

Prevalencia de ansiedad, depresión y redes de apoyo social en pacientes con VIH/SIDA: estudio transversal

Prevalence of Anxiety, Depression and Social Support Networks in HIV/AIDS Patients: A Cross-Sectional Study

José Ángel Secundino-Rebolledo,* María de Jesús Sosa-Martínez,** Alfredo Josimar Lagarza-Moreno,**
Baltazar Joanico-Morales,**** María de los Ángeles Salgado-Jiménez,*****

Resumen

Objetivo: determinar la prevalencia de ansiedad, depresión e identificar las redes de apoyo social en pacientes con VIH/SIDA durante la pandemia por COVID-19, en un hospital de segundo nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). **Métodos:** estudio transversal analítico, participaron 420 pacientes VIH-positivos que acudieron a la Clínica de VIH del Hospital General Regional No.1 Vicente Guerrero, en Acapulco, México, de octubre 2021 a febrero 2022. Se aplicó una cédula sociodemográfica para obtener información general, la escala de Gráffar-Méndez Castellanos, escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) y el cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC-11. Con los datos obtenidos se realizó estadística descriptiva, análisis bivariado y regresión logística mediante Mantel-Haenszel. **Resultados:** la prevalencia de ansiedad fue 7.1% y depresión 5.2%. 89% de los pacientes percibió tener suficiente apoyo social total. Se encontró asociación entre depresión y recuento de linfocitos CD4 <500 células/mm³ (ORA 2.54, IC 95% 1.06-6.12), así como apoyo social total percibido insuficiente (ORA 15.98, IC 95% 7.68-33.22). **Conclusión:** nueve de cada diez pacientes percibió tener suficiente apoyo social total, lo cual puede tener relación con la baja prevalencia de ansiedad y depresión. Los conteos de linfocitos T CD4 por debajo 500 células/mm³ se asoció a presentar depresión. Las estrategias de apoyo social y el apego al tratamiento antirretroviral constituyen una pieza clave para el bienestar de la población que vive con VIH/SIDA durante y en la nueva normalidad de la pandemia de la COVID-19.

Palabras clave: ansiedad, depresión, apoyo social, VIH, COVID-19.

*Unidad de Medicina Familiar No. 26. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guerrero, México.

**Unidad de Medicina Familiar No. 9, Instituto Mexicano del Seguro Social. Guerrero, México.

***Unidad de Medicina Familiar No. 2, Instituto Mexicano del Seguro Social. Guerrero, México.

****Hospital General Regional No. 1 "Vicente Guerrero". Instituto Mexicano del Seguro Social. Guerrero, México.

*****Coordinación de ciclos clínicos de internado de pregrado. Hospital General Regional No. 1 "Vicente Guerrero". Instituto Mexicano del Seguro Social. Guerrero, México.

Recibido: 27/05/2023

Aceptado: 30/08/2023

Correspondencia:

María de Jesús Sosa-Martínez
maria.sosa8813@gmail.com

Sugerencia de citación: Secundino-Rebolledo JA, Sosa-Martínez MJ, Lagarza-Moreno AJ, Joanico-Morales B, Salgado-Jiménez MA. Prevalencia de ansiedad, depresión y redes de apoyo social en pacientes con VIH/SIDA: estudio transversal. *Aten Fam.* 2024;25(1):12-18. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2024.187138>

Este es un artículo open access bajo la licencia cc by-nc-nd (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Summary

Objective: to determine the prevalence of anxiety, depression, and identify social support networks in patients with HIV/AIDS during the COVID-19 pandemic, in a second-level Hospital of the Mexican Institute of Social Security (IMSS). **Methods:** cross-sectional analytical study, 420 HIV-positive patients who attended the HIV Clinic of the GRH No.1 Vicente Guerrero, in Acapulco, Mexico, from October 2021 to February 2022. A sociodemographic questionnaire was applied to obtain general information, the Gráffar-Méndez Castellanos scale, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and the Duke. UNC-11 functional social support questionnaire. Descriptive statistics, bivariate analysis, and logistic regression by the Mantel-Haenszel process were performed with the data obtained. **Results:** the prevalence of anxiety was 7.1%, and depression 5.2%. 89% of the patients perceived to have sufficient total social support. An association between depression, and CD4 lymphocyte count <500 cells/mm³ (ORa 2.54, 95% CI 1.06-6.12) was found, as well as, insufficient perceived total social support (ORa 15.98, 95% CI 7.68-33.22). **Conclusion:** Nine out of ten patients perceived to have sufficient total social support, which may be related to the low prevalence of anxiety and depression. CD4 T lymphocyte counts below 500 cells/mm³ were associated with depression. Social support strategies and adherence to antiretroviral treatment are key to the well-being of the population living with HIV/AIDS during, and in the new normality of the COVID-19 pandemic.

Key words: Anxiety; Depression; Social Support; HIV; COVID-19.

Introducción

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) constituye uno de los agentes infecciosos con mayor impacto en el mundo. De acuerdo con estadísticas del año 2022, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) notificó 39 000 000 individuos con VIH en todo el mundo.¹ En América Latina, la Organización Mundial de la Salud (OMS), estimó 2 100 000 casos.^{1,2} México reportó una prevalencia de VIH del 0.26%, es decir, 3 de cada 1000 personas padecían VIH.¹ Los estados de la República Mexicana con mayor incidencia fueron: Quintana Roo con 55.2 casos por 100 000 habitantes, Campeche con 38.8, Yucatán 31.1, Colima 30.5, Baja California Sur 23.1, Veracruz 22.6, Tabasco 22.0, Baja California 20.9, Morelos 19.2 y Guerrero 17.0.³

La pandemia de la COVID-19 pudo tener un impacto negativo en la salud mental de personas que padecen VIH debido a la pérdida de funcionamiento, desmoralización y desamparo que pudieron experimentar, además de las implicaciones económicas, sociales y psicológicas.⁴

Son múltiples las alteraciones asociadas a nivel individual y comunitario durante las pandemias; de entre las que destacan, la ansiedad y depresión, las cuales pueden ser hasta tres veces más frecuentes.⁵⁻⁹

La depresión es una de las principales comorbilidades psiquiátricas que se pueden padecer, durante el curso de la infección por VIH, con una prevalencia que oscila entre 18% a 81%, dependiendo del instrumento aplicado y la población de estudio.¹⁰

Se ha observado que la ansiedad y depresión, disminuyen la eficacia del sistema inmunológico, haciendo que los pacientes con VIH sean más susceptibles

de contraer infecciones oportunistas.¹¹ Es pertinente realizar una evaluación de neuropsiquiatría, la cual requiere de una historia clínica, un examen mental completo y el uso de elementos de una evaluación neuropsicológica.¹²

La presencia de apoyo social en personas que viven con VIH puede proporcionar beneficios en el individuo, porque facilita su ajuste psicosocial hacia la enfermedad y otorga una mejor calidad de vida por la ayuda que recibe de sus redes de apoyo (en forma de familia, amigos, pareja, entre otros); esto propicia mejores condiciones de salud física y mental debido a los recursos emocionales y materiales que obtienen de estas relaciones.¹³

Se debe considerar el aprendizaje que el VIH generó durante la pandemia de la COVID-19 con la finalidad de anticipar necesidades, respecto a la inequidad en salud ocasionada por las condiciones sociodemográficas de personas que padecen esta enfermedad, esto con el propósito de generar un ambiente que promueva y guíe cambios de hábitos, abatir estigmas y reforzar el trabajo multidisciplinario.¹⁴

Dada la interrelación de los factores referidos, el objetivo de esta investigación fue determinar la prevalencia de ansiedad y depresión, e identificar las redes de apoyo social en pacientes con VIH/SIDA durante la pandemia por COVID-19 en un hospital de segundo nivel.

Métodos

Estudio transversal analítico, realizado del 1 de octubre de 2021, al 28 de febrero de 2022, en la Clínica de VIH del Hospital General Regional (H.G.R.) No.1 “Vicente Guerrero” del IMSS, en Acapulco, México. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, participaron 420 pacientes con diagnóstico confirmado de VIH/SIDA

mediante prueba *Western Blot*, quienes acudieron mensual o trimestralmente para ser valorados. Se utilizó la fórmula para cálculo de tamaño de muestra para estimar una proporción en poblaciones finitas con un nivel de confianza de 95% y margen de error de 5%.

Los participantes fueron seleccionados con los siguientes criterios: pacientes derechohabientes del IMSS, con derechos vigentes, que acudieron mensual o trimestralmente a la consulta externa de la Clínica de VIH, de ambos sexos, de entre 18 a 80 años de edad, con diagnóstico confirmado en el expediente clínico electrónico de VIH/SIDA, con carga viral y recuento de CD4 menor a 12 meses y que aceptaron participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado. Se eliminaron pacientes con cuestionarios incompletos o sin reporte de estudios de laboratorio menor a doce meses.

Se aplicó una cédula diseñada y llenada por los investigadores para recabar información sociodemográfica y de salud (edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, preferencia sexual, tiempo de evolución del VIH/SIDA, comorbilidades y tratamiento médico). Se recabaron parámetros de laboratorio para obtener la carga viral y el recuento de linfocitos CD4 de los últimos doce meses.

El nivel socioeconómico se categorizó mediante la escala de Gráffar-Méndez Castellanos.¹⁵ Se aplicó la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS, por sus siglas en inglés); la cual se usa para evaluar síntomas cognitivos y conductuales en los últimos siete días, en pacientes con diversos padecimientos crónicos, entre ellos VIH. Es un instrumento de autoevaluación usado en individuos que acuden con regularidad a ambientes hospitalarios, debido a ello, constituye una herramienta para la detección de distrés

psicológico en población enferma (en comparación con el resto de escalas de auto aplicación en el área). Está constituida por catorce reactivos, integrados por dos subescalas de siete reactivos cada una. Los ítems se califican en una escala de frecuencia Likert de 4 opciones de respuesta, que van desde ausente o mínima presencia= 0, hasta máxima presencia= 3 puntos, la puntuación de cada subescala varía entre 0 y 21. La subescala de depresión (reactivos pares) y ansiedad (reactivos impares) de HADS se interpreta de acuerdo con la siguiente puntuación en ambos casos: 0-7 puntos (normal o ausencia de morbilidad), 8-10 puntos (borderline o fronterizo) y >10 puntos (morbilidad presente). El coeficiente de alfa de Cronbach para diferentes versiones varía de 0.81 a 0.90. Los valores de sensibilidad y especificidad obtenidos son superiores a 0.80.^{16,17} Por último, se utilizó el cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC-11 para evaluar las redes de apoyo social.¹⁸

Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico CIETMAP 2.1.19 Se realizó estadística descriptiva mediante frecuencias y porcentajes, estratificado por sexo. Mediante Mantel-Haenszel,²⁰ se calculó Odds Ratio (OR) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%) con el procedimiento de Miettinen.²¹ Se realizó regresión logística, en la que se incluyó a las variables que presentaron asociación significativa en el análisis bivariado con ansiedad y depresión.

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité Local de Investigación y cumplió con la normatividad vigente del IMSS.

Resultados

Se encuestaron 420 pacientes, 91.4% (n= 384) fue hombre, el porcentaje restante, mujer. La mediana de edad fue de 33

años, rango intercuartílico de 12 años (28-40). 86.2% (n= 362) refirió percibir un ingreso económico por su actividad laboral, en relación con el estado civil 63.8% (n= 268) mencionó ser soltero, respecto al grado de escolaridad 82.4% (n=346) se ubicó en medio superior y superior. La descripción de las características sociodemográficas se presenta en la Tabla 1.

Respecto a la preferencia sexual, más de la mitad de los encuestados refirió ser homosexual 52.2% (n= 219); 49.5% (n= 208) mencionó tener de uno a cinco años desde la confirmación diagnóstica de VIH/SIDA; con base en los criterios clínicos e inmunológicos de la OMS, 94% (n= 394) estaba asintomático de su padecimiento; 83% (n= 350) negó padecer alguna comorbilidad asociada y 99% (n= 415) recibió tratamiento médico. De acuerdo con los resultados de laboratorio de los últimos doce meses, se observó que 91.7% (n= 385) presentó una carga viral indetectable; mientras que 19.3% (n= 81) de los participantes cursó con niveles de linfocitos T CD4 <500 células/mm³ (Tabla 2).

En relación con la percepción del apoyo social total, para 89% (n= 374) de los participantes fue suficiente y para 11% (n= 46), insuficiente, 86.7% (n= 364) refirió tener apoyo confidencial suficiente y 13.3% (n= 56) apoyo confidencial insuficiente, 76.9% (n= 323) recursos afectivos suficientes y 23.1% (n= 97) insuficientes.

De acuerdo con la escala hospitalaria HADS, se encontró una prevalencia de ansiedad de 7.1% (n= 30), ansiedad borderline o fronteriza 31.9% (n= 134) y ausencia de ansiedad 61.0% (n= 256), mientras que 5.2% (n= 22) de los encuestados presentó depresión, 32.1% (n= 135) depresión borderline o fronteriza y 62.6% (n= 263) ausencia de depresión.

Tabla 1. Distribución de las variables sociodemográficas, estratificadas por sexo en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA

Variable	Masculino	Femenino	Total
	% (Frecuencia)	% (Frecuencia)	% (Frecuencia)
Grupo de edad			
18-30 años	42.7 (164)	41.7 (15)	42.6 (179)
31-40 años	31.2 (120)	47.2 (17)	32.6 (137)
41-50 años	20.1 (77)	5.6 (2)	18.8 (79)
51-60 años	6.0 (23)	5.6 (2)	6.0 (25)
Ocupación			
Hogar	1.8 (7)	19.4 (7)	3.3 (14)
Estudiante	10.2 (39)	0 (0)	9.3 (39)
Empleado	46.9 (180)	33.3 (12)	45.7 (192)
Comerciante	13.3 (51)	11.1 (4)	13.1 (55)
Profesionista	26.6 (102)	36.1 (13)	27.4 (115)
Desempleado	1.3 (5)	0 (0)	1.2 (5)
Estado civil			
Soltera/o	65.1 (250)	50.0 (18)	63.8 (268)
Casada/o	15.1 (58)	25.0 (9)	16.0 (67)
Unión libre	18.8 (72)	13.9 (5)	18.3 (77)
Viuda/o	0 (0)	8.3 (3)	0.7 (3)
Divorciado y/o separado	1.0 (4)	2.8 (1)	1.2 (5)
Nivel de escolaridad			
Primaria	4.2 (16)	11.1 (4)	4.8 (20)
Secundaria	13.3 (51)	8.3 (3)	12.9 (54)
Medio superior	33.9 (130)	22.2 (8)	32.9 (138)
Licenciatura	46.9 (180)	58.3 (21)	47.9 (201)
Posgrado	1.8 (7)	0 (0)	1.7 (7)
Nivel socioeconómico			
Estrato alto	1.8 (7)	0 (0)	1.7 (7)
Estrato medio alto	8.1 (31)	16.7 (6)	8.8 (37)
Estrato medio bajo	29.4 (113)	22.2 (8)	28.8 (121)
Estrato obrero	53.4 (205)	55.6 (20)	53.6 (225)
Estrato marginal	7.3 (28)	5.6 (2)	7.1 (30)

Tabla 2. Variables clínicas y pruebas bioquímicas de los pacientes estratificados por sexo.

Variable	Hombre	Mujer	Total
	% (Frecuencia)	% (Frecuencia)	% (Frecuencia)
Preferencia sexual			
Heterosexual	20.8 (80)	91.6 (33)	26.9 (113)
Homosexual	56.2 (216)	8.4 (3)	52.2 (219)
Bisexual	21.4 (82)	0 (0)	19.5 (82)
Transexual	1.6 (6)	0 (0)	1.4 (6)
Tiempo de evolución del VIH/SIDA			
1 a 5 años	49.5 (190)	50.0 (18)	49.5 (208)
6 a 10 años	35.9 (138)	36.1 (13)	36.0 (151)
11 a 15 años	12.8 (49)	8.3 (3)	12.4 (52)
16 a 20 años	0.5 (2)	5.6 (2)	1.0 (4)
>20 años	1.3 (5)	0 (0)	1.2 (5)
Clasificación clínica e inmunológica de la oms			
Asintomática (o)	94.5 (363)	86.1 (31)	93.8 (394)
Síntomas leves	5.5 (21)	13.9 (5)	6.2 (26)
Comorbilidades			
Diabetes mellitus	8.1 (31)	8.3 (3)	8.1 (34)
Hipertensión arterial	6.8 (26)	2.8 (1)	6.4 (27)
Enfermedad renal crónica	1.0 (4)	0 (0)	1.0 (4)
Tuberculosis	0.8 (3)	5.6 (2)	1.2 (5)
Ninguna	83.3 (320)	83.3 (30)	83.3 (350)
Tratamiento médico			
Sí	98.7 (379)	100 (36)	98.8 (415)
No	1.3 (5)	0 (0)	1.2 (5)
Carga viral			
Indetectable (<50 copias/ml).	91.4 (351)	94.4 (34)	91.7 (385)
No detectable (>10 000 copias/ml)	8.6 (33)	5.6 (2)	8.3 (35)
Recuento de linfocitos CD4			
<500 células/mm ³	19.5 (75)	16.7 (6)	19.3 (81)
>500 células/mm ³	80.5 (309)	83.3 (30)	80.7 (339)

Tabla 3. Análisis bivariado de factores asociados a la presencia de ansiedad en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA

Variable	Ansiedad		ORna ¹	IC 95% ²	Valor p
	Sí	No			
Estado civil					
Sin convivencia conyugal	21	255	1.24	0.55-2.77	0.60
En convivencia conyugal	9	135			
Nivel socioeconómico					
Estrato obrero y marginal	15	240	0.62	0.30-1.31	0.21
Estrato medio y alto	15	150			
Recuento de linfocitos CD4					
<500 células/mm ³	9	72	1.89	0.84-4.26	0.12
>500 células/mm ³	21	318			
Apoyo social total percibido					
Insuficiente	15	31	11.58	5.89-22.77	0.00
Suficiente	15	359			
Preferencia sexual					
No heterosexual	24	283	1.51	0.60-3.78	0.37
Heterosexual	6	107			

¹ORna: Odds ratio no ajustado, ²IC 95%: Intervalo de confianza de 95% de Miettinen.

Tabla 4. Análisis bivariado de factores asociados a la presencia de depresión en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA

Variable	Depresión		ORna ¹	IC 95% ²	Valor p
	Sí	No			
Estado civil					
Sin convivencia conyugal	15	261	1.12	0.45-2.83	0.80
En convivencia conyugal	7	137			
Nivel socioeconómico					
Estrato obrero y marginal	16	239	1.77	0.69-4.58	0.23
Estrato medio y alto	6	159			
Recuento de linfocitos CD4					
<500 células/mm ³	8	73	2.54	1.06-6.12	0.03
>500 células/mm ³	14	325			
Apoyo social total percibido					
Insuficiente	13	33	15.98	7.68-33.22	0.00
Suficiente	9	365			

¹ORna: Odds ratio no ajustado, ²IC 95%: Intervalo de confianza de 95% de Miettinen.

En el análisis bivariado, el apoyo social total percibido insuficiente se asoció a la presencia de ansiedad y depresión, mientras que el recuento de CD4 <500 células/mm³ se asoció a la presencia de depresión en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA (Tabla 3 y 4).

En el análisis por regresión logística, se obtuvo un valor de R-cuadrado de 0.32 y R-cuadrado ajustado de 0.30, con un estadístico F de 13.14, con lo cual se evaluó el desempeño del modelo multivariado. Se incluyeron los factores apoyo social total percibido insuficiente y recuento de linfocitos CD4 <500 células/mm³, las cuales alcanzaron significancia estadística en el análisis bivariado para depresión. Ambas variables mantuvieron un efecto independiente en el modelo final asociadas a presentar depresión (Tabla 5).

Discusión

La sindemia VIH/SIDA y COVID-19 representa un problema de salud de gran magnitud que rebasa el ámbito de la salud pública al converger factores psicológicos, sociales, éticos, económicos, políticos y de derechos humanos.²²

A pesar del aislamiento, soledad e incertidumbre económica, por el miedo de contraer el virus del SARS-COV-2,⁶ la frecuencia de depresión y ansiedad encontrada en este estudio fue menor a la reportada por varios autores a nivel nacional e internacional,²³⁻³⁰ las diferencias encontradas pueden deberse al diseño, instrumentos utilizados, características de la población y el tamaño de la muestra.

Cuatro de cada cinco pacientes percibieron tener suficiente apoyo social total, en los cuales las dimensiones de apoyo confidencial y recursos afectivos fueron suficientes en más de la mitad

Tabla 5. Regresión logística de los factores asociados a la presencia de depresión en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA

Depresión presente	ORna ¹	ORa ²	IC 95% ³	X ² de MH para dos o más estratos ⁴	Test de interacción	P
Recuento de linfocitos CD4 <500 células/mm ³	2.54	2.84	1.09-5.13	4.83	1.98	0.15
Apoyo social total percibido insuficiente	15.98	16.36	5.31-25.61	55.18	1.95	0.16

¹Odds ratio no ajustado; ²Odds ratio ajustado; ³Intervalo de confianza de 95% Miettinen; ⁴X² de Mantel-Haenszel para dos o más estratos

de los participantes, coincidiendo con lo observado por Mosqueda-Ramírez y cols.,¹³ en un estudio transversal realizado en un CAPASITS de Tenosique Tabasco utilizando el mismo instrumento.

Respecto a los factores sociodemográficos se encontró que la edad promedio se ubicó en la cuarta década de la vida, con predominio del sexo masculino y en unión libre, similar a lo reportado por Beltrán-De la Rosa y cols.,²³ sin embargo, difirió en cuanto a la preferencia sexual y tiempo de diagnóstico de la enfermedad, lo cual puede estar relacionado con las características de la población, ya que se trata de una población adulta joven y con vida sexual activa.

Se identificó que más de 90% de los participantes presentó una carga viral indetectable, similar a lo reportado en un estudio realizado en Argentina,²⁸ y mayor a lo observado por Galindo y Ortega en la consulta externa de infectología en un hospital de México.²⁴ Los niveles de linfocitos CD4 >500 células/mm³ observados en este estudio fueron mayores a lo encontrado por otro estudio en Argentina.²⁸

En el análisis multivariado se observó que el recuento de linfocitos CD4 <500 células/mm³ y el apoyo social total percibido insuficiente se asociaron a presentar depresión. Nuestros resultados coinciden con lo observado por otros autores,^{23,30}

debido a esto, los niveles adecuados de linfocitos CD4 y contar con redes de apoyo social, posiblemente pueden disminuir las alteraciones psicosociales como la depresión y ansiedad, por ende, elevar la calidad de vida de los pacientes, independientemente de las crisis sanitarias como la pandemia de COVID-19.

Por otra parte, el estado civil y la preferencia sexual no alcanzaron significancia estadística, contrario a lo referido por Soto y Cruz en Ciudad Juárez, México.²⁵ Dado lo anterior, es imprescindible continuar realizando estudios de investigación sobre estos y otros factores que puedan estar asociados a condiciones psicopatológicas y que permitan identificar áreas de oportunidad en beneficio de esta población vulnerable.

Una fortaleza de este estudio consistió en identificar alteraciones psicosociales que permitan, al profesional de la salud, brindar una atención de calidad al paciente, enfocada no solo en el tratamiento, sino desde una perspectiva biopsicosocial, empática y personalizada.³¹

Una de las limitaciones de esta investigación fue el diseño, ya que, al ser un estudio transversal, la temporalidad interfiere en la asociación entre factores de exposición y el efecto. Por otra parte, tanto la localidad, como el muestreo no probabilístico predicen poca validez externa.

Conclusión

Nueve de cada diez pacientes percibió tener suficiente apoyo social total, lo cual puede tener relación con la baja prevalencia de ansiedad y depresión. El conteo de linfocitos T CD4 por debajo de 500 células/mm³ se asoció a padecer depresión. Las estrategias de apoyo social y el apego al tratamiento antirretroviral constituyen una pieza clave para el bienestar de pacientes que viven con VIH/SIDA. Es importante mantener un enfoque integral para dar respuesta a las necesidades de la población que padece VIH, con la finalidad de propiciar en los pacientes una vida saludable, plena e independiente.

Contribución de los autores

JA S-R Y MA S-J: conceptualización, desarrollo, escritura, recolección de datos, análisis de datos, discusión de resultados y escritura. MJ S-M: conceptualización, desarrollo, escritura, análisis de datos, discusión de resultados y escritura. AJ L-M Y B J-M: conceptualización, desarrollo, discusión de resultados, escritura. Todos los autores hicieron una revisión crítica del documento y aprueban su publicación.

Financiamiento

La presente investigación no recibió financiamiento externo.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias

1. ONUSIDA. El SIDA en cifras. Datos al cierre 2022 [Internet]. [Citado 2023 Ago 04]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Datos y cifras desde 2010 a 2019 VIH [Internet]. [Citado 2020 Abr 15]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/vihsida>

3. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana; 2020. [Internet]. [Citado 2020 May 2]. Disponible en: https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/37_Manual_VIH-SIDA_2020.pdf
4. Shiau S, Krause KD, Valera P, Swaminathan S, Halkitis PN. The Burden of COVID-19 in People Living with HIV: A Syndemic Perspective. *AIDS Behav.* 2020;24(8):2244-2249.
5. Ramírez-Ortiz J, Castro-Quintero D, Lerma-Córdoba C, Yela-Ceballos F, Escobar-Córdoba F. Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. *Rev Colomb Anestesiol.* 2020;48(4):e930.
6. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(6):547-560.
7. Velavan TP, Meyer CG. The COVID-19 epidemic. *Trop Med Int Health.* 2020;25(3):278-80.
8. Khalid I, Khalid TJ, Qabajah MR, Barnard AG, Qushmaq IA. Healthcare Workers Emotions, Perceived Stressors and Coping Strategies During a MERS-CoV Outbreak. *Clin Med Res.* 2016;14(1):7-14.
9. Jeong H, Yim HW, Song YJ, Ki M, Min JA, Cho J, et al. Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. *Epidemiol Health.* 2016;38: e2016048.
10. Arseniou S, Arvaniti A, Samakouri M. HIV infection and depression. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2014;68(2):96-109.
11. American Cancer Society. Infección con VIH y SIDA 2009 [Internet] [Citado 2021 Jun 20] Disponible en: <https://www.cancer.org/es/saludable/causas-del-cancer/agentes-infecciosos/infeccion-con-vih-sida/que-es-vih-y-sida.html>
12. Grupo de Expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS). Documento de consenso sobre las alteraciones psiquiátricas y psicológicas en adultos y niños con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2016;34(1):53.e1-53.e14.
13. Mosqueda-Ramírez DE, Reyes-Pérez GDC, Montuy-Juárez Y, Miranda-de la Cruz A, Arcos-Castillo KC. Apoyo social en personas que viven con VIH. *Salud, educación, sociedad y economía en la frontera Sur de México.* 2017:107-123.
14. Hargreaves J, Davey C, Group for lessons from pandemic HIV prevention for the COVID-19 response. Three lessons for the COVID-19 response from pandemic HIV. *Lancet HIV.* 2020;7(5): e309-e311.
15. Sociedad y estratificación: método Gráffar-Méndez Castellano. Caracas FUNDACREDESA, Venezuela. 1994: p206.
16. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67(6):361-370.
17. Herrmann, C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale: a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res.* 1997;42(1):17-41.
18. Broadhead WE, Gehlbach SH, de Gruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire. Measurement of social support in family medicine patients. *Med Care.* 1998;26(7):709-723.
19. Andersson N, Mitchell S. CIETmap: free GIS and epidemiology software from the CIETgroup, helping build the community voice into planning. *World Congress of Epidemiology, Montreal, Canada; August 2002.*
20. Mantel N, Haenszel W. Statistical aspects of the analysis of data from retrospective studies of disease. *J Natl Cancer Inst.* 1959;22(4):719-48.
21. Miettinen OS. Simple interval estimation of the risk ratio. *Am J Epidemiol.* 1974;100:515-516.
22. Mejía-Castrejón J, Sierra-Madero JG, Álvarez-Mota A, Muñozuri-Najera GP, Alarcón-Murra P, Calva-Mercado JJ, et al. Consideraciones para la atención de personas que viven con VIH en el contexto de COVID-19. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" Departamento de Infectología. 2020;1:1-36.
23. Beltrán-De la Rosa E, Silvera-Tapia O, Armella K, Marín-Daza A, Román-Garrido A, Rojas-Jiménez N. Depresión y variables asociadas al diagnóstico de VIH-Sida en la población de la IPS Vital Salud. *Rev Psicol GEPU.* 2016;7(1):40-71.
24. Galindo SJ, Ortega RM. Prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital General de Zona Núm. 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) "Lic. Ignacio Díaz Téllez". *Enf Inf Microbiol.* 2010;30(4):129-133.
25. Soto J, Cruz J. Depresión en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA. *Ecorfan.* 2014:1-8.
26. Betancur MN, Lins L, Oliveira IR, Brites C. Quality of life, anxiety and depression in patients with HIV/AIDS who present poor adherence to antiretroviral therapy: a cross-sectional study in Salvador, Brazil. *Braz J Infect Dis.* 2017;21(5):507-514.
27. Moreno-Díaz J, Martínez-González A, Crespo-Redondo D, Arazo-Garcés P. Factores asociados a ansiedad y depresión en pacientes VIH. *Rev Multidisciplinar del SIDA.* 2017;5(12):34-42.
28. Ballivian J, Alcaide ML, Cecchini D, Jones DL, Abbamonte JM, Cassetti I. Impact of COVID-19-Related Stress and Lockdown on Mental Health Among People Living With HIV in Argentina. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2020;85(4):475-482.
29. La depresión en los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA [Internet]. [Citado 2022 Nov 12]. Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/687950>
30. González-Ramírez MT, Piña-López JA. Motivos, apoyo social y comportamientos de adhesión en personas con VIH: modelamiento con ecuaciones estructurales. *Univ Psychol.* 2011;10(2):399-409.
31. Gamba-Janota M, Hernández-Meléndrez DE, Bayarre-Vea HD. Caracterización psicológica de personas con VIH en dos hospitales de Luanda, República de Angola. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2010;26(1).