoma de Burkitt.
4. Coccidioidomicosis (diseminada o extrapulmonar).	17. <i>Mycobacterium avium complex</i> o <i>Mycobacterium kansasii</i> (diseminada o extrapulmonar).

5. Criptococosis (extrapulmonar).	18. <i>Mycobacterium</i> , otras especies sin identificar (diseminada o extrapulmonar)
6. Criptosporidiosis, intestinal crónica (>1 mes de duración).	19. Neumonía (recurrente).
7. Encefalopatía asociada al VIH.	20. Neumonía por <i>Pneumocistis jirovecii</i> .
8. Enfermedad por citomegalovirus que no afecte a hígado, bazo y nódulos.	21. Retinitis por citomegalovirus (con pérdida de visión).
9. Herpes simple: úlceras crónicas (>1 mes de duración); o bronquiolitis, neumonitis o esofagitis.	22. Sarcoma de Kaposi.
10. Septicemia recurrente por <i>Salmonella</i> .	23. Síndrome de emaciación por VIH.
11. Histoplasmosis (diseminada o extrapulmonar).	24. Toxoplasmosis cerebral.
12. Isosporiasis (intestinal crónica >1 mes de duración).	25. <i>Mycobacterium tuberculosis</i> (extrapulmonar o pulmonar).
13. Leucoencefalopatía multifocal progresiva.	26. Leishmaniasis visceral (Kala-azar) (No considerada como enfermedad definitiva de SIDA en España).

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. Madrid, España; 2014. (11)

En la actualidad se ha conseguido un gran avance en relación con los conocimientos de la infección por VIH/SIDA, los modos de transmisión, las medidas de prevención, la detección temprana y el tratamiento de la misma, convirtiéndose de una enfermedad mortal en una enfermedad crónica. (12)

Sin embargo, esta patología sigue constituyendo a día de hoy un problema de salud pública a nivel mundial, debido a la gran cantidad de personas afectadas, las dificultades de acceso al tratamiento para algunos de ellos, y al elevado número de muertes ocasionadas por el SIDA. (13)

En España, la tasa global de nuevos diagnósticos de VIH es ligeramente superior a la media de los países de la Unión Europea y de los países de Europa Occidental. En el año 2017 fueron notificados 3.381 nuevos diagnósticos de VIH en España, siendo más frecuentes en hombres (con una tasa de 12,5/100.000 habitantes) que en mujeres (con una tasa de 2,2/100.000), con una edad media de diagnóstico de 35 años (siendo significativamente menor en hombres que en mujeres) y siendo el principal mecanismo de transmisión la vía sexual, concretamente los hombres que mantienen sexo con hombres (HSH) (54,3%), seguido de la transmisión heterosexual (28,2%) y finalmente los usuarios

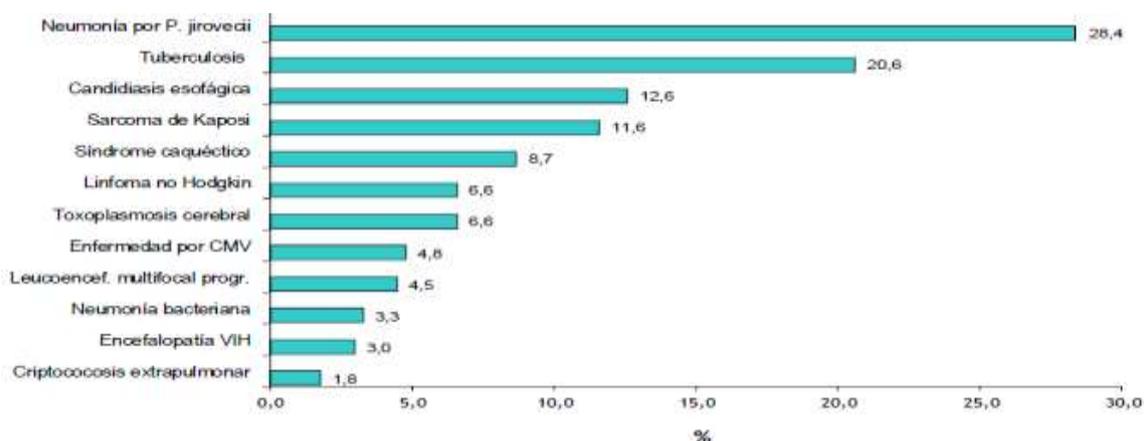
de drogas por vía parenteral (3,1%), sin embargo, a pesar de esto, los hombres que mantienen sexo con hombres son los que presentan un menor porcentaje de diagnóstico tardío (41,6%) en relación con otros grupos como los de transmisión heterosexual, cuyo porcentaje es mayor (63,5% en hombres y 50,6% en mujeres). (14)

Con respecto al SIDA en España, en ese mismo año fueron diagnosticados 571 casos, siendo mayor el número de diagnósticos también en hombres en relación con las mujeres, con una edad media del diagnóstico de 43 años (similar en ambos sexos) y con mayor prevalencia en los usuarios que mantienen relaciones heterosexuales (36,5%) en comparación con el resto (35,5% en hombres que mantienen sexo con hombres y 12,6% en consumidores de drogas por vía parenteral). (14)

En comparación con años anteriores, la tendencia del VIH es descendente tanto en el caso de los usuarios heterosexuales, como los consumidores de drogas por vía parenteral y los hombres que mantienen sexo con hombres (en HSH descendente desde el año 2015). Mientras que la tendencia del SIDA es igualmente descendente en los tres grupos (en HSH tendencia descendente desde el 2011). (14)

En relación con las enfermedades defensoras de SIDA (mencionadas anteriormente), las más frecuentes en España entre los años 2011 y 2017 según el Registro Nacional de SIDA fueron la neumonía por *Pneumocystis jirovecii* con una frecuencia del 28,4%, seguida de la tuberculosis (20,6%) y de la candidiasis esofágica (12,6%) (Figura 1). (14)

Figura 1: Enfermedades defensoras de SIDA más frecuentes en España 2011-2017.



Fuente: Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2017: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - D.G. de Salud Pública, Calidad e Innovación/Centro Nacional de Epidemiología – ISCIII. Madrid, España; 2018. (14)

Además de las enfermedades definatorias de SIDA, la cronificación de esta patología ha propiciado la aparición en otro tipo de enfermedades asociadas a la misma llamadas “enfermedades no definatorias de SIDA”, las cuales están relacionadas a su vez con un aumento de la morbilidad y mortalidad de estos pacientes, según el estudio CoRIS llevado a cabo por Masiá M, et al., dentro de estas enfermedades predominan los trastornos psiquiátricos y concretamente la depresión como una de las enfermedades no definatorias de SIDA más frecuente. (15)

Los pacientes con VIH/SIDA son más susceptibles de desarrollar un trastorno mental que la población general, por lo que resulta de gran importancia la realización de una correcta valoración y cribado de los síntomas asociados a estos trastornos (Tabla 5). (16)

Tabla 5: Prevalencia de los trastornos mentales en la población infectada por VIH frente a la población general.

	Población con VIH	Población general
<u>Depresión mayor</u>	36%	16,6%
Trastorno distímico	26,5%	2,5%
Trastorno de ansiedad	15,8%	5,7%
Pánico	10,5%	4,7%
Abuso de sustancias	50,1%	27,8%

Fuente: del Amo J.; Brañas F.; Serrano S.; Morillo R.; Marrugat J.; Fernández E.; et al. VIH en España 2017: Políticas para una nueva gestión de la cronicidad, más allá del control virológico. Madrid, España: Ed. Fundación Gaspar Casal; 2017. (17)

Dentro de las enfermedades mentales, los trastornos depresivos son los de mayor frecuencia en esta población con una prevalencia que oscila entre el 30-60%, estos valores son variables en función de la población estudiada, el periodo de tiempo investigado y los instrumentos de medida utilizados, sin embargo, en cualquiera de los casos, constituye una de las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes y de mayor incidencia. (18)(19)

Entre los trastornos depresivos más frecuentes que pueden padecer estos pacientes se encuentran la depresión mayor, el trastorno distímico y la depresión secundaria a una condición médica, los cuales pueden aparecer en cualquier momento del curso de la infección, siendo más frecuentes en el momento del diagnóstico de dicha enfermedad y

en los estadios avanzados de la misma (cuando existe un recuento de linfocitos CD4 bajo y una carga viral elevada). (15) (19) (20) (21)

Existen diferentes razones que pueden explicar por qué los pacientes con VIH/SIDA tienen una mayor predisposición a desarrollar trastornos mentales, por un lado, los pacientes con trastornos psiquiátricos son más vulnerables a infectarse por esta enfermedad, y por otro lado la presencia del virus, algunas enfermedades asociadas y los tratamientos utilizados para combatir las mismas pueden producir alteraciones neuropsiquiátricas, es decir, existe una relación bidireccional entre ambas (Figura 2). (17)

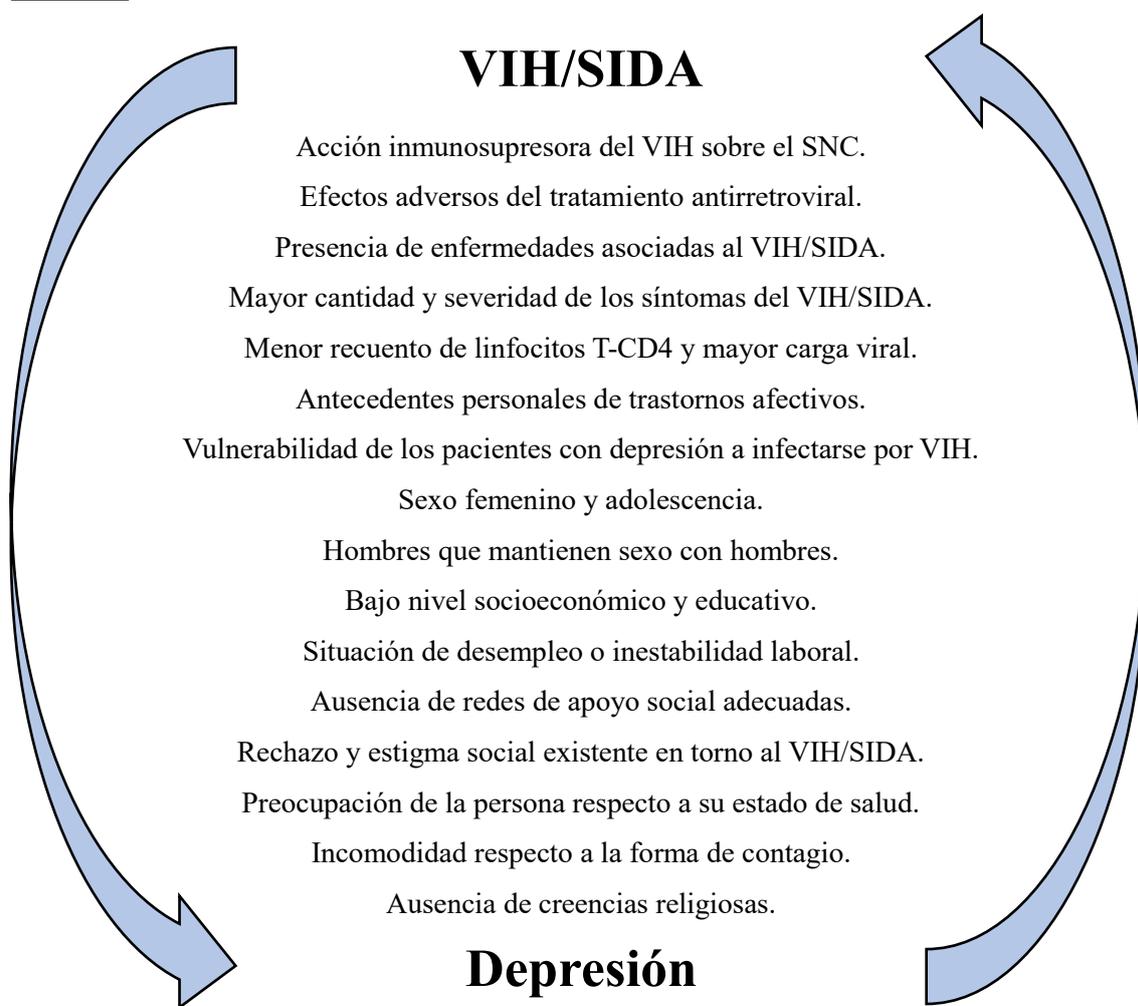
Teniendo en cuenta que las experiencias del impacto por el contagio del VIH, el proceso, la aceptación y la vivencia de la infección varían dependiendo de la edad, el origen, el nivel educacional, la orientación sexual y el nivel de conocimientos sobre el VIH del individuo, cuando una persona recibe el diagnóstico de esta infección puede presentar diversas reacciones a nivel emocional (entre las que se encuentra la depresión), las cuales tienen que ser detectadas por el profesional sanitario para poder realizar un consejo asistido adecuado dependiendo de la reacción observada o derivar a otros servicios en caso de que fuera necesario. (21)

Además, existen diversos factores a tener en cuenta que aumentan la probabilidad de que una persona con VIH/SIDA desarrolle un trastorno depresivo, entre los que se encuentran: el daño que produce la acción inmunodepresora del VIH sobre algunas áreas del Sistema Nervioso Central (SNC) relacionadas con alteraciones emocionales; el sexo femenino; la adolescencia; los antecedentes personales de trastornos afectivos; la disfunción sexual (provocada por ejemplo por la falta de estabilidad emocional asociada al miedo de transmitir el virus); la presencia de una mayor cantidad y severidad de los síntomas de la infección así como la mayor preocupación de la persona en relación a su estado de salud; la existencia de un recuento de linfocitos T-CD4 bajo y una carga viral elevada; el alto grado de incomodidad de la persona con respecto a la forma de contracción de la enfermedad; la presencia de un nivel socioeconómico y educativo bajo por parte de la persona infectada; las situaciones de desempleo, inestabilidad laboral o con ausencia de redes de apoyo social adecuadas; la ausencia de creencias religiosas; y los hombres que mantienen sexo con hombres. (13) (18) (20) (21)

Además, el rechazo y la estigmatización que existe entorno hacia estas personas relacionado con la escasa información o comprensión por parte de la población, los mitos

existentes en torno a ella, la asociación de la enfermedad con los llamados grupos de riesgo, etc., provoca un impacto negativo en la salud mental de estos individuos, disminuyendo tanto su autoestima como sus interacciones sociales. (13) (22)

Figura 2: Relación bidireccional entre el VIH/SIDA y la depresión y factores asociados a la misma.



Fuente: Elaboración propia adaptada a partir de las referencias: (13) (17) (18) (20) (21) (22).

Con respecto a las consecuencias que la depresión puede provocar en los pacientes seropositivos destacan: la disminución de la adherencia de los mismos al tratamiento antirretroviral (TAR); el aumento de la disfunción inmunitaria provocada por un descenso de los niveles de linfocitos T-CD4 y un aumento de la carga viral (haciendo que haya una mayor progresión de la enfermedad); y el aumento de la mortalidad y del riesgo de suicidio de estas personas. Además, los pacientes que padecen esta comorbilidad tienen

mayor riesgo de llevar a cabo conductas sexuales de riesgo aumentando de esta forma la probabilidad de adquirir otras enfermedades de transmisión sexual, así como el contagio del VIH a terceras personas. (17) (18) (21)

Debido a todo esto, es fundamental llevar a cabo un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado de la misma, con el objetivo de evitar las complicaciones y los problemas asociados a dicha comorbilidad. Sin embargo, a pesar de su alta prevalencia y complicaciones, la depresión en este tipo de pacientes, al igual que en el resto de la población, está a menudo infradiagnosticada e infratratada. (17)

Las razones de este subdiagnóstico y subtratamiento son variables, entre las que destacan: las dificultades existentes para la realización de un correcto diagnóstico diferencial por parte de los profesionales sanitarios; la falta de tiempo de los médicos en consulta para llevar a cabo la valoración y evaluación de las alteraciones psiquiátricas; la falta de formación de dichos profesionales en relación a estos trastornos psiquiátricos; y los prejuicios existentes en torno a ellos, los cuales generan cierto recelo por parte de los pacientes a la hora de manifestar su sintomatología depresiva. (18)

Con respecto al diagnóstico diferencial, este resulta de gran complejidad dado que algunos de los síntomas característicos de estos trastornos también aparecen en la infección por VIH como es el caso de la falta de energía o fatiga, la hiporexia (disminución del apetito) y la pérdida de peso, por lo que para determinar la presencia de depresión es necesario centrar la atención en la presencia de síntomas cognitivos como por ejemplo la tristeza, la anhedonia y las ideas de desesperanza, inutilidad o muerte. (17)

Por todo ello, para realizar un diagnóstico diferencial adecuado y precoz, es importante que la atención de estos pacientes se lleve a cabo de manera multidisciplinar, implicando a especialistas de salud mental, a internistas-infectólogos y a diversos sistemas de apoyo como la familia (proporcionando a esta última la información apropiada y el apoyo emocional oportuno). Además, es necesario llevar a cabo una entrevista clínica, una evaluación neuropsiquiátrica, y la utilización de elementos de evaluación neuropsicológica como es el caso de inventarios y escalas validadas, las cuales en ningún caso deben sustituir la entrevista sino complementarla, ya que esta constituye el elemento principal para el diagnóstico de la depresión. (2) (18) (19) (21)

Entre las escalas que podemos utilizar para el diagnóstico de este trastorno se encuentran, entre otras, la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS-Hospital Anxiety and

Depression Scale), el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ9-Patient Health Questionnaire 9), el Inventario de Depresión de Beck (BDI), la Escala de Síntomas Depresivos del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), la Escala de depresión de Hamilton (HAM-S), la Escala de depresión de Montgomery-Asberg (MADS), la Escala de Depresión de Zung, y las preguntas de Whooley. (2) (13) (17) (18) (21)

Dentro de estas escalas, la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) es la más recomendada por la organización GeSIDA, la cual está compuesta por dos subescalas (cada una de ellas con 7 ítems) en las que se valoran la ansiedad y la depresión respectivamente. En dicha escala se considera que una persona posee síntomas depresivos clínicamente significativos para la confirmación del diagnóstico cuando se supera el punto de corte de 8 en la subescala de depresión (Ver escala HADS en Anexo 1) (21)

Una vez confirmado el diagnóstico, el tratamiento de la depresión en los pacientes diagnosticados de VIH/SIDA sigue los mismos criterios que el tratamiento de dicha patología en la población general, de manera que se recomienda la utilización de un modelo de atención escalonado y colaborativo entre la Atención Primaria y los Servicios de Salud Mental, en el cual las intervenciones y tratamientos se vayan intensificando según el estado y evolución del paciente (Figura 3). Dicho tratamiento se debe de llevar a cabo de manera integral y debe incluir la combinación de tratamiento farmacológico, psicoterapia e intervenciones psicosociales, apoyo individual y familiar, y seguimiento del estado mental y físico de la persona. (2) (18)

Figura 3: Modelo escalonado del manejo de la depresión.



Fuente: Grupo de trabajo de la GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. España; 2014. (2)

Cualquier tipo de intervención psicoterapéutica, ya sea individual, grupal, o familiar, es de gran importancia para el tratamiento de la depresión (21). Esta psicoterapia se puede definir como un *“tratamiento terapéutico integral, deliberado y planificado, el cual utiliza métodos psicoterapéuticos científicos con el objetivo de mitigar o eliminar los síntomas, actitudes y patrones de comportamiento alterados, así como favorecer un proceso de madurez, desarrollo, salud mental y bienestar”*. (2)

Existen diversas intervenciones psicológicas que se pueden llevar a cabo para el manejo de estos trastornos, entre las que se encuentran: las terapias cognitivo-conductuales individuales o grupales, la activación conductual, la terapia de solución de problemas, la terapia interpersonal, el counselling, la terapia psicodinámica breve, la terapia cognitivo-conductual computarizada y la autoayuda guiada. (2)

Dentro de estas intervenciones, destacan las terapias interpersonales y las terapias cognitivo-conductuales, las cuales han demostrado en algunos estudios publicados tener una gran eficacia para el tratamiento de los trastornos depresivos en el contexto de la infección por VIH. (21)

Por un lado, las terapias interpersonales desarrolladas por Klerman y Weissman se centran en las relaciones actuales del paciente y sus procesos interpersonales, cuyo objetivo es la disminución de los síntomas depresivos a través de la resolución o afrontamiento de las áreas problemáticas de los mismos. Y por el contrario, las técnicas cognitivo-conductuales desarrolladas originalmente por A.T. Beck, se centran en la modificación de conductas disfuncionales, actitudes desadaptativas y pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas, éstas últimas han resultado ser el tipo de modalidad de terapia psicológica más frecuentemente estudiada en el trastorno depresivo, las cuales pueden ser utilizadas tanto en los casos de depresión leve-moderada como moderada-grave (número de sesiones en función de la gravedad), (2) (21)

Sin embargo, a pesar del consenso existente sobre los beneficios de la psicoterapia en el manejo de la depresión en el adulto, persiste el debate sobre la eficacia comparativa de los diferentes modelos. (2)

En relación con el tratamiento farmacológico, este se tiene que iniciar a dosis bajas y ajustar progresivamente hasta lograr la desaparición de la sintomatología depresiva. Además, resulta importante la evaluación periódica de dichos síntomas, así como la

monitorización de efectos secundarios no deseables producidos por el tratamiento, los cuales suponen una de las principales causas de abandono del mismo. (2) (21)

La decisión del fármaco a utilizar va a depender de diversos factores, como sus posibles interacciones farmacológicas, sus efectos secundarios, su tolerancia, su seguridad, sus propiedades farmacológicas, la preferencia del paciente, su respuesta previa al tratamiento, etc. Teniendo en cuenta estos aspectos junto con la buena tolerancia y el bajo riesgo de sobredosis, los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) son los antidepresivos de primera elección, como es el caso del Citalopram. (18) (21)

Este tratamiento antidepresivo se recomienda que se mantenga al menos durante 6 meses tras la remisión del episodio depresivo con el objetivo de evitar recaídas, y se recomienda que la retirada del mismo se lleve a cabo de manera gradual (normalmente durante un intervalo de tiempo de 4 semanas), con el propósito de evitar el síndrome de discontinuación caracterizado por la presencia de irritabilidad, náuseas, insomnio, etc., (en caso de aparición se puede considerar la reintroducción del antidepresivo utilizado). (2)

Finalmente, con respecto al manejo de la depresión en la población general desde el punto de vista de la enfermería, existen diversas intervenciones NIC que se pueden llevar a cabo, entre las que se encuentran: fomento del ejercicio físico; arteterapia o musicoterapia; reestructuración cognitiva; mejorar el afrontamiento de la persona; proporcionar apoyo emocional; aumentar los sistemas de apoyo con los que cuenta la persona; grupos de apoyo; terapia de grupo; terapia familiar; entretenimiento o relajación; fomentar la resiliencia; y prevención del suicidio. (23)

2. Justificación y objetivo

Debido a todo lo mencionado anteriormente, a la alta prevalencia de los trastornos depresivos en la población infectada por VIH/SIDA, la repercusión de los mismos en estos pacientes y su afectación a la calidad de vida, en el presente trabajo se pretende realizar una revisión de la evidencia científica disponible con el objetivo de conocer las terapias o intervenciones de enfermería llevadas a cabo para el manejo y control de la depresión en los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA, así como la eficacia de las mismas, de manera que con ellas se consiga disminuir las complicaciones asociadas a esta comorbilidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes en cuestión.

3. Metodología

Para llevar a cabo esta revisión narrativa, se realizó una búsqueda exhaustiva de diversos artículos a través de cuatro bases de datos de ciencias de la salud, **Pubmed**, **CINAHL**, **PsycInfo** y **Cuiden**. Además, se realizó una búsqueda en la base de datos **SciELO**, sin embargo, debido a la ausencia de artículos relevantes para el presente trabajo, no se ha incluido en la metodología de dicha revisión. Esta búsqueda fue realizada entre los días 26 de enero del 2019 y el 3 de febrero del 2019.

Con el objetivo de facilitar y homogeneizar la búsqueda se utilizaron las mismas estrategias en las diferentes bases de datos consultadas, y para cuya elaboración se emplearon como palabras clave tanto términos de lenguaje controlado traducidos al inglés e incluidos en el tesoro Medical Subject Heading o MeSH, como términos de lenguaje libre, todos ellos unidos mediante los operadores booleanos AND y OR.

Las palabras clave utilizadas fueron: HIV/VIH; AIDS/SIDA; depression/depresión; depressive disorder/trastorno depresivo; depressive disorder, major/trastorno depresivo mayor; patient care management/manejo del cuidado del paciente; care/cuidados; nursing intervention/intervenciones de enfermería; nursing/enfermería; prevention/prevención; control/control.

En un primer momento, las búsquedas fueron realizadas sin la aplicación de ningún filtro con el objetivo de obtener el mayor número de artículos posibles, sin embargo, debido a la gran cantidad de resultados obtenidos y al ruido documental resultante, se decidió utilizar diversos filtros con la finalidad de mejorar la precisión de búsqueda y obtener documentos relevantes. Los filtros utilizados fueron:

- Tipo de artículos: ensayos clínicos y revisiones sistemáticas.
- Fecha de publicación: últimos 5 años. Con la excepción de que en las bases de datos CINAHL y Cuiden, el criterio utilizado en relación con la fecha de publicación fue el de publicaciones en los últimos 10 años en la primera (debido a la ausencia de estudios relevantes entre los años 2015-2019), y sin filtro de tiempo en la segunda.
- Especies: humanos.
- Idioma: español e inglés.

Una vez realizada una primera lectura del título y resumen de todos los resultados

obtenidos, se realizó una preselección de aquellos artículos que podrían, potencialmente, encajar con el objetivo general del trabajo a desarrollar. Posteriormente, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión establecidos, se llevó a cabo una lectura completa de dichos artículos para cribar y seleccionar de forma definitiva los estudios a analizar y discutir.

Criterios de inclusión

- Pacientes con VIH/SIDA (hombres y mujeres).
- Terapias no farmacológicas o intervenciones de enfermería dirigidas a la prevención o manejo de los síntomas depresivos y/o a la disminución de los problemas asociados (adherencia al TAR deficiente).
- Personas de 18 años o más (adultos jóvenes, adultos y adultos mayores).
- Estudios piloto.

Criterios de exclusión

- Tratamiento exclusivamente farmacológico para el manejo de la depresión.
- Personas menores de 18 años.
- Mujeres y niños con VIH perinatal.
- Protocolos de estudio (no implementados aún).

Finalmente, de los 42 artículos preseleccionados, se incluyeron 20 para la realización del presente trabajo, los cuales cumplen con los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos (Tabla 6).

Además, para la comparación de los resultados y elaboración de las discusiones, se consultaron diversos documentos y Guías de Práctica Clínica como el Documento de consenso sobre las alteraciones psiquiátricas y psicológicas en adultos y niños con infección por VIH; la GPC sobre el Manejo de la depresión en el adulto; la GPC sobre el Tratamiento de la depresión en Atención Primaria; la Guía Clínica AUGÉ de depresión en personas de más de 15 años; y la Revisión Sistemática de Vázquez L et. al. sobre las Intervenciones psicológicas administradas por teléfono para la depresión.

Tabla 6: Estrategias de búsqueda en las diferentes bases de datos consultadas.

Bases de datos	Estrategia de búsqueda	Resultados obtenidos		Estudios preseleccionados		Estudios seleccionados	
		E.C.*	R.S.*	E.C.*	R.S.*	E.C.*	R.S.*
Pubmed	(HIV OR AIDS) AND (Depression OR “Depressive Disorder”[Mesh] OR “Depressive Disorder, Major”[Mesh]) AND (“Nursing”[Mesh] OR nursing intervention OR care OR “Patient Care Management”[Mesh])	79	34	20	1	9	0
	(“HIV”[Mesh] OR AIDS) AND (Depression OR “Depressive Disorder” [Mesh] OR “Depressive Disorder, Major”[Mesh]) AND (prevention OR control) AND (“Nursing”[Mesh] OR intervention)	39	12	3	1	1	1
PsycoInfo	(HIV OR AIDS) AND (depression OR MA depressive disorder OR MA depressive disorder, major) AND (MA nursing OR nursing intervention OR care OR MA patient care management)	45	17	8	0	4	-
	(HIV OR AIDS) AND (depression OR MA depressive disorder OR MA depressive disorder, major) AND (prevention OR control) AND (MA nursing OR intervention)	35	7	3	0	2	-
CINAHL	(HIV OR AIDS) AND (depression OR depressive disorder OR depressive disorder, major) AND (nursing OR nursing intervention OR care OR patient care management)	15	20	1	1	1	1
	(HIV OR AIDS) AND (depression OR depressive disorder OR depressive disorder, major) AND (prevention OR control) AND (nursing OR intervention)	10	13	1	1	0	1

Cuiden	(HIV OR AIDS) AND (depression OR depressive disorder OR depressive disorder, major) AND (nursing OR nursing intervention OR care OR patient care management)	0	0	-	-	-	-
	(HIV OR AIDS) AND (depression OR depressive disorder OR depressive disorder, major) AND (prevention OR control) AND (nursing OR intervention)	0	0	-	-	-	-
	(HIV OR AIDS) AND depression AND nursing	4	2	1	0	0	-
	(HIV OR AIDS) AND depression AND care	8	1	0	0	-	-
	(HIV OR AIDS) AND depression	16	3	0	1	-	0

Fuente: Elaboración propia. *E.C: Ensayos clínicos. // *R.S: Revisiones sistemáticas.

4. Resultados y discusión

De los 20 artículos seleccionados, 3 son Revisiones Sistemáticas (41) (42) (43), lo que se corresponde con el 15% de los estudios analizados y 17 son Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40), lo que representa el 85% de dichos estudios, dentro de los cuales 2 son estudios ECA piloto (11,8%) (26) (29). Resulta importante destacar además que dada fecha de publicación de los mismos, se ha producido un aumento en el número de estudios a lo largo de esta última década (Anexo 2).

De todos los ECAs analizados, se incluye la depresión como criterio de inclusión en 10 de los mismos (58,8%) mientras que en los 7 restantes (41,2%) (27) (31) (32) (37) (38) (39) (40) no se establece dicho trastorno como criterio de inclusión para la selección de los participantes, sin embargo, en la mayoría de ellos, más de la mitad de los sujetos que forman parte de la muestra de estudio presentan síntomas de esta patología.

La mayoría de dichos estudios ECA (64,7%) tienen como objetivo y resultado primario determinar la eficacia de la intervención sobre el manejo o disminución de los síntomas depresivos (24) (26) (27) (28) (31) (32) (33) (34) (36) (38) (40), sin embargo, todos ellos, analizan además de la depresión los efectos de dicha intervención sobre otras variables, entre las que se encuentran el dolor, la ansiedad y el estrés, el afrontamiento, la desesperanza, la satisfacción con la vida, la autoestima, la adherencia al TAR, los síntomas asociados al VIH y la angustia en relación a los mismos, la calidad de vida, el apoyo social percibido, la carga del cuidador, los problemas interpersonales, y la función y la actividad física de los participantes así como su autodeterminación en relación a dicha actividad. Además de la eficacia de la intervención, otros factores analizados en algunos de los estudios son la viabilidad, aceptabilidad y fidelidad de las intervenciones, y la satisfacción de los participantes en relación a la misma.

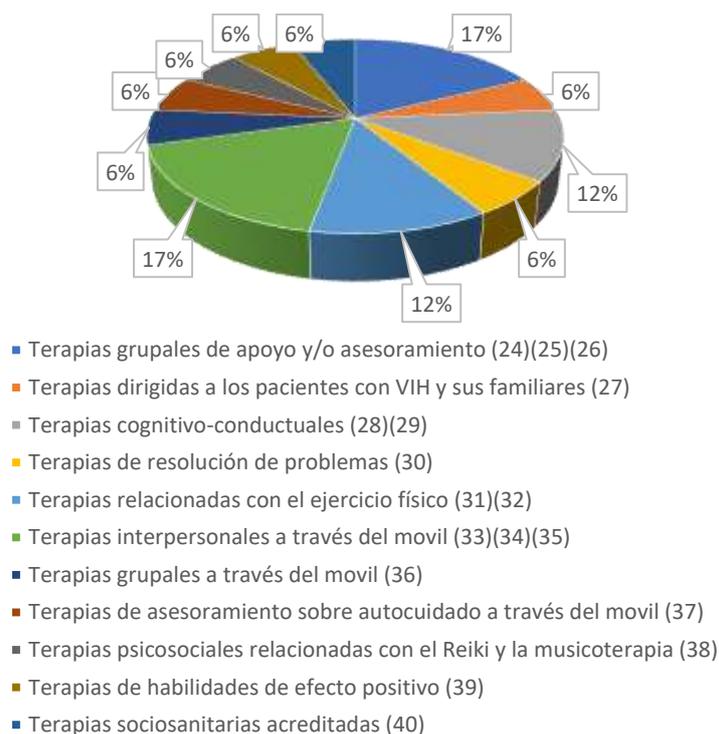
Entre los instrumentos y escalas utilizadas para la medición de los síntomas depresivos, se han encontrado una gran variedad de escalas, entre ellas encontramos el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) (26) (30), el Cuestionario de Síntomas de Shona (SSQ-14) (30), la Escala de Autoevaluación de Depresión de Zung (27), el Cuestionario de Autoinforme de Síntomas (SRQ-20) (24), la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (38) (39) (40), el Inventario Rápido de Sintomatología Depresiva (QIDS) (28) (29), el Inventario de Depresión de Berck (BDI-II) (32) (33) (34) (35), la Escala de

Depresión Geriátrica (GDS) (36), y la Escala del perfil de los estados de ánimo (POMS-30) (31).

Las intervenciones realizadas tuvieron una duración variable en las diferentes investigaciones ECA analizadas, las cuales oscilan entre las 6 semanas de duración hasta 24 semanas. Además, los tiempos de seguimientos de evaluación post-intervención también son variables, realizándose en todos seguimientos a corto plazo, y solo en 8 de ellos (47,05%) (24) (25) (27) (28) (29) (34) (38) (39) seguimientos a largo plazo, los cuales varían entre el mes y los 24 meses post-intervención.

Entre los artículos encontrados se muestran una gran variedad de intervenciones (Figura 4) las cuales se describen a continuación:

Figura 4: Diagrama de sectores de los tipos de terapias realizadas en los ECAs.



Fuente: Elaboración propia.

1. Terapias grupales.

Este tipo de terapias engloban un gran número de intervenciones (terapias interpersonales, cognitivo-conductuales, de resolución de problemas, de asesoramiento o counselling, de apoyo, de afrontamiento, etc.), y las cuales han demostrado en diversos estudios previos

(como es el caso del estudio piloto llevado a cabo por Nakimuli-Mpungu E et al. y mencionado en su ECA a gran escala posterior (24)) ser eficaces para el manejo de la depresión en las personas que viven con VIH/SIDA. (24)

En esta línea se ha encontrado dos estudios ECA a gran escala de Nakimuli-Mpungu E et al. y el estudio piloto de Petersen I et al., los cuales pretenden evaluar el efecto de una intervención de apoyo grupal (24) (25) y una intervención de asesoramiento grupal (26) respectivamente sobre los síntomas depresivos en pacientes con VIH que viven en zonas de bajos recursos socioeconómicos de África, la actividad funcional de los mismos, la autoestima, el estado psicológico general, y el apoyo social percibido (24) (26), así como determinar los factores que influyen en la disminución de dichos síntomas depresivos (25).

Al finalizar dichas intervenciones se pudo observar que los participantes de los grupos intervención de los estudios analizados presentaban una disminución en la presencia de los síntomas depresivos en comparación con el inicio de los mismos (24) (26). En el caso del estudio de Nakimuli-Mpungu E et al., esta disminución estuvo relacionada con diversas variables analizadas en su investigación posterior, entre las cuales se encontraban el interés y la participación activa de los participantes en todas las actividades llevadas a cabo, el cambio positivo en las emociones y comportamientos de los participantes observado al final de las sesiones, el aumento en la participación de actividades generadoras de ingresos, y el aumento del apoyo social percibido por los mismos y de las conexiones sociales (a partir del desarrollo de técnicas de socialización) con la consecuente disminución del estigma percibido y aumento del afrontamiento (25). Sin embargo, en estos estudios de Nakimuli-Mpungu E et al. esta disminución de los síntomas depresivos también se pudo observar en los participantes del grupo control (terapia de educación grupal) al final de la intervención, reducción la cual fue similar a la obtenida en el grupo intervención de dicho estudio (no fue así en el grupo placebo de control del estudio de Petersen I et al.), este hecho pudo ser debido, según los investigadores, al aumento de la educación de los participantes con respecto al VIH/SIDA en dicho grupo; a la transmisión de la información aprendida en las sesiones por parte de los participantes hacia otras personas con problemas similares; y a la contaminación del grupo en cuestión. No obstante, en la evaluación de seguimiento posterior llevada a cabo a los 6 meses de la intervención, se evidenció que esta disminución era mayor en los participantes del grupo intervención con respecto a los del grupo control, lo cual pudo estar relacionado (según los autores) con las reuniones posteriores que mantuvieron los participantes de dicho

grupo; y con la implementación de las habilidades y técnicas aprendidas en dichas reuniones (24) (25).

Estos resultados obtenidos ponen en manifiesto por lo tanto la eficacia de las terapias de asesoramiento y apoyo grupal para la disminución de los síntomas depresivos tanto a corto como a largo plazo.

En cuanto al resto de variables analizadas se demostró que las terapias a estudio resultaron ser de gran viabilidad y aceptabilidad por parte de los participantes (24) (25) (26), y que además, tanto la intervención de apoyo grupal como la de asesoramiento grupal de ambos estudios, resultaron ser eficaces para la mejora de la autoestima de los participantes, de la actividad funcional de los mismos y del estado psicológico general, sin embargo, con respecto al apoyo social percibido, en el estudio de Petersen I et al. no se apreció una mejoría del mismo al final de la intervención (a diferencia del estudio de Nakimuli-Mpungu E et al.), hecho el cual pudo estar relacionado según los investigadores con el pequeño tamaño muestral de dicho estudio, el corto periodo de seguimiento post-intervención, o la falta de identificación de los participantes dentro del propio grupo (relacionada a su vez con la falta de estratificación de los grupos por sexos) (24) (26).

Todos estos resultados observados están en consonancia además con otros estudios de psicoterapia grupal llevada a cabo en pacientes seropositivos, como es el caso del estudio de Olley et al. analizado en la revisión sistemática de Lofgren S.M et al., en el cual se observa que dicha psicoterapia grupal consiguió una disminución ponderada de los síntomas depresivos de en torno el 70% en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA de Nigeria (África). (41)

No obstante, a pesar de la eficacia observada de dichas intervenciones grupales, es conveniente la estratificación de los grupos por sexos y edades similares y la consideración de las intervenciones individuales como una opción alternativa, ya que pueden existir pacientes que refieran no sentirse cómodos con el abordaje de sus problemas de manera grupal, hecho el cual puede afectar a la eficacia de la terapia. (26)

2. Terapias familiares.

A pesar de la poca cantidad de estudios encontrados en relación a esta intervención en el contexto de pacientes con VIH/SIDA que padecen depresión, esta resulta de gran relevancia, ya que como hemos visto con anterioridad la prevalencia de esta patología en

los pacientes con VIH es muy elevada, comorbilidad la cual conlleva una serie de consecuencias negativas no solo para los pacientes que la padecen, sino también para los familiares de los mismos, como es el caso de la alteración de la estructura familiar y la sobrecarga de los mismos. Por todo ello, el apoyo tanto al paciente como a sus familiares resulta de gran importancia y desempeña un papel fundamental en el bienestar psicológico de todos sus miembros. (27)

En esta línea encontramos el estudio ECA de Li L et al., en el cual se pretende desarrollar una intervención llamada *Together for Empowerment Activities* (TEA), dirigida al abordaje de las necesidades específicas de los pacientes con VIH y sus familiares de una población rural en China, en el cual, se analizaron como variables resultado los efectos de dicha intervención sobre la presencia de síntomas depresivos en los participantes y sus familiares, las habilidades de afrontamiento de los participantes en relación a la enfermedad y la carga de cuidador en los miembros de la familia. (27)

Una vez finalizada dicha intervención se pudo apreciar que, por lo general, tanto las personas con VIH como los familiares del grupo de TEA consiguieron una mejora significativamente mayor de la depresión en todos los seguimientos posteriores a la misma en comparación con aquellos participantes que recibieron la intervención estándar. Sin embargo, los efectos tuvieron una menor duración en los familiares, apreciándose un ligero aumento de dicha sintomatología en los últimos seguimientos y demostrando de esta manera la eficacia de la terapia en cuestión a corto plazo para ambos, pero no a largo plazo para los familiares. (27)

En cuanto al resto de variables analizadas se observó que con respecto a la carga del cuidador se consiguió una reducción mayor y con una mayor perpetuidad en el tiempo en el grupo de TEA; y que con respecto a las habilidades de afrontamiento de los participantes, se consiguió un aumento rápido de las mismas en aquellos que pertenecían al grupo intervención, a diferencia de los participantes del grupo control en los cuales se produjo una ligera disminución de estas. (27)

No se ha podido encontrar otros estudios relacionados con esta terapia en relación al manejo de la depresión en pacientes seropositivos y sus familiares, sin embargo, en la revisión sistemática de Henken T et al. mencionada en la GC AUGE sobre la depresión, en la cual se pretendía analizar la eficacia de una terapia familiar sobre el tratamiento de los síntomas depresivos en personas (seronegativas) de cualquier edad, se pudo observar

que sus resultados estaban en contraposición con los obtenidos en el estudio de Li L et al., ya que no fueron concluyentes dada la heterogeneidad y disparidad de los resultados obtenidos en sus investigaciones analizadas. (44)

3. Terapias cognitivo-conductuales.

Esta intervención está recomendada por diversas Guías de Práctica Clínica para el tratamiento de la depresión mayor de intensidad leve, moderada y grave, con diferente número de sesiones y de duración en función de la gravedad de la misma, siendo el tratamiento psicológico de elección en la depresión moderada-grave, aquellas situaciones en la que la respuesta de los pacientes a otras intervenciones es inadecuada o aquellas situaciones en las que la persona presenta una historia previa de recaídas o de presencia de síntomas residuales (2).

En esta línea encontramos el estudio ECA a gran escala de Brown L.K et al. y el estudio piloto de Uebelacker L.A et al., en los cuales se pretende determinar la eficacia de una intervención de TCC adaptada a los participantes de estudio y combinada con tratamiento farmacológico para la disminución de síntomas depresivos en personas que viven con VIH en EEUU (28) (29), y para la mejora del dolor (29), de la desesperanza y la satisfacción con la vida, de la adherencia al TAR, del recuento de linfocitos T-CD4 y de la carga viral de los mismos (28); así como determinar la viabilidad y aceptabilidad de dicha intervención (29).

Al finalizar las intervenciones se pudo apreciar una mejora de la sintomatología depresiva de los participantes pertenecientes a ambos grupos (intervención y control) de ambos estudios, sin embargo, la disminución conseguida fue significativamente mayor en los grupos de TCC que en los grupos placebo de control, efectos los cuales fueron mantenidos en los seguimientos posteriores a largo plazo, demostrando de esta forma la eficacia de la terapia en cuestión combinada con tratamiento farmacológico antidepresivo para el manejo de la depresión en los pacientes con VIH/SIDA tanto a corto como a largo plazo. (28) (29)

En cuanto al resto de las variables analizadas, la intervención de TCC resultó ser de gran aceptabilidad y utilidad para los participantes, los cuales mostraron una gran satisfacción al final de la misma (29); además dicha terapia también resultó ser eficaz para la disminución de la desesperanza, para la disminución de la carga viral (conseguida en

ambos grupos sin la existencia de una diferencia estadísticamente significativa entre ambos y posiblemente debida a la mejora de la salud general con la disminución de los síntomas depresivos) (28), y para la disminución del dolor, sin embargo, en este último, la disminución fue menor en el grupo de la TCC que en el grupo control, debido según los autores a la actividad con ejercicio incluida en la terapia, la cual pudo haber limitado la disminución de las puntuaciones de dolor a corto plazo (sin embargo se espera una mejora del mismo a más largo plazo) (29). Por otro lado, no se pudieron apreciar diferencias estadísticamente significativas en relación con la adherencia al TAR y el recuento de linfocitos T-CD4 entre el grupo de TCC y el grupo placebo al principio y al final de la intervención, lo cual pudo estar relacionado según los investigadores con el pequeño tamaño muestral del estudio de Brown L.K et al. y la buena adherencia al TAR referida por los participantes al inicio del mismo (28).

Los resultados obtenidos en estos artículos en relación con la disminución de los síntomas depresivos en los pacientes seropositivos, están en consonancia con otros estudios como las revisiones sistemáticas de Lofgren S.M et al. y de Sherr L et al., en cuyos resultados se muestra que dentro de las terapias psicológicas analizadas, aquellos estudios que llevaron a cabo la TCC para la disminución de la sintomatología depresiva en pacientes con VIH/SIDA, presentaban una mayor disminución de dichos síntomas (sobre todo si se combinaba dicha terapia con tratamiento antidepresivo) (41) (42). Estos resultados se apoyan además en las recomendaciones que establece la organización GeSIDA, la cual considera que aquellas intervenciones psicológicas que incorporan técnicas cognitivo-conductuales como la reestructuración cognitiva, resultan ser de gran eficacia para la disminución de la sintomatología depresiva en dichos pacientes (21).

4. Terapias de resolución de problemas.

Este tipo de intervención es considerada como una intervención psicológica de alta intensidad, la cual está recomendada por diversas Guías de Práctica Clínica para el manejo de la depresión mayor de intensidad moderada. (2) (45)

En relación con la misma encontramos el ECA de Abas M et al., en el cual se pretende evaluar la factibilidad, aceptabilidad y eficacia de una terapia de resolución de problemas llamada *TENDAI* llevada a cabo por profesionales no especializados en salud mental capacitados previamente, para la mejora de la depresión, la adherencia al TAR, la carga

viral, y el recuento de linfocitos T-CD4 en pacientes con VIH que viven en Zimbabwe (África Subsahariana). (30)

La intervención a estudio resultó ser de gran aceptabilidad por parte de los participantes del mismo, sin embargo, la fiabilidad del estudio disminuyó progresivamente después de las dos primeras sesiones. (30)

Tras la intervención se pudo observar una disminución de los síntomas depresivos tanto en los participantes del grupo *TENDAI* como en aquellos pertenecientes al grupo placebo de control, aunque esta fue ligeramente superior en el grupo intervención. Este hecho pudo estar relacionado, según refieren los autores, con la contaminación del grupo control al haber proporcionado a los participantes del mismo más información, ayuda y atención de la que se había establecido previamente además de la puesta en marcha en este grupo de algunas de las habilidades enseñadas en el grupo *TENDAI* (referido por los asesores del grupo). (30)

Con respecto al resto de variables analizadas se pudo observar una mejora en la adherencia al TAR en los participantes de ambos grupos (sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos), posiblemente relacionado con la contaminación del grupo control, la disminución progresiva de la fidelidad, y el reclutamiento de nuevos “consejeros/terapeutas” con falta de adiestramiento sobre la terapia (tras la reubicación de los terapeutas adiestrados inicialmente por las matronas del hospital). Mientras que en relación con la carga viral y el recuento de linfocitos T-CD4, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos al inicio y al final del estudio. (30)

En relación con los resultados de la mejora de los síntomas depresivos, estos están en consonancia con otras investigaciones como la de Chibanda et al. mostrada en la Revisión sistemática de Lofgren S.M et al., la cual fue llevada a cabo en Zimbabwe (África) en el año 2011 y en la que se mostró también la eficacia de la terapia de resolución de problemas llevada a cabo por profesionales no especializados en salud mental capacitados previamente para la disminución de la sintomatología depresiva en los pacientes con VIH que vivían en la zona, observándose en el grupo intervención de dicho estudio, una reducción ponderada de los síntomas depresivos del 43%. (41)

Todos estos datos pueden hacernos pensar que la terapia de resolución de problemas puede resultar efectiva para la disminución de los síntomas depresivos en las personas con diagnóstico de VIH que viven en zonas de bajos recursos socioeconómicos, y que

además, puede resultar efectiva si es llevada a cabo por profesionales no especializados en salud mental capacitados previamente.

5. Terapias con ejercicio físico.

El ejercicio físico está recomendado por diversas Guías de Práctica Clínica para el tratamiento de la depresión menor o de la depresión mayor de intensidad leve-moderada. (45)

Este tipo de terapia, concretamente la terapia con ejercicio físico aeróbico, ha demostrado en diversos estudios previos (como es el caso de las investigaciones de Hand GA et al., MacArthur RD et al., Thoni GJ et al. y LaPerriere A et al., mencionadas en el estudio de Jagers JR et al. (31)) ser eficaz en la mejora de la función física, la capacidad cardiorrespiratoria, el estado inmunológico, la actividad metabólica, la calidad de vida y la reducción de los síntomas de ansiedad y depresión en las personas con diagnóstico de VIH/SIDA (31). Además, dicha terapia resulta de gran utilidad y eficacia para los adultos mayores que viven con esta patología, ya que, además de los beneficios anteriormente mencionados, se ha demostrado en investigaciones previas (como la de Ress et al mencionada en el estudio de Shah K.N et al. (32)) que consigue disminuir la fragilidad de los mismos, la cual está agravada por los altos niveles de depresión y los bajos niveles de actividad física y está asociada a su vez a una elevada morbilidad, este último aspecto cobra especial relevancia, ya que se ha visto que la presencia del VIH/SIDA supone la aparición de signos de envejecimiento más precoces en las personas que la padecen en comparación con la población general, así como el desarrollo de una mayor fragilidad y reducción de la actividad física a edades tempranas (32).

En esta línea encontramos el estudio ECA de Jagers JR et al. y de Shah K.N et al., los cuales pretenden determinar el efecto del ejercicio físico (aerobio y de resistencia) sobre la depresión, el estrés, la angustia, la autoestima, la calidad de vida y la función física de las personas que viven con VIH en EEUU (31) (32), así como evaluar el efecto de la intervención de asesoramiento sobre la actividad física llevada a cabo, sobre la autodeterminación de los participantes y la motivación autónoma de los mismos en relación con dicha actividad (32).

Al finalizar ambas intervenciones, se pudo observar que las terapias de ejercicio correspondientes a ambos estudios analizados resultaron eficaces para la disminución de

los síntomas depresivos a corto plazo de los participantes del grupo intervención en comparación con los del grupo control (31) (32). Y que además, resultaron eficaces para la mejora de la capacidad cardiorrespiratoria de los participantes, su condición física y su calidad de vida general (31); así como para la mejora de los niveles y la función de actividad física de los participantes, y la autodeterminación y motivación autónoma de los mismos en relación al ejercicio (32).

Estos resultados están en consonancia además con los resultados observados en la revisión sistemática de Sanaz Nosrat J et al., en la cual se analizó el efecto del ejercicio físico sobre la disminución de los síntomas depresivos en participantes que viven con VIH en EEUU, y en la que se pudo apreciar que tanto el ejercicio físico aeróbico por un lado como el de resistencia por otro, resultaron ser eficaces independientemente de la intensidad de los mismos para la mejora de los síntomas depresivos y de otras variables como la calidad de vida, los síntomas autoinformados de VIH, y la satisfacción con la vida de los participantes, además, en los resultados de dicha revisión se pudo apreciar también que la mejora de dichos síntomas era aún mayor cuando se combinaban ambas terapias de ejercicios (43). Similares fueron los resultados de los artículos sobre el ejercicio físico analizados en la revisión sistemática de Lofgren S.M et al., en los que se pudo apreciar una mejora de la función pulmonar y de los síntomas depresivos en las personas con VIH que vivirían en zonas con bajos recursos socioeconómicos en África (41).

Sin embargo, a pesar de las mejoras conseguidas con la intervención de ejercicio (anteriormente mencionadas), no se pudo observar una disminución de la angustia y fatiga de los participantes ni de sus niveles de estrés, no obstante, en relación con estos últimos se pudo apreciar un aumento de los mismos en los participantes del grupo control (lo que sugiere que el ejercicio puede prevenir aumentos en el estrés percibido de las personas con VIH) (31). Además, tampoco se consiguió modificación alguna en la competencia y el placer experimentado por los participantes con respecto a la actividad física (probablemente debido, según refieren los investigadores, a la corta duración de la intervención del estudio de Shah K.N et al., al pequeño tamaño muestral del mismo y/o a la elevada puntuación inicial de competencia percibida por los participantes) (32).

6. Terapias a través de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs).

La utilización de TICs para proporcionar salud y servicios de atención médica a distancia

recibe el nombre de Telesalud, concepto el cual engloba a numerosas disciplinas como es el caso de la Telepsiquiatría, Telemedicina o Telepsicología. Esta última se puede definir como el *“uso de tecnologías de las telecomunicaciones para poner en contacto a los pacientes con los profesionales de la salud, con el propósito de hacer posible un diagnóstico efectivo, educación, tratamiento, consultas, transmisión y almacenamiento de datos médicos del paciente, investigación y otras actividades relacionadas con la provisión de los cuidados de salud”*. (46)

A pesar de la eficacia demostrada sobre las terapias psicológicas y psicosociales llevadas a cabo cara a cara en el contexto del manejo de la depresión en los pacientes que viven con VIH/SIDA a corto y largo plazo, se ha observado que la tasa de abandono y de desgaste de las mismas es muy elevada en algunas ocasiones, debido a diversas barreras encontradas por los participantes como es el caso de la falta de tiempo, la falta de servicios de asistencia disponible, la accesibilidad de los mismos, la falta de profesionales de salud mental, la falta de recursos económicos, la presencia de una discapacidad o minusvalía física, el cuidado de los hijos o de una persona en situación de dependencia, el estigma que supone acudir a una clínica de salud mental, etc., las cuales dificultan el inicio o mantenimiento del tratamiento psicológico presencial. (33) (34) (46)

Ante estas barreras existentes, las TICs constituyen una posible alternativa a las terapias presenciales, las cuales pueden ser administradas a través de diversas herramientas como el ordenador, la televisión, el teléfono, la agenda PDA, etc.; y las cuales suponen una forma de superar las distancias geográficas que separan a los pacientes y los profesionales, de aumentar la confidencialidad y de proporcionar apoyo emocional e informativo a aquellas personas que viven en zonas poco accesibles. (33) (46)

En estudios previos se ha demostrado que este tipo de terapias resultan eficaces tanto para la disminución de los síntomas depresivos como para la disminución de las tasas de abandono y desgaste de los participantes (como es el caso del meta-análisis de Mohr et al mencionado en el estudio de Heckman T.G et al (33)), sin embargo, en el contexto de los pacientes con VIH/SIDA, los resultados de estudios previos en relación con la eficacia de las mismas para la mejora de la sintomatología depresiva no fueron concluyentes, ya que por un lado se encuentran investigaciones (como el estudio de Stein MD mencionado en el estudio de Heckman T.G et al (34)) en las que la intervención no resultó ser eficaz, y por otro lado se encuentran otras investigaciones (como el estudio de Lovejoy TI mencionado en el estudio de Heckman T.G et al (34)) las cuales si resultaron ser eficaces. (33) (34)

En esta línea encontramos tres estudios ECA de Heckman T.G et al. en los que se llevaron a cabo una terapia interpersonal administrada a través del móvil (33) (34) (35), otro ECA del mismo autor en el que se llevó a cabo una terapia grupal de afrontamiento y otra de apoyo grupal a través del móvil (36), y el estudio de Schnall R et al., en el que se llevó a cabo una terapia de asesoramiento sobre las estrategias de autocuidado ante diferentes síntomas asociados al VIH a través de una aplicación móvil (MVIP) (37); y en los cuales se pretendía evaluar la eficacia de dichas terapias sobre la mejora de la sintomatología depresiva (33) (34) (36) (37), los problemas interpersonales y el apoyo social percibido por la persona (33) (34), la calidad de vida, la adherencia al TAR y otros síntomas asociados al VIH (ansiedad, tos, diarrea, dificultad para quedarse dormido, dificultad para recordar, mareos, fatiga, fiebre/escalofríos/sudores, náuseas o vómitos, neuropatía, problemas de piel, pérdida de peso) (37), así como conocer los factores que influyen en la disminución de los síntomas depresivos (35) (36).

Al finalizar dichas intervenciones se pudo apreciar que todas ellas habían resultado ser eficaces para la disminución de la sintomatología depresiva de sus participantes (33) (34) (35) (36) (37). En el caso de la terapia interpersonal esta mejora fue observada tanto a corto plazo (33), como a largo plazo (34), y la cual estuvo relacionada con la disminución simultánea de los problemas interpersonales (de manera directa e indirecta a través de la disminución de la angustia personal relacionada con la evitación social) y con el efecto de la alianza terapéutica conseguida en la intervención (de manera indirecta a través de la disminución de la evitación social) (35). Por otro lado, en relación con la terapia grupal se apreció una mejora de dichos síntomas depresivos en trayectorias diferentes, ya que el 30% de los participantes obtuvieron una mejora significativamente mayor en las primeras semanas de la terapia, el 16% de los participantes obtuvieron una mejora significativamente mayor en las últimas semanas, y el 53% no consiguieron mejora alguna en su sintomatología depresiva, estos resultados se vieron influidos según los autores por diversos factores entre los que se encuentran la cohesión grupal, la similitud entre los miembros del grupo, el género de los participantes y los años vividos con VIH y la presencia de SIDA (los pacientes con más años vividos con esta patología mejoran menos, probablemente debido a diferentes causas de la depresión en comparación con las personas con menos años vividos con VIH) (36).

Estos resultados muestran por lo tanto la eficacia de las intervenciones a través de las TICs (concretamente de las terapias interpersonales, grupales y de asesoramiento llevadas

a cabo a través del teléfono móvil) para la mejora de la sintomatología depresiva de los pacientes que viven con VIH/SIDA.

Con respecto al resto de variables estudiadas se pudo apreciar una mejoría de los problemas interpersonales a corto plazo en el grupo de la terapia interpersonal (33) (34); así como una mejoría a corto plazo en la adherencia al TAR y en 12 de los 13 síntomas asociados al VIH con la intervención de asesoramiento, siendo dicha mejoría significativamente mayor en los síntomas de depresión, ansiedad, neuropatía, fiebre y pérdida de peso (37). Además, se pudo comprobar que todas las intervenciones llevadas a cabo resultaron ser de gran aceptabilidad y utilidad por parte de los participantes de los estudios, ya que la mayor parte de ellos completaron las sesiones y evaluaciones posteriores, demostrando de esta forma ser unas intervenciones útiles para la disminución de las tasas de desgaste y de abandono de los participantes (33) (34) (36) (37).

Sin embargo, a pesar de estas mejoras, no se obtuvo cambio alguno en relación con el apoyo social percibido por la persona ni a corto ni a largo plazo en los estudios de la terapia interpersonal, probablemente asociado, según los autores, con la brevedad de la intervención, o con la existencia de pocos apoyos sociales y la dificultad de acceso a los mismos en el entorno geográfico estudiado (33) (34); ni se consiguió tampoco una mejora de la calidad de vida percibida por los participantes con la intervención de asesoramiento, hecho el cual puede estar asociado según los investigadores, con la buena calidad de vida que presentaban los pacientes al inicio del estudio a pesar de vivir con la infección (37).

En relación con este tipo de terapias llevadas a cabo en el contexto de los pacientes con depresión y diagnóstico de VIH/SIDA, no se han podido encontrar otros estudios ECAs en las diferentes bases de datos consultadas, sin embargo, en la revisión sistemática de Vázquez F.L et. al, en la cual se pretendía analizar los ECAs que evaluaran la eficacia de intervenciones psicológicas administradas a través del teléfono móvil para el manejo de los trastornos depresivos en participantes seronegativos, se pudo observar que a pesar de la heterogeneidad de sus intervenciones, los resultados tendían a ser positivos, demostrando de esta manera que este tipo de intervenciones suponen una alternativa adecuada a las terapias presenciales, con una eficacia equivalente a las mismas en relación con la disminución de la sintomatología depresiva y con una amplia aceptación y satisfacción por parte de los participantes. (46).

7. Otras terapias no farmacológicas.

Además de las intervenciones ya mencionadas, se han podido encontrar otros tipos de intervenciones no farmacológicas dirigidas al tratamiento de la depresión en los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA, como es el caso de las investigaciones de Bremner M.N et al., de Moskowitz J.T et al. y de Nyamathi A et al., en las cuales se llevaron a cabo respectivamente una terapia de Reiki en combinación con musicoterapia (38), una intervención de habilidades de efecto positivo (IRISS) (39), y una intervención sociosanitaria acreditada (ASHA-life) (40), y en las que, además del efecto de estas terapias sobre la depresión (38) (39) (40), se pretende evaluar su efecto sobre otras variables como el dolor, la ansiedad, el estrés, diversas variables fisiológicas (Hb, FC, TA, cortisol) (38), los efectos positivos, la severidad de los síntomas físicos del VIH/SIDA, la adherencia al TAR, el recuento de linfocitos T-CD4 y la carga viral (39).

En estudios previos se han demostrado que estas terapias resultan beneficiosas para la mejora diversos factores, como es el caso de la mejora de la respiración diafragmática profunda y la disminución del dolor, la ansiedad, la depresión y el estrés con el Reiki (mostrada en los estudios de Wardell et al. y de Pierce et al. mencionados en la investigación de Bremner M.N et al. (38)); o la mejora de los estados positivos y la disminución de los estados negativos en aquellas personas que padecen depresión u otras patologías físicas o psicológicas con la intervención de habilidades de efecto positivo (mostrada en los estudios de Bolier et al., Lyubomirsky et al. y Charlson et al., los cuales se mencionan en la investigación de Moskowitz J.T et al. (39)). Sin embargo, todas ellas son intervenciones que cuentan con pocos estudios previos en el contexto de los pacientes que viven con VIH/SIDA, y que debido a su novedad, los pocos estudios existentes cuentan con diversas deficiencias metodológicas. (38) (39) (40)

Al finalizar las intervenciones en cuestión se pudo apreciar que tanto la terapia con Reiki (38) como la intervención de ASHA-life (40), produjeron resultados eficaces para la disminución de la sintomatología depresiva de sus participantes, consiguiendo una mayor disminución de dichos síntomas en comparación con los participantes de los grupos control de ambos estudios. Estos resultados muestran por lo tanto la eficacia de ambas terapias a corto plazo para el manejo de la depresión en los participantes con VIH, además, en el caso de la intervención con Reiki, dicha mejora fue mantenida a lo largo del tiempo, demostrando también la eficacia de la misma a largo plazo. Por el contrario, la intervención IRISS (39) a pesar de conseguir una ligera disminución de los síntomas

depresivos de los participantes pertenecientes al grupo intervención, esta disminución no fue estadísticamente significativa, hecho el cual pudo estar asociado a su vez con el escaso efecto de la misma sobre los efectos positivos, sin embargo, se pudo apreciar que dicha sintomatología iba disminuyendo progresivamente conforme pasaba el tiempo y aumentaban a su vez los efectos positivos.

En relación con el resto de las variables analizadas se pudo observar que la terapia de Reiki con musicoterapia (38) resulto eficaz además para la mejora del dolor y la ansiedad de los participantes tanto a corto como a largo plazo, y para la mejora del estrés referido por los mismos a corto plazo, sin embargo, dicha terapia no consiguió mejorar los resultados de las variables fisiológicas analizadas (TA, FC), lo cual pudo ser debido según los autores del estudio a los rangos normales que presentaban los participantes en relación con dichas variables al inicio del mismo. (38)

Por otro lado, la intervención IRISS (39) consiguió una mayor disminución de los pensamientos negativos asociados al VIH/SIDA y de la severidad de los síntomas de la infección en los participantes que recibieron dicha terapia, así como una disminución a lo largo del tiempo de la carga viral y un ligero aumento del recuento de linfocitos T-CD4, sin embargo, no se observaron cambios estadísticamente significativos en relación a los efectos positivos (probablemente asociado, según los autores, a la ausencia de terapeutas diferentes en el grupo de IRISS y el grupo control, y la falta de adaptación de la intervención a los participantes del estudio), ni cambios en las dosis olvidadas de TAR y el uso de antidepresivos al final del mismo (en estas últimas, en el grupo control se apreció un aumento del número de olvidos del TAR y del uso de antidepresivos). A pesar de ello, al igual que ocurre con los síntomas depresivos, los efectos de la terapia sobre los efectos positivos parecen aumentar progresivamente con cada evaluación de seguimiento realizada, hecho el cual pudo estar relacionado según los autores, con la incorporación por parte de los participantes de las habilidades enseñadas a la vida cotidiana. (39)

Resulta importante destacar, además, que no ha sido posible encontrar otros estudios sobre el efecto de las intervenciones en cuestión en las bases de datos consultadas para el abordaje de la sintomatología depresiva en los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA.

5. Limitaciones y futuras líneas de investigación

A pesar de la eficacia encontrada en relación con la mejora de la sintomatología depresiva en los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA (entre otras variables) a través del desarrollo y ejecución de las terapias ya mencionadas, resulta importante destacar una serie de limitaciones en los diversos estudios analizados las cuales pueden afectar tanto a la fidelidad de los resultados obtenidos como a la posibilidad de extrapolarlos a otras poblaciones, como es el caso de la existencia de un tamaño muestral reducido en algunos de los estudios; la falta de ponderación de las muestras de algunas de las investigaciones en relación a diversas variables como el sexo, la adherencia al TAR, la vía de contagio del VIH/SIDA o los años vividos con dicha patología; la falta de datos sobre el estatus de VIH/SIDA de los participantes de algunos de los estudios analizados o sobre la toma o no de antidepresivos concomitantes a la terapia; el no establecimiento de la depresión como criterio de inclusión en algunos de los mismos; la falta de evaluación del efecto de algunas de las terapias a largo plazo; la utilización de diferentes escalas de medición de la sintomatología depresiva entre unos estudios y otros; la contaminación del grupo control en algunos casos así como la posible interacción de los participantes estudiados con otros factores ajenos a la terapia; el reclutamiento de terapeutas poco adiestrados; y la elevada pérdida de participantes durante los seguimientos.

En cuanto a las futuras líneas de investigación, es conveniente el desarrollo de nuevas investigaciones que intenten solventar algunas de las limitaciones anteriormente señaladas, así como el desarrollo de nuevos estudios que evalúen el efecto y/o eficacia de las terapias en grupos de población diferentes a los estudiados (en relación con el sexo de los participantes, la edad de los mismos, sus recursos socioeconómicos, su nivel educativo y su zona geográfica) y que evalúen la posible implementación y ejecución de las mismas por parte de enfermeras/os capacitados previamente, lo cual resulta de gran importancia para el abordaje de dicho trastorno en ámbitos como la Atención Primaria.

6. Conclusiones

- Las intervenciones analizadas resultaron ser eficaces para la disminución de la sintomatología depresiva de los pacientes con VIH/SIDA, a excepción de la terapia de habilidades de efecto positivo cuyos resultados a corto plazo no fueron estadísticamente significativos.
- Las terapias cognitivo-conductuales son las intervenciones psicológicas más recomendadas y eficaces para la mejora de la depresión en los pacientes seropositivos.
- La implementación de la terapia de resolución de problemas, la terapia familiar, las terapias con ejercicio y la terapia con Reiki por parte de profesionales no especialistas en salud mental resultaron ser eficaces para la disminución de la depresión.
- Las terapias grupales resultaron eficaces además para la mejora de la autoestima de los participantes, su actividad funcional y su estado psicológico general, sin embargo, en relación con el apoyo social percibido, los resultados obtenidos son controvertidos, al conseguir una mejoraría en uno de los estudios y no observarse cambios significativos en el otro.
- La terapia familiar resulta de gran importancia dado los efectos negativos que tiene la comorbilidad de la depresión en los pacientes seropositivos sobre los familiares y/o cuidadores principales. En el caso de la terapia familiar analizada, además de mejorar la depresión de los participantes con VIH y sus familiares, resultó eficaz para la mejora de las capacidades de afrontamiento y la carga del cuidador de los mismos.
- Las terapias cognitivo-conductuales analizadas consiguieron también una disminución de la desesperanza, de la carga viral y del dolor de los participantes, sin embargo, no consiguieron mejoría alguna en relación a la adherencia al TAR y el recuento de linfocitos T-CD4 de los mismos.
- La terapia de resolución de problemas consiguió además de la disminución de los síntomas depresivos, una mejora en la adherencia al TAR de los participantes, sin embargo, no consiguió mejora alguna en relación con la carga viral o el recuento de linfocitos T-CD4.
- Las terapias con ejercicio físico resultaron eficaces, además para la mejora de la capacidad cardiorrespiratoria de los pacientes, su condición física y su calidad de vida general, así como para la prevención de un aumento en los niveles de estrés de los

mismos, sin embargo, no consiguieron mejora alguna en los niveles angustia y fatiga, ni la competencia y el placer experimentado con respecto a la actividad física.

- Las intervenciones a través de las TICs son una alternativa adecuada para la mejora de la depresión en los pacientes seropositivos y para la disminución de las tasas de abandono de la terapia por parte de los participantes. Además, las intervenciones TICs analizadas mostraron ser eficaces también para la mejora de los problemas interpersonales, la adherencia al TAR y otros de los síntomas asociados al VIH/SIDA, sin embargo, no fueron eficaces para la mejora del apoyo social percibido ni la calidad de vida percibida.
- El Reiki con musicoterapia resulto eficaz no solo para la mejora de la depresión, sino también para la mejora del dolor, la ansiedad, y el estrés de los pacientes, a pesar de no conseguir cambio alguno en relación con las variables fisiológicas de TA y FC.
- La intervención de habilidades de efecto positivo, a pesar de no conseguir cambios significativos a corto plazo en relación con la sintomatología depresiva de los participantes, consiguió una mejora de los pensamientos negativos asociados al VIH/SIDA, de la severidad de los síntomas de la infección, de la carga viral y del recuento de linfocitos T-CD4 de los mismos.

7. Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Depresión [Sede Web]. España: who.int; [fecha de actualización 2019]. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
2. Grupo de trabajo de la GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. España; 2014.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: con glosario y criterios diagnósticos de investigación. 10ª Ed. España: Editorial Médica Panamericana; 2000.
4. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5ª Ed. España: Arlington, VA. Asociación Americana de Psiquiatría; 2014.
5. Sociedad española de psiquiatría. Depresión [Sede Web]. España: sepsiq.org; [fecha de actualización 2015]. [Internet]. Disponible en: <http://www.sepsiq.org/informacion/noticia/la-depresion-es-mas-que-nunca-un-reto-para-la-salud-publica-en-europa/392>
6. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud: España 2017 [Sede Web]. España: Mscbs.gob.es; [fecha de actualización 2018]. [Internet]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf
7. Ascasam.org. Plan de salud 2013-2018: Estrategia de salud mental [Sede Web]. Cantabria, España: Ascasam.org; [fecha de actualización 2013]. [Internet]. Disponible en: <https://ascasam.org/images/interes/Proyecto.pdf>
8. de Pedro Cuesta J, Noguez Zambrano I, García López F, Rodríguez Blázquez C, et al. Salud mental y salud pública en España: Vigilancia epidemiológica y prevención. Madrid, España: Centro Nacional de Epidemiología; 2016.

9. Organización Mundial de la Salud (OMS). VIH/SIDA [Sede Web]. España: who.int; [fecha de actualización 2019]. [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/topics/hiv_aids/es/
10. Codina C, Martín M, Ibarra O. La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. En: Farmacia Hospitalaria. Tomo II. Madrid, España: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2002. p. 1493-1516.
11. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. Madrid, España; 2014.
12. Sánchez-Fernández M.D.; Tomateo-Torvisco D.; Síndromes psiquiátricos en personas infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana: una revisión breve. Rev Neuropsiquiatr. Lima, Perú. 2014; 77 (2).
13. ONUSIDA. Hoja Informativa: Estadísticas Mundiales sobre el VIH 2017 [Sede Web]. España: Unaid.org; [fecha de actualización 2018]. [Internet]. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
14. Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2017: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - D.G. de Salud Pública, Calidad e Innovación/Centro Nacional de Epidemiología – ISCIII. Madrid, España; 2018.
15. Masia M, Padilla S, Alvarez D, Lopez JC, Santos I, Soriano V, et al. Risk, predictors, and mortality associated with non-AIDS events in newly diagnosed HIV-infected patients: role of antiretroviral therapy. Elche, Spain. 2013; 27 (2): 181-9.
16. Lambán Ibor, E.; Martínez Pagán E.; López Lapuerta C.; et al. ¿Es importante valorar la Ansiedad y la Depresión en población con VIH? Rev Multidisciplinar del SIDA. Zaragoza, España. 2015; 1 (4).
17. del Amo J.; Brañas F.; Serrano S.; Morillo R.; Marrugat J.; Fernández E.; et al. VIH en España 2017: Políticas para una nueva gestión de la cronicidad, más allá del control virológico. Madrid, España: Ed. Fundación Gaspar Casal; 2017.
18. Wolff L.C.; Alvarado M.R; Wolff R.M; Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. Rev Chil Infect. Santiago, Chile. 2010; 27 (1): 65-74.

19. Salazar L.M.; de la Hoz A.; Ruiz Gaviria R.; et al. Trastornos neuropsiquiátricos en la población con VIH: una revisión narrativa. *Univ Med. Colombia*. 2017; 58 (1): 1-18.
20. Ayuso Mateos J.L.; Gómez del Barrio J.A.; Trastornos neuropsiquiátricos asociados a la infección por VIH. En: Barcia Salorio D. *Tratado de Psiquiatría*. España: Aran; 2000. p. 483-492.
21. Grupo de estudio del SIDA-SEIMC (GeSIDA). Documento de consenso sobre las alteraciones psiquiátricas y psicológicas en adultos y niños con infección por el VIH. España; 2015.
22. Blasco Hernández, T.; Otero García, L.; Olmedo Lucerón, M.^a C.; et al. VIH/SIDA en Baja Verapaz (Guatemala): una mirada cualitativa desde los y las profesionales de la salud. Madrid, España: Centro Nacional de Medicina Tropical - Instituto de Salud Carlos III; 2012.
23. NNNConsult.es. Taxonomía NANDA/NOC/NIC [Sede Web]. Madrid, España: ELSEVIER; [fecha de actualización 2019]. [Internet]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>
24. Nakimuli-Mpungu E.; Wamala K.; Okello J.; et al. Group support psychotherapy for depression treatment in people with HIV/AIDS in northern Uganda: a single-centre randomised controlled trial. *Lancet VIH*. Kampala, Uganda. 2015; 2: 190-199.
25. Nakimuli-Mpungu E.; Wamala K.; Okello J.; et al. Process Evaluation of a Randomized Controlled Trial of Group Support Psychotherapy for Depression Treatment Among People with HIV/AIDS in Northern Uganda. *Community Ment Health J*. Uganda. 2017; 53: 991-1004.
26. Petersen I.; Hanass Hancock J.; Bhana A.; et al. A group-based counselling intervention for depression comorbid with HIV/AIDS using a task shifting approach in South Africa: A randomized controlled pilot study. *Journal of Affective Disorders*. KwaZulu-Natal, South Africa. 2014; 158: 78-84.
27. Li L.; Ji G.; Liang L-J.; et al. Efficacy of a Multilevel Intervention on the Mental Health of People Living With HIV and Their Family Members in Rural China. *Health Psychology*. China. 2017; 36 (9): 863-871.

28. Brown L.K.; Kennard B.D.; Emslie G.J.; et al. Effective Treatment of Depressive Disorders in Medical Clinics for Adolescents and Young Adults living with HIV: A controlled trial. *J Acquir Immune Defic Syndr. EEUU.* 2016; 71 (1): 38-46.
29. Uebelacker L.A.; Weisberg R.B.; Herman D.S.; et al. Pilot randomized trial of collaborative behavioral treatment for chronic pain and depression in persons living with HIV/AIDS. *AIDS Behav. EEUU.* 2016; 20 (8): 1675-1681.
30. Abas M.; Nyamayaro P.; Bere T.; et al. Feasibility and Acceptability of a Task-Shifted Intervention to Enhance Adherence to HIV Medication and Improve Depression in People Living with HIV in Zimbabwe, a Low Income Country in Sub-Saharan Africa. *AIDS Behav. Zimbabwe.* 2018; 22: 86-101.
31. Jagers J.R.; Hand G.A.; Dudgeon W.D.; et al. Aerobic and Resistance Training Improves Mood State among Adults Living with HIV. *Int J Sports Med. New York, EEUU.* 2014.
32. Shah K.N.; Majeed Z.; Yoruk Y.B.; et al. Enhancing Physical Function in HIV-Infected Older Adults: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Health Psychology. EEUU.* 2016; 35 (6): 563-573.
33. Heckman T.G.; Devantes Heckman B.; Anderson T.; et al. Tele-Interpersonal Psychotherapy Acutely Reduces Depressive Symptoms in Depressed HIV-Infected Rural Persons: A Randomized Clinical Trial. *Behav Med. EEUU.* 2017; 43 (4): 285-295.
34. Heckman T.G.; Markowitz J.C.; Heckman B.D.; et al. A randomized clinical trial showing persisting reductions in depressive symptoms in HIV-infected rural adults following brief telephone-administered interpersonal psychotherapy. *ann. behav. med. EEUU.* 2018; 20: 1-10.
35. Anderson T.; McClintock A.S.; McCarrick S.S.; et al. Working Alliance, Interpersonal Problems, and Depressive Symptoms in Tele-Interpersonal Psychotherapy for HIV-infected Rural Persons: Evidence for Indirect Effects. *Journal of Clinical Psychology. EEUU.* 2018; 74 (3): 286–303.
36. Heckman T.G.; Devantes Heckman B.; Anderson T.; et al. Common Factors and Depressive Symptom Relief Trajectories in Group Teletherapy for Persons Ageing with HIV. *Clin. Psychol. Psychother. EEUU.* 2017; 24: 139–148.

37. Schnall R.; Cho H.; Mangone A.; et al. Mobile Health Technology for Improving Symptom Management in Low Income Persons Living with HIV. *AIDS and Behavior*. New York, EEUU. 2018; 22: 3373–3383.
38. Bremner M.N.; Blake B.J.; Wagner V.D.; et al. Effects of Reiki Music Compared to Music Only Among People Living With HIV. *JANAC*. Georgia, EEUU. 2016; 1-13.
39. Moskowitz J.T.; Carrico A.W.; Duncan L.G.; et al. Randomized Controlled Trial of a Positive Affect Intervention for People Newly Diagnosed With HIV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. EEUU. 2017; 85 (5): 409–423.
40. Nyamathi A.; Salem B.E.; Meyer V.; et al. Impact of an ASHA Intervention on Depressive Symptoms among Rural Women Living with AIDS in India: Comparison of the Asha Life and Usual Care Program. *AIDS Educ Prev. India*. 2012; 24 (3): 280-293.
41. Lofgren S.M.; Nakasujja N.; Boulware D.R.; Systematic Review of Interventions for Depression for People Living with HIV in Africa. *AIDS Behav. África*. 2018; 22:1-8.
42. Sherr L.; Clucas C.; Harding R.; et al. HIV and Depression - a systematic review of interventions. *Psychology, Health & Medicine*. London, UK. 2011; 16 (5): 493-527.
43. Sanaz Nosrat J.; Whitworth J.W.; Ciccolo J.T.; Exercise and mental health of people living with HIV: A systematic review. *Chronic Illness*. New York, EEUU. 2017; 1-21.
44. Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGE Depresión en personas de 15 años y más. Santiago, Chile: Serie Guías Clínicas MINSAL; 2013.
45. García-Herrera Pérez Bryan J.M.; Nogueras Morillas E.V.; Muñoz Cobos F.; et al. Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria. Málaga, España: Servicio Andaluz de Salud; 2011.
46. Vázquez F.L.; Torres A.; Blanco V. Intervenciones psicológicas administradas por teléfono para la depresión: una revisión sistemática y metaanálisis. *Rev Iberoamericana de Psicología y Salud*. Santiago de Compostela, España. 2015; 6: 39-52.
47. Rojo Santos E. Prevalencia de ansiedad y depresión en los pacientes con amputación de miembros inferiores de menos de un año de evolución. *Rev Nuberos Científica*. Cantabria, España. 2011; 1 (3): 14-20.

8. Anexos

Anexo 1: Escala Hospitalaria de la Ansiedad y Depresión (HADS)

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN				
<p>El siguiente cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a saber cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y marque la que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.</p>				
A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:	3) Casi todo el día <input type="checkbox"/>	2) Gran parte del día <input type="checkbox"/>	1) De vez en cuando <input type="checkbox"/>	0) Nunca <input type="checkbox"/>
D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:	0) Ciertamente igual que antes <input type="checkbox"/>	1) No tanto como antes <input type="checkbox"/>	2) Solamente un poco <input type="checkbox"/>	3) Ya no disfruto con nada <input type="checkbox"/>
A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:	3) Sí, y muy intenso <input type="checkbox"/>	2) Sí, pero no muy intenso <input type="checkbox"/>	1) Sí, pero no me preocupa <input type="checkbox"/>	0) No siento nada de eso <input type="checkbox"/>
D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:	0) Igual que siempre <input type="checkbox"/>	1) Actualmente algo menos <input type="checkbox"/>	2) Actualmente mucho menos <input type="checkbox"/>	3) Actualmente en absoluto <input type="checkbox"/>
A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:	3) Casi todo el día <input type="checkbox"/>	2) Gran parte del día <input type="checkbox"/>	1) De vez en cuando <input type="checkbox"/>	0) Nunca <input type="checkbox"/>
D.3. Me siento alegre:	0) Nunca <input type="checkbox"/>	1) Muy pocas veces <input type="checkbox"/>	2) En algunas ocasiones <input type="checkbox"/>	3) Gran parte del día <input type="checkbox"/>
A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a, tranquilo/a y relajado/a:	0) Siempre <input type="checkbox"/>	1) A menudo <input type="checkbox"/>	2) A veces <input type="checkbox"/>	3) Nunca <input type="checkbox"/>
D.4. Me siento lento/a y torpe:	3) Gran parte del día <input type="checkbox"/>	2) A menudo <input type="checkbox"/>	1) A veces <input type="checkbox"/>	0) Nunca <input type="checkbox"/>
A.5. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago:	0) Nunca <input type="checkbox"/>	1) Sólo en algunas ocasiones <input type="checkbox"/>	2) A menudo <input type="checkbox"/>	3) Muy a menudo <input type="checkbox"/>
D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:	1) Es posible que no me cuide como debiera <input type="checkbox"/>	3) Completamente <input type="checkbox"/>	2) No me cuide como debería hacerlo <input type="checkbox"/>	0) Me cuide como siempre lo he hecho <input type="checkbox"/>
A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:	3) Realmente mucho <input type="checkbox"/>	2) Bastante <input type="checkbox"/>	1) No mucho <input type="checkbox"/>	0) En absoluto <input type="checkbox"/>
D.6. Espero las cosas con ilusión:	0) Como siempre <input type="checkbox"/>	1) Algo menos que antes <input type="checkbox"/>	2) Mucho menos que antes <input type="checkbox"/>	3) En absoluto <input type="checkbox"/>
A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:	3) Muy a menudo <input type="checkbox"/>	2) Con cierta frecuencia <input type="checkbox"/>	1) Raramente <input type="checkbox"/>	0) Nunca <input type="checkbox"/>
D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:	0) A menudo <input type="checkbox"/>	1) Algunas veces <input type="checkbox"/>	2) Pocas veces <input type="checkbox"/>	3) Casi nunca <input type="checkbox"/>
<p>Puntuación HAD-A: 1) < 7 <input type="checkbox"/> 2) 8-10 <input type="checkbox"/> 3) > 11 <input type="checkbox"/> Puntuación HAD-D: 1) < 7 <input type="checkbox"/> 2) 8-10 <input type="checkbox"/> 3) > 11 <input type="checkbox"/></p>				

Fuente: Rojo Santos E. Prevalencia de ansiedad y depresión en los pacientes con amputación de miembros inferiores de menos de un año de evolución. Rev Nuberos Científica. Cantabria, España. 2011; 1 (3): 14-20. (47)

Anexo 2: Características y resultados de los artículos seleccionados

Autor y referencia bibliográfica	Tipo de estudio/ Lugar del estudio/ Año de publicación	Muestra del estudio (GC y GI)*	Objetivo del estudio	Resultados del estudio
Nakimuli-Mpungu E et al. (24)	Ensayo clínico aleatorizado/ Uganda/2015	109 participantes (GC: 52; GI: 57)	Evaluar los efectos de una terapia de apoyo grupal comparada con una intervención de educación grupal sobre el VIH en pacientes VIH+ con TDM.	Mejora de los síntomas depresivos, la autoestima, el apoyo social percibido y la actividad funcional de los participantes en ambos grupos de estudio (al final de la intervención), sin embargo, mayor reducción al final del seguimiento en los participantes del GI. Mayor optimismo terapéutico en el GI (alianza terapéutica similar en ambos grupos).
Nakimuli-Mpungu E et al. (25)	Ensayo clínico aleatorizado/ Uganda/2017	106 participantes (GC: 49; GI: 57)	Evaluar los factores que influyen en la disminución de los síntomas depresivos en las personas que viven con VIH a través de la psicoterapia de apoyo grupal.	Alta viabilidad y aceptabilidad de la intervención (fidelidad alterada). Además, gran interés y participación activa de los participantes del GI, cambio positivo en las emociones y comportamiento de los mismos, disminución del estigma percibido, aumento del apoyo y las conexiones sociales, y aumento de la adherencia al TAR.
Petersen I et al. (26)	Ensayo clínico aleatorizado/ Sudáfrica/2014	76 participantes (GC: 35; GI: 41)	Evaluar la eficacia de una intervención de asesoramiento grupal sobre VIH para el control de la depresión en personas con VIH.	Alta aceptabilidad y utilidad percibida de la intervención. Mayor reducción de los síntomas depresivos y mejora estado psicológico general en el GI; y no diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en relación con el apoyo social percibido.
Li L et al. (27)	Ensayo clínico aleatorizado/ China/ 2017	475 familias (GC: 238; GI: 237)	Evaluar el efecto de una intervención familiar para el abordaje de las necesidades específicas de los pacientes con VIH y sus familiares.	Disminución mayor y más rápida de los síntomas depresivos tanto en los pacientes como en los familiares del GI (menos duradera en el tiempo en los familiares). Mejora mayor y más rápida además en la carga del cuidador y en las habilidades de afrontamiento de los pacientes y familiares de dicho grupo.

Brown L.K et al. (28)	Ensayo clínico aleatorizado/ EEUU/ 2016	42 participantes (GC: 20; GI: 22)	Evaluar la eficacia de una TCC combinada con fármacos psicotrópicos y comparada con un tratamiento habitual en adultos jóvenes con VIH y depresión.	Mayor disminución de los síntomas depresivos y de la desesperanza al final de la intervención y en el seguimiento entre los participantes del GI. Disminución de la carga viral similar en ambos grupos. No cambios estadísticamente significativos en relación con la satisfacción con la vida, adherencia al TAR y niveles linfocitarios (en ambos grupos).
Uebelacker L.A et al. (29)	Ensayo clínico aleatorizado/ EEUU/ 2016	23 participantes (GC: 12; GI: 11)	Evaluar la viabilidad, aceptabilidad y eficacia de una intervención de TCC para disminuir el dolor y depresión en personas con VIH.	Alta aceptabilidad, satisfacción y utilidad percibida. Mayor disminución de los síntomas depresivos entre los participantes del GI al final de la intervención y del seguimiento, y mejora del dolor en ambos grupos (mayor en el GC del estudio).
Abas M et al. (30)	Ensayo clínico aleatorizado/ Zimbabwe/ 2017	32 participantes (GC: 18; GI: 14)	Evaluar la viabilidad, aceptabilidad y eficacia de una terapia de resolución de problemas para la adherencia al TAR y la depresión en personas con VIH.	Aceptabilidad alta y fidelidad baja a partir de la 2ª sesión. Disminución mayor de los síntomas depresivos en los participantes del GI. Mejora de la adherencia al TAR similar en ambos grupos. No diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en relación con la carga viral y el recuento linfocitario (carencia de datos).
Jaggers JR et al. (31)	Ensayo clínico aleatorizado/ EEUU/ 2014	59 participantes (GC: 23; GI: 26)	Evaluar el efecto de una terapia de ejercicio físico sobre los estados de ánimo, los síntomas de enfermedad y el estrés psicológico de personas con VIH.	Disminución de la depresión en las participantes del GI. Mejora de la capacidad cardiorrespiratoria, fuerza muscular, condición física y autoestima en el GI. Aumento de los niveles de estrés en los participantes del GC (no cambios en los del GI). No se observan cambios en relación con la frecuencia de los síntomas de VIH o la angustia asociada a los mismos ni en la fatiga.
Shah K.N et al. (32)	Ensayo clínico aleatorizado/ EEUU/	67 participantes (GC: 34;	Evaluar el efecto de una terapia de ejercicio físico y su asesoramiento sobre la función física, autonomía,	Mayor mejora de la depresión, de la calidad de vida, de la función física, de la autodeterminación de la actividad física, y de la motivación autónoma en los participantes del GI. No cambios en la competencia y

	2016	GI: 33)	motivación autónoma, depresión y calidad de vida en pacientes VIH+	placer experimentado con la actividad física en ninguno de los dos grupos.
Heckman T.G et al. (33)	Ensayo clínico aleatorizado/ EEUU/ 2017	132 participantes (GC: 62; GI: 70)	Evaluar la eficacia de una terapia interpersonal administrada a través del móvil para la disminución de los síntomas depresivos a corto plazo en pacientes con VIH.	Alta aceptabilidad y bajas tasas de abandono. Mayor mejora de los síntomas depresivos y de la gravedad de los problemas interpersonales en los participantes del GI. No cambios significativos en relación con el apoyo social percibido en ninguno de los dos grupos.
Heckman T.G et al. (34)	Ensayo clínico aleatorizado/ EEUU/ 2018	147 participantes (GC: 69; GI: 78)	Evaluar la eficacia de una terapia interpersonal administrada a través del móvil para la disminución de los síntomas depresivos a largo plazo en pacientes con VIH.	Alta aceptabilidad y bajas tasas de abandono. Mayor disminución de los síntomas depresivos en los participantes del GI al final de la intervención y del seguimiento. Mayor mejora de los problemas interpersonales en el GI al final de la intervención, pero no cambios significativos en el seguimiento. No cambios en el apoyo social percibido en ningún grupo ni al final de la intervención ni del seguimiento.
Anderson T, Heckman T.G et al. (35)	Ensayo clínico aleatorizado/ EEUU/ 2018	132 participantes (GC: 62; GI: 70)	Evaluar los factores de la terapia interpersonal administrada a través del móvil que influyen en la disminución de los síntomas depresivos de las personas con VIH	Disminución de la depresión de manera directa e indirecta a través de la mejora de los problemas interpersonales tratados en la terapia (sobre todo la evitación social); y a través del efecto indirecto de la alianza terapéutica de la terapia que reduce también la evitación social.
Heckman T.G et al. (36)	Ensayo clínico aleatorizado/ EEUU/ 2015	105 participantes (GI1: 50; GI2: 55)	Evaluar la trayectoria de disminución de los síntomas depresivos en adultos mayores con VIH a través de las terapias grupales administradas por el móvil.	Alta aceptabilidad y bajas tasas de abandono. Disminución de los síntomas depresivos en ambos GI en trayectorias diferentes (disminución de los síntomas depresivos en las primeras sesiones; en las últimas sesiones; o no disminución). La cohesión grupal y la similitud entre los grupos influyen en las trayectorias de disminución de la depresión (no

				influye la alianza terapéutica).
Schnall R et al. (37)	Ensayo clínico aleatorizado/ EEUU/ 2018	80 participantes (GC: 40; GI: 40)	Examinar el impacto del uso del móvil para la mejora de diversos síntomas asociados al VIH, así como la mejora de difusión de información e implementación.	Alta aceptabilidad y utilidad de la aplicación móvil. Disminución de 12 de los 13 síntomas analizados en los participantes del GI (sobre todo de la depresión, ansiedad, fiebre/escalofríos/sudores y pérdida de peso). Mayor disminución de las náuseas/vómitos en los participantes del GC (diferencia no significativa con el GI). Mejora además de la adherencia al TAR en el GI. No cambios en la calidad de vida percibida en ninguno de los dos grupos.
Bremner M.N et al. (38)	Ensayo clínico aleatorizado/ EEUU/ 2016	37 participantes (GC: 19; GI: 18)	Evaluar el efecto de una terapia de Reiki con música sobre el dolor, la ansiedad, el estrés y la depresión de las personas que viven con VIH.	Mayor disminución de los niveles de depresión y ansiedad en los participantes del GI al final de la intervención y del seguimiento. Mejora del dolor referido al final de la intervención y del seguimiento en el GI. Mejora del estrés percibido al final de la intervención. No cambios en relación con las variables fisiológicas.
Moskowitz J.T et al. (39)	Ensayo clínico aleatorizado/ EEUU/ 2017	159 participantes (GC: 79; GI: 80)	Evaluar el efecto de una intervención de habilidades de efecto positivo sobre aquellas personas recién diagnosticadas de VIH.	Alta viabilidad, aceptabilidad y utilidad percibida. Mayor disminución de los pensamientos negativos asociados al VIH en el GI así como de la severidad de los síntomas de VIH, la carga viral y la mejora del recuento linfocitario. No cambios estadísticamente significativos en relación con la depresión, los efectos positivos (mejora progresiva en los seguimientos), las dosis olvidadas de TAR y uso de antidepresivos en el GI. Aumento de las dosis olvidadas de TAR y uso de antidepresivos en el GC.
Nyamathi A et	Ensayo clínico	68 participantes	Evaluar el impacto de una intervención sociosanitaria	Alta aceptabilidad y utilidad percibida y bajas tasas de abandono. Mayor disminución de la sintomatología depresiva en los participantes del GI al

al. (40)	aleatorizado/ India/ 2012	(GC: 34; GI: 34)	acreditada en la reducción de los síntomas depresivos en mujeres con VIH/SIDA	final de la intervención (ligero aumento de dichos síntomas en el GC).
Lofgren S.M et al. (41)	Revisión Sistemática/ África/ 2018	18 artículos revisados	Evaluar las intervenciones para el manejo de la depresión en personas que viven con VIH/SIDA.	Se analizó el efecto de diversas terapias: psicoterapia (eficaces); terapias psicológicas administradas por profesionales no especialistas en salud mental (eficaces), antidepresivos (2 de 3 eficaces); antidepresivos y terapias administradas por personas no especialistas en salud mental (eficaces), ejercicio físico (eficaz); minociclina (no eficaz); intervenciones psicosociales (eficaces).
Sherr L et al. (42)	Revisión Sistemática/ UK/ 2011	90 artículos revisados	Examinar las intervenciones dirigidas al manejo de la depresión en las personas que viven con VIH/SIDA.	Se analizó el efecto de diversas terapias: intervenciones psicológicas (eficaces), fármacos psicotrópicos (eficaces menor medida); combinación de psicoterapia con fármacos psicotrópicos (más eficaces que solas); terapias físicas (resultados controvertidos); intervenciones psicológicas específicas para el VIH (eficaces), intervenciones psicosociales (controvertidas).
Sanaz Nosrat J et al. (43)	Revisión Sistemática/ EEUU/ 2017	24 artículos revisados	Investigar los efectos del ejercicio físico aerobio y de resistencia en la salud de las personas que viven con VIH.	Se analizó el efecto de diversas terapias: ejercicio físico aerobio (eficaces en general); ejercicio físico de resistencia (eficaces en general, aunque en menor medida); ejercicio de resistencia VS aerobio (mejor el ejercicio aerobio que el de resistencia); intervenciones combinadas de ambos ejercicios (mejor eficacia si se combinan) o combinadas con suplementos nutricionales (eficaces) o con tratamiento farmacológico (resultados mixtos).

Fuente: Elaboración propia. *GC: Grupo Control // GI: Grupo Intervención.