



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
Programa de Maestría y Doctorado en Psicología  
Facultad de Psicología  
Psicología y Salud

**Depresión y adherencia al medicamento antirretroviral:  
Efectos de una intervención conductual breve en  
pacientes con VIH+.**

**TESIS**

que para optar por el grado de doctor en psicología  
presenta:

**Humberto Valle Soto**

Núm. de cuenta: 514011743

**Director de tesis:**

**Dr. Juan José Sánchez Sosa**

Facultad de Psicología, Ciudad Universitaria

**Tutora Adjunta:** Dra. Silvia Susana Robles Montijo

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

**Tutor Externo:** Dr. John Samuel Wiebe Heinrichs

Department of Psychology, Universidad de Texas en El Paso

**Jurado A:** Dra. Laura de los Ángeles Acuña Morales

Facultad de Psicología, Ciudad Universitaria

**Jurado B:** Dr. Víctor Rodríguez Pérez

Clínica Especializada Condesa, Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*A mi tutor principal por siempre estar al pendiente,  
a mi mejor amigo por sus palabras de aliento,  
a mis hermanos por escuchar mis quejas y mis avances,  
a mi esposo, por creer en mí todo este tiempo,  
Y a mis padres por tanto apoyo y amor.*

## Tabla de Contenido

Tabla de Contenido .....	i
Índice de Tablas y Figuras .....	iv
Resumen.....	vi
<b>Capítulo 1. Introducción.....</b>	<b>1</b>
1.1. ¿Qué es el Virus de Inmunodeficiencia Humana?.....	1
1.1.1. Conteo de Linfocitos CD4 .....	3
1.1.2. Carga viral .....	3
1.1.3. Vías de transmisión.....	4
1.1.4. Características epidemiológicas de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana.....	4
1.1.5. Terapia antirretroviral y adherencia terapéutica .....	6
1.2. Repercusiones psicológicas de la enfermedad .....	13
1.2.1. Sintomatología depresiva en pacientes VIH+ .....	14
1.2.2. Estrés.....	22
1.2.3. Estados psicológicos y desarrollo de la enfermedad .....	26
1.3. Tratamiento psicológico en pacientes VIH+.....	28
1.3.1. Intervenciones en pacientes VIH+.....	32
1.3.1.1. Intervenciones en México.....	38
1.3.1.2. Abordaje cognitivo-conductual en VIH.....	41
1.3.1.2.1. Terapia cognitiva-conductual para la Adherencia y la Depresión (CBT-AD).....	42
1.3.1.3.2. Terapia para la sintomatología depresiva activación conductual.....	46
<b>Capítulo 2. Planteamiento del problema .....</b>	<b>52</b>
<b>Capítulo 3. Creación, validación y pilotaje de la intervención y autorregistros.....</b>	<b>62</b>
3.1. Objetivo General.....	62
3.2. Objetivos Particulares.....	62
3.3. Procedimientos .....	63

3.3.1. Creación de los contenidos de la intervención y autorregistros. ....	63
3.3.2. Validación por juicio de expertos .....	63
3.3.2.1. Manual de intervención.....	64
3.3.2.2. Autorregistros. ....	66
3.3.3. Aplicación por módulos separados.....	67
3.3.4. Pilotaje.....	68
<b>Capítulo 4. Evaluación de la efectividad de la intervención mediante AC. ....</b>	<b>71</b>
4.1. Objetivo General .....	71
4.2. Objetivos Particulares.....	71
4.3. Método.....	72
4.3.1. Participantes .....	72
4.3.1.1. Reclutamiento.....	74
4.3.2. Materiales e Instrumentos .....	74
4.3.2.1. Adherencia terapéutica a antirretrovirales: Variables psicológicas y comportamientos de adhesión (VPAD-24) (Piña, Corrales, Mungaray y Valencia, 2006b).....	74
4.3.2.2. Sintomatología depresiva: Inventario de sintomatología depresiva de Beck (BDI-II).....	75
4.3.2.3. Afrontamiento del estrés: Situaciones vinculadas con estrés (SVE-12).....	76
4.3.2.4. Autorregistro: Activación Conductual.....	76
4.3.2.5. Autorregistro: Adherencia terapéutica a la terapia antirretroviral. ....	77
4.3.2.6. Evaluaciones de integridad del tratamiento. ....	77
4.3.2.7. Bitácoras del terapeuta. ....	78
4.3.2.8. Manual de tratamiento. ....	78
4.3.2.9. Consentimiento informado. ....	78
4.3.3. Diseño del estudio .....	79
4.3.4. Procedimiento .....	81

4.3.4.1. Estudio de los materiales de intervención por el terapeuta y supervisión de los casos. ....	83
4.3.4.2. Primer acercamiento con los participantes y consentimiento informado. ....	83
4.3.4.3. Periodo de Línea Base.....	84
4.3.4.4. Pre-intervención.....	85
4.3.4.5. Periodo de Intervención .....	86
Las respuestas obtenidas por los participantes en este ejercicio eran revisadas constantemente a lo largo de todo el proceso de intervención,.....	88
En este módulo además se preguntaba a los participantes cómo es que la depresión había afectado su vida diaria, sus relaciones sociales y sus conductas de autocuidado, el terapeuta prestaba principal atención a los síntomas que el paciente refería y los relacionaba con aquellos síntomas propios de la depresión.....	89
4.3.4.6. Post-intervención .....	96
4.3.4.7. Periodo de seguimiento.....	96
4.3.5. Consideraciones éticas.....	97
4.3.6. Análisis de los datos .....	98
<b>Capítulo 5. Resultados.....</b>	<b>100</b>
5.1. Resultados en niveles de carga viral plasmática y CD4 .....	100
5.2. Sintomatología depresiva (Beck).....	101
5.3. Situaciones Vinculadas con Estrés .....	102
5.4. Variables Psicológicas y Comportamientos de Adhesión.....	103
5.5. Autorregistros de Activación Conductual.....	104
5.6. Autorregistros de adherencia terapéutica a la terapia antirretroviral.....	107
<b>Capítulo 6. Discusión .....</b>	<b>112</b>
6.1. Beneficios para la clínica .....	124
<b>Referencias.....</b>	<b>125</b>

<b>Apéndices.....</b>	<b>161</b>
Apéndice A - Invitaciones para medios digitales .....	161
Apéndice B - Invitaciones impresas: Folleto y Tríptico .....	163
Apéndice C - Autorregistro: Activación Conductual.....	165
Apéndice D - Autorregistro: Adherencia terapéutica a la terapia antirretroviral.....	166
Apéndice E - Evaluaciones de integridad del tratamiento.....	167
Apéndice F - Manual de Intervención.....	171
Apéndice G - Consentimiento informado .....	219

## Índice de Tablas y Figuras

<i>Figura 1.</i> Ejemplo de contenidos gráficos del manual evaluados por expertos...65	
Tabla 1_ Edad, tratamiento médico y tiempo desde diagnóstico de VIH por participante. ....	72
<i>Figura 2.</i> Diagrama de flujo del proceso del estudio.....	81
<i>Figura 3.</i> Organización de módulos por sesión de intervención.....	82
Tabla 2_ Carga viral y conteos de CD4 por participante por etapa de intervención.....	100
<i>Figura 4.</i> Resultados en Inventario de Sintomatología depresiva de Beck (BDI-II) por participante por etapa de investigación.....	101
<i>Figura 5.</i> Resultados en Situaciones Vinculadas con Estrés (SVE-12) por participante por etapa de investigación.....	102
<i>Figura 6.</i> Resultados en Variables Psicológicas y Comportamientos de Adhesión (VPAD-24) por participante por etapa de investigación.....	103
<i>Figura 7.</i> Nivel de Agrado promedio semanal de los resultados diarios en autorregistros de Activación Conductual.....	104
<i>Figura 8.</i> Porcentaje de toma del medicamento por semana por Participante ..	107
<i>Figura 9.</i> Porcentajes totales de toma del medicamento por etapa de investigación por Participante .....	108

*Figura 10.* Porcentaje de toma del medicamento en horario adecuado por semana por Participante..... 110

*Figura 11.* Porcentajes totales de toma del medicamento en horario adecuado por etapa de investigación por Participante..... 111

## Resumen

**Antecedentes.** Existe una ausencia de intervenciones sencillas y eficaces para aumentar los niveles de adherencia a la terapia antirretroviral y disminuir los niveles de sintomatología depresiva en población seropositiva mexicana. **Objetivo.** Evaluar los efectos de una intervención basada en las técnicas de activación conductual (agregada con módulos de psicoeducación, solución de problemas, pasos vitales y relajación) en los niveles de sintomatología depresiva y adherencia a la terapia antirretroviral de pacientes VIH+ hombres de la CDMX. **Método.** Diseño intrasujetos, de caso clínico. Se hicieron mediciones de línea base, pre y post tratamiento y seguimiento a un mes con variables psicológicas y comportamientos de adhesión (VPAD-24), Inventario de sintomatología depresiva de Beck (BDI - II), Situaciones vinculadas con estrés (SVE-12) y autorregistros de toma de medicamento y nivel de agrado de las actividades. **Resultados.** Mediante la técnica de inspección visual y cotejo contra el criterio de cambio clínico objetivo se examinan los resultados para cada participante por etapa de intervención, en formato de estudios de caso. **Discusión.** Las estrategias clínicas instrumentadas disminuyeron los niveles de sintomatología depresiva y aumentaron los niveles de adherencia terapéutica de los participantes. Posterior a los procedimientos se observó un aumento del nivel de agrado diario y de toma de medicamento antirretroviral en autorregistros. Se concluyó que la intervención disminuye los niveles de sintomatología depresiva, aumenta los niveles de adherencia a la terapia antirretroviral y disminuye la reacción al estrés.

**Palabras Clave:** VIH, Sintomatología depresiva, Estrés, Adherencia Médica, Terapia de Conducta, Activación Conductual.

## **Capítulo 1. Introducción**

El Virus de inmunodeficiencia humana es una enfermedad que como veremos a lo largo del presente estudio afecta no solo la salud física de las personas que lo padecen sino a su salud mental. Daremos un lugar central a la adherencia terapéutica de la terapia antirretroviral como un factor protector de la salud física de los pacientes. Tocaremos, además, los distintos síntomas psicológicos que podemos encontrar en esta población, y destacaremos de entre ellos la depresión y el estrés ocasionado por el padecimiento de la enfermedad. Por último, trataremos los distintos abordajes psicológicos que se han empleado para intervenir en la población y haremos hincapié en las terapias de corte cognitivo conductuales.

### **1.1. ¿Qué es el Virus de Inmunodeficiencia Humana?**

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un retrovirus que ataca el sistema inmunológico de los pacientes. El VIH pertenece a la familia lentivirus (Castro, Gutiérrez y Villena, 2007), que ocasiona un deterioro progresivo y lento del sistema inmunológico del paciente, pudiendo demorar años en presentarse los síntomas de la infección (Vargas y Boza, 2012). La Organización Mundial de la Salud (OMS) explica como el virus infecta las células del sistema inmune alterando o anulando su función produciendo así el deterioro progresivo de la salud del paciente (Klimas, O'Brien y Fletcher, 2008; OMS, 2013a). Actualmente, la infección por VIH, bajo un tratamiento adecuado y sostenido, se ha llegado a concebir como una infección

crónica con una esperanza de vida casi normal (Castro et al., 2007; OMS, 2016).

El Ciclo de vida de la infección se divide en tres etapas distintas (Chiriboga et al., 2010; Klimas et al., 2008; OMS, 2013a; OMS, 2016; Vargas y Boza, 2012). La primera etapa caracterizada por una infección primaria que ocurre tras el contagio por VIH con una respuesta inmune importante que puede ser más o menos sintomática. La segunda fase de latencia que se caracteriza por la reproducción constante del virus y la pérdida gradual de linfocitos T CD4+. La fase final denominada Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) con una deficiencia inmunológica muy significativa que ocasiona el deterioro clínico y, finalmente, la muerte. Esta tercera etapa, se caracteriza por la presencia de alguna de las veinte principales infecciones oportunistas y tipos de cáncer asociados con la enfermedad.

El diagnóstico del VIH se realiza mediante pruebas de laboratorio que exploran la respuesta del sistema inmune ante el virus o contabilizan la cantidad de ácido ribonucleico (ARN) del virus en sangre. Las pruebas diagnósticas se dividen en indirectas, las cuales sirven para reconocer principalmente anticuerpos específicos producidos por el sistema inmune como respuesta a la presencia del virus; y directas, las cuales buscan detectar al virus o alguno de sus componentes en sangre (Chiriboga et al., 2010; OMS, 2017). Por lo general, se emplean las técnicas inmunoenzimáticas de última generación a modo de tamizaje o screening (Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay, Ensayo por Inmunoabsorción Ligado a Enzimas o ELISA por sus siglas en inglés) y el Western Blot (WB)

como prueba confirmatoria de la infección (Chiriboga et al., 2010; Clumeck, Pozniak y Raffi, 2008).

#### **1.1.1. Conteo de Linfocitos CD4**

Los Linfocitos CD4 son los glóbulos blancos que organizan la respuesta inmunológica ante infecciones, indicando al resto de las células del sistema inmune cuándo realizar sus funciones específicas. El conteo de CD4 hace alusión a la cantidad de linfocitos de dicho tipo que se poseen en sangre; su importancia dentro del VIH ocurre al resultar afectados por el ataque del virus. También se las conoce como *células T* afectadas por el VIH (Klimas et al., 2008; Nieto, Sánchez-Rose y Vessuri, 2007). El conteo de CD4 usualmente se utiliza como el marcador que indica el grado de inmunodeficiencia o daño en el sistema inmune del paciente (Castro et al., 2007; Klimas et al., 2008; Lima et al., 2009).

#### **1.1.2. Carga viral**

La carga viral es la cantidad de copias de ARN del VIH en sangre; el tratamiento médico busca su disminución. La carga viral se expresa en número de copias del ARN viral/ml de sangre (Chiriboga et al., 2010), ésta se emplea como el marcador de la actividad viral y de progresión de la enfermedad (Lima et al., 2009). El objetivo de toda terapia antirretroviral es disminuir el número de copias y tratar de reducirla a una medida “indetectable”, por debajo de las 50 copias por mililitro de sangre (Hammer et al., 2006).

### **1.1.3. Vías de transmisión**

La transmisión del virus de inmunodeficiencia humana puede darse por las relaciones sexuales (vaginales, anales u orales) con una persona infectada; la transfusión de sangre contaminada o de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia (OMS, 2016; OMS, 2018)

### **1.1.4. Características epidemiológicas de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana**

A nivel mundial el VIH es uno de los principales problemas de salud pública; para el 2017 había cobrado más de 35 millones de vidas en el mundo. En el 2016 había aproximadamente 36.7 millones de personas infectadas en el mundo; ese año se produjeron 1.8 millones de nuevas infecciones y un millón de personas fallecieron por causas asociadas con el virus (OMS, 2017).

En México, la Secretaría de Salud (SSA) y el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA) en el 2008, informaron que el número de casos de VIH detectados por año, en México, presentó un aumento constante; tendencia que según estadísticas de noviembre del 2018 parece no revertirse. Para el 2008 se notificaron 3,217 casos nuevos de VIH en el país, en el 2018 éstos ascendieron a 8,160; de los cuales 6,829 son hombres; siendo de los 15 a los 44 años las edades con mayor número de nuevos casos notificados. Actualmente de los 81,764 pacientes que viven en VIH en México, 63,327 son hombres, y 14,347 casos residen en la Ciudad de México, 1,100 casos más que el año anterior (CENSIDA, 2018a; CENSIDA, 2017).

El Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) en el 2012, catalogó la situación de la epidemia a nivel nacional como “*concentrada*”, pues la enfermedad afecta a poblaciones específicas como son los hombres que tienen sexo con hombres, las personas que usan drogas inyectables, las personas privadas de libertad, los hombres trabajadores sexuales, y en menor medida, a mujeres trabajadoras sexuales. La forma de transmisión del virus es predominantemente sexual, siendo la causante de más del 90% de los casos acumulados de SIDA en el país (CENSIDA, 2017).

La infección por VIH se encuentra concentrada en grupos específicos y minoritarios de la población, como indica CONASIDA (2012) y la Secretaría de Salud (2018) los cuales sufren estigma y discriminación. Lo anterior, es un agravante de los niveles de estrés y depresión de los pacientes. Meyer (2003) explica como las personas que pertenecen a minorías sociales (específicamente su estudio fue realizado con participantes gay, lesbianas y bisexuales) suelen sufrir estigma, prejuicios y discriminación que crean un ambiente hostil y estresante para ellos; lo anterior, facilita el desarrollo de trastornos mentales en dichas personas. Pascoe, y Smart Richman (2009) realizaron un metaanálisis incluyendo 134 estudios en el cual concluyeron que el incremento en niveles de discriminación percibida (que tan discriminado se percibe una persona) se asocia con una peor salud física y psicológica; las autoras atribuyen los peores resultados en salud mental y física a la continua presencia de respuestas de estrés en las personas contingentes a la discriminación que perciben. distintas investigaciones han relacionado mayores de discriminación percibida con un aumento en los niveles de estrés

psicológico y sintomatología depresiva (Brown et al., 2000; Williams y Mohammed, 2009).

#### **1.1.5. Terapia antirretroviral y adherencia terapéutica**

El tratamiento antirretroviral suele constar de la administración de tres drogas pertenecientes a dos grupos distintos de antirretrovíricos (OMS, 2017). En 1987 aparecieron los primeros medicamentos y en 1995 se comenzaron a emplear tres drogas distintas en la misma pauta médica, a estos tratamientos se les denominó como terapias retrovirales altamente activas por sus siglas en inglés HART, o de gran actividad abreviado como TARGA (Castro et al., 2007; Klimas et al., 2008). Los tratamientos de primera línea, según indica el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (2018b) constan de abacavir, lamivudina y dolutegravir; tenofovir alafenamida, emtricitabina, elvitegravir y cobicistat; tenofovir disoproxil fumarato, emtricitabina, elvitegravir y cobicistat; tenofovir disoproxil fumarato, emtricitabina o lamivudina, y efavirenz; o, tenofovir disoproxil succinato, emtricitabina o lamivudina, y efavirenz.

Una vez confirmada la presencia del virus en sangre se sugiere se inicie el tratamiento antirretroviral lo antes posible (Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida, 2018b). Las mediciones de Carga Viral y CD4 suelen emplearse para determinar el fracaso terapéutico (OMS, 2013b), el cual es evidente cuando los análisis de laboratorio indican la presencia de más de 50 copias/ml del ARN del VIH en sangre tras seis meses, desde el inicio del tratamiento antirretroviral (Clumeck et al., 2008). Los lineamientos

actuales de la OMS (2016) y del U.S. Department of Health y Human Services (2017) recomiendan iniciar la terapia antirretroviral en todos los adultos que viven con VIH sin importar la etapa de la infección en la que se encuentren y dar prioridad a los pacientes con conteos de CD4 menores a 350 células por milímetro cúbico. Un inicio de la terapia cuando el conteo de CD4 es menor a las 200 unidades está asociado con enfermedades oportunistas de mayor gravedad y una peor recuperación del sistema inmune (Castro et al., 2007; Clumeck et al., 2008; Hammer et al., 2006; Nieto et al., 2007; OMS, 2013b; Siegfried, Uthman y Rutherford, 2010; Vargas y Boza, 2012).

El objetivo del tratamiento antirretroviral es el de suprimir la actividad viral y su replicación. El objetivo general del tratamiento es mantener la salud y prolongar la vida del paciente mediante el aumento de la actividad inmunitaria y la reducción de la carga viral a niveles “indetectables” (Castro et al., 2007; U.S. Department of Health y Human Services, 2017; Vargas y Boza, 2012). Por tanto, es gracias al tratamiento con antirretroviricos que los pacientes pueden vivir mayor tiempo y en un mejor estado de salud (Hughes et al., 2011; OMS, 2012).

La adherencia al tratamiento antirretroviral involucra un papel activo del paciente pues requiere lograr un cumplimiento casi perfecto de su pauta médica. Se ha señalado que la adherencia terapéutica requiere la participación del paciente de forma activa, requiere una actitud positiva y un compromiso del mismo en la decisión de iniciar y mantenerse dentro de las pautas del tratamiento antirretroviral (Guerra y Parras, 2000). Se ha mostrado que el éxito de la terapia antirretroviral depende de que el paciente mantenga

niveles de 95% o más altos de apego al régimen medicamentoso para mantener la reproducción viral en un nivel mínimo. Una disminución mínima de la adherencia (del 95% al 90%) puede resultar en una reducción marcada de las tasas de supresión viral (Berg, Michelson y Safren, 2007; Castro et al., 2007; Shuter, 2008; OMS, 2016).

Debido a las características propias del VIH es necesario abordar la adherencia terapéutica en los planes de tratamiento. Un mal apego al tratamiento es el principal motivo del fracaso terapéutico pues facilita las mutaciones del virus a cepas resistentes al medicamento y disminuye las opciones de tratamiento viables para el paciente a lo largo del tiempo (Balfour et al., 2006; Berg et al., 2007; Gardner, Burman, Steiner, Anderson, y Bangsberg, 2009; Hughes et al., 2011). Así, la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral sigue siendo un problema mundial que aún no encuentra solución (OMS, 2016).

La adecuada adherencia a la terapia antirretroviral suele no presentarse en muchos casos. Del total de casos sólo del 57% al 77% de los pacientes presentan una óptima adherencia a su pauta médica (Berg et al., 2007; Fumaz et al. 2008; Gifford et al., 2000; Li et al., 2010). Específicamente en México, se han encontrado porcentajes aun menores de adherencia, cercanos al 50% de casos (Balandrán, Gutiérrez, y Romero, 2013; Peñarrieta et al., 2009; Piña, Dávila, Sánchez-Sosa, Togawa y Cázares, 2008a). Algunos autores indican que las diferencias en los niveles de adherencia pueden explicarse por las características de la población analizada, el ambiente donde los estudios fueron llevados a cabo, el propio diseño de los estudios, las escalas y formas de medir la variable, y los límites adoptados para

catalogar a los pacientes como adherentes o no adherentes (Godin, Côté, Naccache, Lambert y Trottier, 2005).

La pobre adherencia terapéutica a los medicamentos es un obstáculo para la terapia psicológica (Estrada, Martínez y Abadía, 2008) el cual aumenta la necesidad de desarrollar intervenciones que aborden tal problemática (Balfour et al., 2006). Las guías de intervención de la OMS (2016) y del U.S. Department of Health and Human Services (2017) destacan la importancia de intervenir para asegurar la adherencia de los pacientes a sus medicamentos antirretrovirales. Mbuagbaw et al. (2015) realizaron una revisión sistemática de las intervenciones que buscan mejorar la adherencia terapéutica a los antirretrovirales de pacientes VIH positivos. A partir del examen de los 49 estudios incluidos en su revisión, lograron concluir que aún no hay nada contundente en el tema, en el sentido de no haber ningún tipo de intervención en particular que sobresalga del resto (como uno esperaría de las intervenciones conductuales), ni una forma de medición que sobresalga para la medición de la adherencia a lo largo de las investigaciones.

Whetten, Reif, Whetten y Murphy-McMillan (2008), en una revisión de la literatura reciente sobre las variables psicológicas y conductas de salud relacionadas con el VIH, indican que conocer los factores psicológicos relacionados con la enfermedad y sus asociaciones con las conductas de salud permite crear protocolos de tratamiento más efectivos, lo cual a su vez ayudará a aumentar la conducta de adherencia del paciente y disminuir la diseminación de la enfermedad. Por tanto, comprender las variables que afectan la adherencia terapéutica es de vital importancia.

Distintas variables se relacionan con una adecuada adherencia a las terapias antirretrovirales. La autoeficacia, la complejidad del régimen medicamentoso que se les asigna a los pacientes, el impacto emocional del medicamento (síntomatología depresiva, preocupaciones, enojo, estrés y ansiedad entre otros), los efectos secundarios que ocasionan las drogas prescritas, la efectividad del medicamento y la información que les llega a los pacientes a través de los familiares, amigos y el sistema de salud sobre la adherencia, y qué tanto se adecua a la vida diaria del paciente el régimen prescrito, están altamente relacionadas con la adherencia (Beusterien, Davis, Flood, Howard y Jordan, 2008; Giffor et al., 2000; Li et al., 2010; OMS, 2016; Sánchez-Sosa, Cázares, Piña y Dávila, 2009).

Amico, Toro-Alfonso y Fisher (2005), y Fisher, Fisher, Amico y Harman (2006) teorizaron en su modelo de información, motivación y habilidades conductuales para la adherencia que los niveles de adherencia terapéutica a la terapia antirretroviral esta mediada por las habilidades de la persona para llevar a cabo conductas de adherencia. De tal modo que, el paciente no solo requiere tener información adecuada (sobre la correcta toma del régimen medicamentoso, la forma de utilizar los antirretrovirales, que es una adecuada adherencia, cuales son los efectos secundarios esperables) o encontrarse motivado (actitudes y creencias sobre los resultados de ser o no ser adherente, soporte social sobre sus conductas de adherencia y motivación a cumplir con los deseos de sus soporte social de ser o no ser adherente) si no que además, debe de tener las habilidades conductuales necesarias para ser adherente (autoadministrar sus tomas del medicamento, incorporar el régimen

en su vida diaria de forma adecuada, minimizar los efectos secundarios del medicamento, tomar el medicamento según lo prescribieron sus médicos, saber pedir ayuda si tiene dudas sobre su medicamento, entre otros) . En México, Torres, Villagrán, Robles, y Eguiluz (2015) evaluaron el modelo en una población de 109 pacientes; realizaron mediciones empleando la versión en español de la LifeWindows IMB ART Adherence Questionnaire (LW-IMB-AAQ), prueba que mide las tres variables del modelo y evaluaron la adherencia al medicamento antirretroviral con un entrevistador siguiendo los lineamientos de la 3-day Adult AIDS Clinical Trials Group (AACTG); se empleó un análisis factorial con rotación varimax para evaluar las estructuras factoriales de los resultados; En análisis no encontró relaciones significativas entre la variable información del modelo con ninguna de las otras variables (motivación, habilidades conductuales y adherencia al medicamento), la variable motivación mostró una correlación positiva con las habilidades conductuales ( $r = .417, P = .000$ ), más no con la adherencia, solamente la variable de habilidades conductuales mostro una relación significativa con la adherencia referida por los participantes en la última semana ( $r = .272, P = .005$ ); por ello, los autores concluyen que las habilidades conductuales son un factor determinante en la adherencia de los pacientes.

Piña et al. (2008a) proponen que la adherencia a los antirretrovirales se presenta cuando el paciente encuentra un reforzador que mantenga dicha conducta (ya sea que relacione la toma del medicamento con el mejoramiento de su salud física o mental, o que el círculo social del paciente le brinde un reforzador al

tomar su medicamento, por ejemplo, al elogiarle su apego al medicamento).

La sintomatología psicológica (sintomatología depresiva y estrés) que se presenta en el paciente seropositivo se relaciona con una disminución de la adherencia al tratamiento antirretroviral. Distintos estudios han comprobado que los estados de sintomatología depresiva y estrés, más o menos prolongados, se relacionan con la mala adherencia terapéutica de los pacientes seropositivos (Bottonari, Safren, McQuaid, Hsiao y Roberts, 2010; González, Batchelder, Psaros y Safren, 2011; Simoni et al., 2011; Traeger, O'Cleirigh, Skeer, Mayer y Safren, 2012; Vranceanu et al., 2008).

Así, las variables psicológicas y la adherencia se afectan mutuamente. Se trata de una relación compleja; en efecto, se ha documentado que pacientes adherentes a lo largo de un año presentan una disminución de la sintomatología depresiva/ansiosa y estrés, mientras que los que abandonan el tratamiento presentan mayores puntuaciones de ansiedad (Orejudo, Ladero, Carrobles y Malo (2006). Hay pocos estudios longitudinales como el de Spire y colaboradores (2002) que también muestran la complejidad de esta relación. Se realizaron mediciones de línea base y seguimientos después de cuatro meses a 445 participantes. La relación entre la adherencia terapéutica y otras variables (edad, condiciones de vivienda, apoyo social, niveles de sintomatología depresiva, efectos secundarios del medicamento, creencias en torno al medicamento y la propia salud) muestra efectos bidireccionales. Por ejemplo, en sus primeras mediciones el apoyo social parece jugar un papel esencial

en la adherencia de los pacientes. Sin embargo, cuatro meses después, las variables psicológicas que más afectan la adherencia son los síntomas de la depresión y las creencias que el paciente tenía en torno al funcionamiento de su medicación.

En síntesis, la adherencia a la terapia médica está mediada e influenciada por muy diversas variables incluyendo las psicológicas, y a su vez, la adherencia afecta a éstas. Algunos guías de intervención sugieren que el tratamiento psicológico juega un papel central en el aumento y mantenimiento de la adherencia a la terapia médica (OMS, 2016; U.S. Department of Health y Human Services, 2017).

El VIH es una enfermedad que afecta a un gran número de personas en Ciudad de México. Es gracias a la terapia antirretroviral que la enfermedad es calificada como una condición crónica; sin embargo, la terapia médica requiere que los pacientes presenten una adherencia casi perfecta (arriba del 95% de las tomas del medicamento) para disminuir al mínimo las posibilidades de replicación del virus en sangre y su mutación a cepas resistentes a la terapia. Una toma adecuada del medicamento permite que los niveles de carga viral plasmática lleguen a ser indetectables. Por todo lo anterior, podemos concluir, que la adherencia terapéutica a la terapia médica es un factor de vital importancia en el mantenimiento y mejora de la salud física de estos pacientes.

## **1.2. Repercusiones psicológicas de la enfermedad**

Las repercusiones que la infección plantea para las personas que viven con VIH son de gran magnitud pues afectan todas las áreas

de su vida y la de aquellos que les rodean. Miller (1989) comenta que padecer VIH/SIDA es, sin duda, un problema muy grave e invasivo pues desencadena repercusiones de gran intensidad, complejidad y variabilidad a nivel psicológico, social (Barrera, 1996; Carvalho, 1999), emocional y comportamental (Lizárraga, 1990), a las cuales, el paciente seropositivo debe enfrentarse.

### **1.2.1. Sintomatología depresiva en pacientes VIH+**

La Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2013) define a la sintomatología depresiva en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales como un conjunto de síntomas de predominio afectivo caracterizados principalmente por un estado de ánimo depresivo y/o la disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades.

Autores clásicos de la teoría conductual proponen que el cuadro depresivo podría ser el resultado de un proceso de evitación y escape de situaciones potencialmente reforzadoras que se perciben como estresantes. Este proceso se inicia por cambios en el ambiente, la distribución de los reforzamientos en el tiempo, o la inhibición de emociones (Ferster, 1965, 1973; Mathews, 1977; Moss y Boren, 1972; Price, Tryon y Raps, 1978; Schneider, 1973). La sintomatología depresiva sería el resultado de la reducida aparición de reforzadores positivos contingentes a la conducta del paciente. Así, se explica cómo una pérdida (por ejemplo, de una pareja o de la salud) puede representar una disminución importante en el número de refuerzos o de estímulos discriminativos valiosos para la persona por lo que el repertorio de conductas presentadas se vea reducido. Esto supone

una mala adaptación al ambiente pues conlleva una reducción del número de conductas potencialmente reforzantes (Ferster, 1965, 1973; Lewinsohn, 1974). Todo ello a su vez genera una disminución de la efectividad de los reforzadores positivos en el ambiente debido a la pérdida de placer ocasionada por la sintomatología depresiva (Costello, 1972).

Distintos estudios han reportado que alrededor del 20% al 40% de casos de pacientes seropositivos presentan sintomatología depresiva, (Galvan, Davis, Banks y Bing, 2008; Horberg et al., 2008; Mao et al., 2008; Newman, Limin, Kippax, Saltman y Kidd, 2008; Pinto et al., 2012); estos valores son incluso mayores que en pacientes con otras enfermedades crónicas como cáncer (Asch et al., 2003; Edo y Ballester, 2006).

En México la prevalencia de casos de depresión en pacientes seropositivos es muy semejante a la de estudios internacionales. Soto y Cruz (2014) en un estudio en Ciudad Juárez, Chihuahua, con 252 participantes, encontraron que el 20.6% de ellos mostraron sintomatología depresiva según puntajes del Inventario de Sintomatología Depresiva de Beck (BDI). Galindo y Ortega (2010) en Xalapa, Veracruz, con un total de 160 pacientes, encontró que 18.76% de ellos padecían sintomatología depresiva medida con el Cuestionario Clínico de Síndrome Depresivo de Calderón-Narváez. En Ciudad de México, Cruz (2015) con una muestra de 223 participantes encontró que 26% de ellos padecían sintomatología depresiva según el BDI.

Las variaciones entre estudios en cuanto al número reportado de casos con sintomatología depresiva podrían estar relacionadas con

el tipo de población analizada, los parámetros usados para medir la sintomatología depresiva y las dificultades que existen para diferenciar los síntomas depresivos, de la sintomatología propia de la enfermedad (Nacher et al., 2010)

Distintos estudios sugieren causas diversas para explicar la relación existente entre la sintomatología depresiva y el VIH, estas explicaciones incluyen los efectos secundarios de los antirretrovirales, el saberse seropositivo y el efecto que ello conlleva emocionalmente, el daño que la enfermedad ocasiona en áreas subcorticales del cerebro, el estrés crónico, el aislamiento social y la desmoralización del paciente (Berg et al., 2007; Piña et al., 2008a).

Las respuestas biológicas que desencadena el VIH pueden aumentar el riesgo de presentar sintomatología depresiva de varias maneras. Enfermedades virales (como el VIH) podrían causar trastornos psicológicos ocasionados por la modificación en los niveles de citosina en el paciente, los cuales suelen generar signos similares a la sintomatología depresiva tales como estado de ánimo depresivo, aletargamiento, aislamiento, trastornos del sueño, etc. (Dantzer, 2004). Así mismo, trastornos en la interleucina-1, la cual se activa por la respuesta inmunológica, podrían mediar algunos de los síntomas comportamentales también característicos del cuadro depresivo (Kopinsky, Stoff y Rausch, 2004). Específicamente, la infección por VIH activa distintos sistemas enzimáticos relacionados con importantes neurotransmisores (serotonina, dopamina, adrenalina y nor-adrenalina, entre otros) que influyen en el desarrollo de cuadros psicológicos, entre ellos sintomatología depresiva (Schroecksnadel, Kurz, Weiss y Fuchs, 2012).

También está ampliamente documentada la relación existente entre la activación inmunológica y una disminución del triptófano, un precursor de la serotonina relacionada con la presencia de sintomatología depresiva (Schroeksnadela et al., 2008). Por último, hay indicaciones de que el virus pudiera causar daño subcortical en regiones cerebrales relacionadas directamente con la regulación emocional y el humor (Lawler et al., 2011).

Los pacientes seropositivos presentan dificultades para enfrentar la sintomatología depresiva pues también conlleva mayores costos a los sistemas de salud y mayor sufrimiento emocional. Un tercio de los casos reporta estar infeliz con sus habilidades para sobrellevar la sintomatología depresiva, además y la mitad de ellos comentan que requieren ayuda para sobrellevar dicha sintomatología (Weatherburn et al., 2009). Sin tratamiento, a largo plazo, la sintomatología depresiva implica meses de costoso e innecesario sufrimiento emocional (Valente, 2003).

Muchos de los casos que cumplen con el cuadro depresivo no son detectados por los sistemas de salud. La sintomatología depresiva usualmente ni se diagnostica ni se trata en estos pacientes (Rodkjaer, Laursen, Balle y Sodemann, 2010). Asch y colaboradores (2003) al realizar entrevistas a 1,140 usuarios VIH+ de servicios de salud encontraron que 448 de ellos padecían depresión mayor, sin embargo, según su expediente médico, sólo 245 (55%) de ellos había sido diagnosticado. Así, alrededor de la mitad de los pacientes con sintomatología depresiva no son diagnosticados por los equipos de salud. Valente (2003) elaboró un listado de situaciones que dificultan el diagnóstico oportuno de la sintomatología depresiva en estos

casos, entre ellos destacan algunas creencias del personal de salud en torno a la sintomatología depresiva en relación con el VIH pues parece difícil diferenciar los síntomas que pertenecen al trastorno depresivo y aquellos propios del VIH (muchos de los cuales son similares), a ello se suma una posible falta de habilidades diagnósticas del personal de salud.

Distintos estudios documentan la relación inversa que existe entre la sintomatología depresiva y la adherencia terapéutica (DiMatteo, Lepper y Croghan, 2000; Horberg et al., 2008; Maru et al., 2008; Orejudo et al., 2006; Piña, Tapia, Sánchez-Sosa, Togawa, y Robles, 2008b; Starace et al., 2002) aun controlando otras variables como las sociodemográficas (Royal, et al., 2009) y evaluando su relación a lo largo del tiempo (Lazo et al., 2007). Un metaanálisis realizado por DiMatteo et al., (2000) llevó a la conclusión de que los pacientes que padecen sintomatología depresiva presentan hasta tres veces mayor una adherencia terapéutica defectuosa, que sus contrapartes que no la padecen. De manera similar, Rodkjaer et al., (2010) encontraron que aquellos pacientes que padecían sintomatología depresiva corrían un riesgo 5.6 veces mayor de no ser adherentes a la terapia antirretroviral.

La relación entre ambas variables (sintomatología depresiva y la adherencia terapéutica) es complicada. Li y colaboradores (2010) han propuesto que los efectos de la terapia antirretroviral o los de la misma enfermedad pueden producir sintomatología depresiva de forma secundaria, en detrimento de la adherencia terapéutica. Más recientemente, Uthman, Magidson, Safren y Nachega (2014) en un metaanálisis de 111 estudios con un total de 42,366 participantes que

analizó la relación entre ambas variables, concluyeron que la probabilidad de tener una adherencia adecuada (toma adecuada de medicamentos  $\geq 95\%$ ) era 42% menor en aquellos participantes que mostraban síntomas depresivos al compararlos con los que no los padecían.

A su vez, las características propias del trastorno depresivo pudieran influir en las habilidades del paciente para tomar adecuadamente su medicación. En efecto, la sintomatología depresiva influye en las capacidades de autocuidado de los pacientes lo cual dificulta que éstos se adhieran adecuadamente a los tratamientos antirretrovirales (Lawler et al., 2011; Tegger et al., 2008). Específicamente la falta de concentración, los problemas de memoria, el desentendimiento del régimen de medicamentos, y el sentimiento de desesperanza se han aducido para explicar la relación entre la falta de adherencia y la sintomatología depresiva (Balfour et al., 2006; Chesney et al., 2000; OMS, 2016). La sintomatología depresiva ha resultado ser un adecuado predictor de las conductas relacionadas con que los pacientes sean adherentes a los antirretrovirales (Vranceanu et al., 2008) especialmente la porción cognitiva (falta de atención y dificultades en solución de problemas) de la sintomatología depresiva en contraste con la vegetativa como son los trastornos del sueño, del apetito, los cambios en el peso y el cansancio o fatiga (Wagner et al., 2011).

Resulta prioritario instrumentar y evaluar intervenciones que logren mejorar la adherencia a través de la disminución de la sintomatología depresiva ya que los tratamientos que disminuyen la sintomatología depresiva pueden aumentar la adherencia terapéutica

(Nel y Kagee, 2011; Starace et al., 2002) de ahí la importancia de crear intervenciones con dichos objetivos e investigación que corrobore los efectos de dichas intervenciones (González et al., 2011); sin embargo, pocas son las intervenciones que buscan explotar dicha relación (Balfour et al., 2006).

En cuanto a marcadores biológicos, un estudio de Horberg y colaboradores (2008) demostró que un diagnóstico de depresión se asocia con la disminución en la probabilidad de obtener conteos de copias por mililitros de ARN del virus en sangre menores a 500 en medidas de seguimiento de 12 meses. Estos pacientes también presentaban conteos de CD4 significativamente menores a sus pares que no presentaban sintomatología depresiva. Estos hallazgos indican que la influencia de la sintomatología depresiva es tan grande en la adherencia a los medicamentos que influye significativamente en la lucha contra el virus.

González y colaboradores (2011) al realizar un metaanálisis con 95 estudios con un total de 35,029 participantes de distintos países para analizar la relación entre la sintomatología depresiva y la adherencia terapéutica a los medicamentos, concluyeron que las intervenciones enfocadas en disminuir los niveles de sintomatología depresiva aun en niveles subclínicos son una prioridad para la investigación en ciencias del comportamiento.

En sentido inmunológico, el efecto que la sintomatología depresiva ejerce en el desarrollo de la enfermedad de los pacientes seropositivos se encuentra extensamente documentado. Diversos estudios corroboran la estrecha relación que existe entre la sintomatología depresiva y el empeoramiento de la salud en

enfermedades crónicas y específicamente en el VIH (Leserman, 2008; Moussavi et al., 2007; O' Cleirigh, Skeer, Mayer y Safren, 2009) al disminuir los niveles de linfocitos CD4 y aumentando la carga viral en sangre (Ironson et al., 2005a) y los índices de mortalidad relacionados con la enfermedad (Leserman et al., 2007; Lima et al., 2007; Villes et al., 2007); sin embargo, aún hace falta investigación que explique cómo afecta la presencia de depresión en el deterioro de la salud los paciente y su pronóstico (Leserman, 2008), esta relación quizá sea explicada por la falta de adherencia ocasionada por la sintomatología depresiva.

La sintomatología depresiva suele asociarse con la habilidad del sistema inmunológico para alcanzar una adecuada supresión viral (Cruess et al., 2005; Shacham, Nurutdinova, Satyanarayana, Stamm y Overton, 2009,). La relación entre la sintomatología depresiva y la incapacidad para combatir la enfermedad tiene efecto incluso ante los regímenes medicinales más potentes (Alciati, Gallo, Monforte, Brambilla y Mellado, 2007). Hay evidencia que sugiere que una vez que pasa el episodio de sintomatología depresiva la actividad inmunológica normal se recupera (Cruess et al., 2005) haciendo deseable el uso de intervenciones psicológicas para abordar la problemática.

En síntesis, la sintomatología depresiva es un problema que requiere abordarse mediante terapias psicológicas debido a sus implicaciones clínicas (OMS, 2016) y a la relación estrecha entre ésta y la adherencia terapéutica a los antirretrovirales. Es especialmente notorio que es indispensable la creación y evaluación de

intervenciones psicológicas adecuadas para el tratamiento de la sintomatología depresiva en este tipo de casos.

En efecto, el paciente seropositivo puede llegar a presentar diversas manifestaciones psicopatológicas como lo han documentado numerosos estudios (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Barrera, 1996; Berg, Mimiaga y Safren, 2004; Carvalho, 1999; Edo y Ballester, 2006; Flowers, Davis, Larkin, Church y Marriott, 2011; Gatell, Clotet, Podzamczar, Miró y Mallolas, 2011; González-Puente y Sánchez-Sosa, 2001; Kaplam, Sallis y Patterson, 1993; Moreno, Vera-Villarroel, Pérez y Allende , 2004; Piña y Sánchez-Sosa, 2008; Richardson, 1990; Robertson, Parsons, Van der Horst y Hall, 2006; Simoni et al., 2011; Vanable y Carey, 2006). Entre los más frecuentes destacan los trastornos del espectro depresivo y ansioso.

### **1.2.2. Estrés**

El estrés es entendido como demandas ambientales (internas o externas) que la persona valora como imposibles de enfrentar adecuadamente debido a una valoración catastrófica del significado y consecuencias de la situación y de los requerimientos y demandas ocasionadas por ésta y una desvaloración de las propias herramientas y recursos para enfrentarla (Cohen, 1982; Crespo y Labrador, 2003; Repetti, Taylor y Seeman, 2002). También genera reacciones fisiológicas (activación del organismo para afrontar aquellas demandas y comportamentales o “motoras” (conductas específicas para hacer frente a las demandas que la situación plantea). Los estresores pueden derivarse tanto del padecimiento mismo como de la acumulación de acontecimientos y sucesos vitales o

acontecimientos diarios que, al generar estrés sostenido, superan las habilidades de afrontamiento del individuo; (Cohen, 1982; Crespo y Labrador, 2003; Repetti et al., 2002; Labrador, Muñoz y Cruzado, 2004).

Enfrentarse a ser VIH+ es un detonador de respuestas de estrés, que poseen un efecto notable en la presencia de sintomatología ansiosa en el paciente. Dichos síntomas incluyen miedo excesivo como respuesta emocional ante amenazas reales o imaginarias, anticipación de futuras amenazas, activación fisiológica, conductual y psicológicos como pueden ser taquicardia, temblores, sudoración, náuseas, tensión y rigidez muscular, alteraciones en sueño alimentación y respuesta sexual, hipervigilancia, impulsividad, inquietud motora, dificultades de atención, concentración y memoria, preocupación excesiva, rumiación, entre otros (Brandt et al., 2017) Enfrentarse a una enfermedad que atenta contra la vida es uno de los eventos más estresantes a los que se puede enfrentar una persona (Reed, Taylor y Kemeny, 1993). Ser portador del virus de inmunodeficiencia humana implica un conjunto de estresores que impactan el funcionamiento individual, interpersonal, social y el estado de ánimo (Castedo y Santos, 2008). La intensidad de dicho estrés media la gravedad de la sintomatología ansiosa (síntomas de ataques de pánico y ansiedad social) en estos casos (González, Zvolensky, Parent, Grover y Hickey, 2012).

Las explicaciones que se dan para entender el estrés en el paciente seropositivo son muy diversas, sin embargo, todas ellas se relacionan con las repercusiones que la enfermedad tiene en la vida del enfermo y la forma en que los pacientes se enfrentan a ellas. La

ansiedad que se sufre por el diagnóstico del VIH podría estar relacionada con el inminente estigma que eso representa (Morrison et al., 2011). Hay explicaciones que indican que la incertidumbre de no saber cómo se desarrollará la enfermedad es una fuente de estrés constante (Teva, De la Paz Bermúdez, Hernández-Quero, y Buela-Casal, 2005). El estado físico del paciente (cantidad de síntomas que presenta) está asociado con el estrés que padece, incluso, los problemas que ocasiona la enfermedad a nivel relacional impactan en los niveles de estrés (Au et al., 2004).

Problemas en torno al servicio de salud, la pérdida de empleo, la pérdida de hogar, el estigma asociado a la enfermedad (Bottonari, Roberts, Ciesla, y Hewitt, 2005), el decidir si se comparte el estatus de enfermo o no (Hult, Wrubel, Bränström, Acree y Moskowitz, 2012), preocupaciones sobre el cambio en la apariencia física debido al VIH o a la medicación, el tomar el medicamento y sus efectos secundarios, la alteración de metas de vida (Harding y Molloy, 2008) y preocupaciones en torno a la reproducción (Martínez, Lemos y Network, 2012) suelen ser eventos amenazantes específicos al saberse VIH+ a los cuales el paciente debe enfrentarse con sus propios recursos y que podrían propiciar la aparición de la respuesta de estrés por parte de los pacientes. Es debido a todas estas situaciones relacionados con el VIH, aunadas a los eventos amenazantes de la vida, que se vuelve imprescindible la creación de intervenciones que aborden dicha problemática (Orejudo et al., 2006; Brown y Vanable, 2008; Leserman, Ironson, O'Cleirigh, Fordiani y Balbin, 2008).

Existe una relación estrecha entre el estrés y la presencia de sintomatología depresiva. La aparición de estados emocionales en el

paciente, como la ansiedad o el estrés, están relacionados con la probabilidad de padecer sintomatología depresiva (Rodkjaer et al., 2010). Así mismo, distintos estudios confirman la relación que existe entre la sintomatología depresiva y el estrés (Hand, Phillips y Dudgeon, 2006; González et al., 2012). En su ensayo clínico aleatorizado Williams y colaboradores (2013) con 117 participantes, probaron la eficacia de una intervención enfocada para disminuir el estrés experimentado por los pacientes seropositivos y reducir las conductas sexuales de riesgo. Dicha intervención demostró que no sólo reducía los niveles de estrés, sino también los de sintomatología depresiva medida mediante el Inventario de Sintomatología depresiva de Beck - II. Se demostró así la relación estrecha que existe entre ambos constructos. El motivo de esta relación podría ser que las estrategias evitativas empleadas para afrontar el estrés están relacionadas con la sintomatología depresiva, incluso en mediciones de seguimiento a los tres meses (Gore-Felton et al., 2006); concordando de este modo con las explicaciones conductuales de la sintomatología depresiva (Ferster, 1965; Ferster 1973).

Existe una estrecha relación entre la adherencia terapéutica y el estrés (Bottonari et al., 2005; French, Tesoriero y Agins, 2011; Piña, Rivera, Corrales, Mungaray y Valencia, 2006a; Royal, et al, 2009). Incluso existen investigaciones en las que la relación entre estrés y adherencia es más potente que entre la adherencia y la sintomatología depresiva (Leserman et al., 2008). Al respecto de la relación entre estrés y adherencia, Bottonari y colaboradores (2005) documentaron cómo eventos estresantes de la vida pueden ocasionar lapsos de poca adherencia, aun en la ausencia de sintomatología depresiva. Sin

embargo, dicho efecto es mucho mayor cuando el paciente muestra sintomatología depresiva; de ahí que las intervenciones que aborden el estrés también influirán en la adherencia. El modelo que presentan Piña y Sánchez-Sosa (2007) y Sánchez-Sosa y colaboradores (2009) posiciona al estrés como un factor que modera la adherencia terapéutica aunado al apoyo social, la toma de decisiones, y otras variables psicológicas como algunos “rasgos de personalidad” y la sintomatología depresiva. Todo ello hace del estrés una variable que el terapeuta requiere abordar con el paciente en terapia (Bottonari et al., 2010; Piña et al., 2008b).

### **1.2.3. Estados psicológicos y desarrollo de la enfermedad**

Estados o reacciones emocionales negativas (sobre todo si duran mucho) tiene efectos negativos en el sistema inmunológico y en el desarrollo de enfermedades (Cohen, 1982; Repetti et al., 2002). En efecto, el sistema inmunológico puede deteriorarse debido a los efectos del estrés, los miedos y la ansiedad que se experimentan (Amigo et al., 1998; Carvalho, 1999; Kaplam et al., 1993; Marks et al., 2008; Piña y Sánchez-Sosa, 2008). La sintomatología depresiva y un manejo defectuoso del estrés, entre otras (Gore-Felton y Koopman, 2008) aun con tratamientos antirretrovirales altamente activos tienen una influencia significativa en los niveles de CD4 y de carga viral de los pacientes (Ironson et al., 2005a).

Los procesos que subyacen al efecto provocado por las variables psicológicas mencionadas en los marcadores biológicos de relevancia en el VIH solamente poseen explicaciones tentativas del fenómeno. Aún no están completamente claros los mecanismos que explican la

relación entre las variables psicológicas y los marcadores biológicos de relevancia clínica en el VIH (Leserman, 2008). Se ha propuesto que la relación entre dichas variables (estrés y sintomatología depresiva) y la respuesta inmunológica está moderada por una inadecuada respuesta del sistema nervioso simpático a través de la producción de catecolaminas (Cole, 2008), una sobreactividad de esteroides adrenales que modulan la expresión de citosinas y citoquinas (Temoshok, Wald, Synowski y Garzino-Demo, 2008), el efecto de la activación del sistema hipotalámico-pituitario-adrenal (Leserman, 2008), y la relación entre los niveles de norepinefrina modulada por el estrés (Ironson et al., 2008). Otros mediadores incluyen la epinefrina, dopamina y cortisol (Glover, Garcia-Aracena, Lester, Rice y Rothram-Borus, 2010) con los conteos de carga viral del paciente. Algunos autores explican que la relación existente entre la carga viral y el nivel de ansiedad/estrés podrían deberse a una influencia general de dichos estados emocionales en la salud (Teva et al., 2005).

Hay estudios que buscan comprender la relación entre la autoeficacia y la progresión de la enfermedad. Ironson y Hayward (2008) en su meta-análisis encontraron sólo un par de estudios que buscaban entender el efecto de la autoeficacia en la enfermedad; pues algunos estudios sugieren que un incremento en los niveles de autoeficacia de los pacientes parece asociarse con un aumento de linfocitos CD4 y una disminución de la carga viral debido al aumento en la adherencia terapéutica y una disminución en sintomatología depresiva (Ironson et al., 2005b). Lo que ha resultado ser un hallazgo consistente es que la adherencia terapéutica inadecuada actúa como

un claro predictor de los índices de mortalidad y de sintomatología que experimentan los pacientes (Lima et al., 2007; Villes et al., 2007).

No cabe duda del papel central que juega la adherencia a la terapia antirretroviral en el mantenimiento y promoción de la salud de los pacientes VIH+. Un gran número de variables han sido estudiadas en torno a la adherencia, y se ha demostrado en varias ocasiones la relevancia que la sintomatología depresiva y el estrés tienen al hablar no solo de la adherencia a la terapia médica, sino también, en el desarrollo de la enfermedad y el mantenimiento de la salud de los pacientes VIH+.

### **1.3. Tratamiento psicológico en pacientes VIH+**

Desde la aparición de los antirretrovirales para el control de la infección por VIH han surgido nuevos retos (más allá de los cuidados paliativos y de mantenimiento de la salud física de los pacientes) en el manejo de la enfermedad y del paciente seropositivo (Fumaz, Tuldrá y Ferrer, 2003). No hay duda de que los factores psicológicos son mediadores importantes en el desarrollo de la enfermedad de los pacientes infectados por VIH (Kaplan et al., 1993); por ello, se destaca la necesidad de desarrollar intervenciones psicológicas y medir su impacto en la reducción de la morbilidad psicológica asociada a la infección (Barrera, 1996; Bor y Elford, 1998; Carvalho, 1999; Dlanich y Torres, 2002; Piña y Sánchez-Sosa, 2008; Richardson, 1990; Sarafino, 2002; Velásquez, 1996).

Se requieren intervenciones psicológicas creadas específicamente para los pacientes VIH+ debido a las condiciones peculiares del avance de su enfermedad y las repercusiones que

conlleva un estado mental negativo en su salud física (Briongos-Figuero, Bachiller-Luque, Palacios-Martín, De Luis-Román y Eiros-Bouza, 2011; Reis et al., 2011; Rizwan y Irshad, 2012; Valente, 2003). Esto resulta importante debido a que las terapias psicológicas han demostrado utilidad para mejorar el ajuste psicológico en estos casos (Carrico y Antoni, 2008). Según una encuesta realizada por Down y colaboradores (2012) entre las principales necesidades de los recién diagnosticados con VIH se encuentran el que se les brinde apoyo emocional, consejo psicológico e información sobre su tratamiento y estado.

Hasanah, Zaliha y Mahiran (2011) tras evaluar los factores que influyen en la calidad de vida de los pacientes con VIH, concluyeron que hay una necesidad de crear mejores intervenciones psicológicas y de psicoeducación para esta población. Ironson y colaboradores (1994) al hacer seguimiento de dos años a casos recientemente diagnosticados con VIH, encontraron que aquellos que se mantuvieron adherentes a un tratamiento psicológico de manejo del estrés presentaban menores tasas de mortalidad y menor cantidad de síntomas físicos que aquellos que no habían sido adherentes en la intervención psicológica. A su vez, una intervención psicológica de difícil acceso y de baja calidad está relacionada con un aumento de la sintomatología de los pacientes seropositivos (Ryan et al., 2008). Estas investigaciones destacan la importancia de realizar intervenciones psicológicas adecuadas para la población seropositiva.

Las terapias psicológicas tienen un papel central en el pronóstico de los pacientes seropositivos al influir en el estado mental y en los marcadores biológicos relevantes para la enfermedad. Gore-

Felton y Koopman (2008) concluyen tras su revisión sistemática de la literatura de investigación que las terapias que incorporan en sus tratamientos los mecanismos comportamentales asociados a la progresión del VIH podrían promover mejores pronósticos reduciendo la morbilidad y la mortalidad que sufren los pacientes.

La respuesta y el proceso de aceptación de la enfermedad es individual y específico a cada caso y depende del modo en el que la persona entienda su situación (Reynoso y Seligson, 2005; Tsarenko y Polonsky, 2011). Se deben promover programas de intervención específicos a nivel individualizado para las personas con VIH (Moskowitz y Wrubel, 2005) los cuales han de abarcar la evaluación, apoyo y consejo psicológico del paciente (Carvalho, 1999; Piña y Sánchez-Sosa, 2008; Semarari, 2002; Venable y Carey, 2006).

El VIH entraña una situación de vida que despierta la necesidad de crear intervenciones específicas para esta población. Edo y Ballester (2006) al comparar los niveles de sintomatología depresiva medidos mediante el BDI y ansiedad estado y rasgo tomada con el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger, Gorsuch, y Lushene, 1970) en un grupo de 180 participantes, 63 pacientes seropositivos entre sintomático y asintomáticos, 57 pacientes oncológicos, y 60 participantes de población en general en España, concluyeron que la intervención psicológica que se realiza con los pacientes seropositivos debe de ser específica para éstos, debido a las características que dichos casos poseen (mayor sintomatología depresiva y mayores niveles de ansiedad estado y rasgo). Otros hallazgos concuerdan con los anteriores indicando que los pacientes seropositivos requieren un apoyo especial debido a su problemática

y cuadros clínicos particulares (Bourne, Dodds, Keogh, Weatherburn y Hammond, 2009; Jin, Zhao, Zhang, Feng y Wu, 2010; Newman et al., 2008).

El objetivo que requieren perseguir las intervenciones psicológicas reside en disminuir el malestar emocional y aumentar los niveles de adherencia terapéutica a los antirretrovirales. Según indican Kagee y Martin (2010) un objetivo claro en la terapia psicológica con estos pacientes es intervenir en el malestar emocional que experimentan, especialmente por la estrecha relación de estas variables con la calidad de vida, la ideación suicida, la adherencia a los regímenes antirretrovirales y el deterioro de las relaciones familiares.

Dicho malestar afecta el bienestar fisiológico, y por tanto, las intervenciones enfocadas a mejorar el estado emocional de los pacientes son de vital importancia para el tratamiento de la aflicción física en el VIH (Teva et al., 2005) Aunado a ello, el impacto que el malestar emocional posee en el estado inmunitario del paciente, su adherencia o no al tratamiento y una mayor y más adecuada prevención de infecciones, dependen del desarrollo y aplicación de intervenciones psicológicas que se basen en reducir el malestar emocional, volviéndolas una prioridad (Carvalho, 1999; Castrighini et al., 2010; O'Cleirigh, Ironson, Fletcher y Schneiderman, 2008; Piña y Sánchez-Sosa, 2008; Vanable y Carey, 2006). Sin embargo, a la fecha, la adherencia al tratamiento antirretroviral ha sido el objetivo principal del personal de salud (Reis et al., 2011) dejando de lado la sintomatología psicológica (estrés y sintomatología depresiva).

### **1.3.1. Intervenciones en pacientes VIH+**

Hasta ahora se han intentado muy diversos abordajes para intervenir psicológicamente a los pacientes seropositivos; entre ellos se destacan los tratamientos enfocados en la disminución del estrés, mejorar sus habilidades de afrontamiento y aquellos que buscan la aceptación y adaptación a la experiencia por parte del individuo, como se verá en el análisis pormenorizado de varios estudios más adelante. En México, se puede afirmar que los programas de intervención psicológica específicos para los pacientes seropositivos son bastante escasos (Piña y Sánchez-Sosa, 2008).

El consejo psicológico ha sido la herramienta de intervención psicológica más empleada hasta el momento para ayudar a los pacientes seropositivos (Carvalho, 1999). Éste busca facilitar la toma de decisiones, la promoción de conductas saludables, brindar información en torno a la enfermedad y el acompañamiento del paciente (Ayuso, 1997; Sarafino, 2002; Velásquez, 1996).

La psicoeducación es otra de las formas de intervención con mayor número de investigaciones en pacientes VIH positivos. Balfour y colaboradores (2006) propusieron una intervención estructurada basada en la psicoeducación. Su objetivo es tratar de disminuir la sintomatología depresiva y aumentar la adherencia terapéutica a los antirretrovirales, STAART, por sus siglas en inglés (Supportive Therapy for Adherence to Antiretroviral Treatment). Está estructurada para llevarse a cabo desde antes de que el paciente inicie con su tratamiento antirretroviral de modo tal que estuviera preparado para comenzar la medicación con altos niveles de adherencia. La intervención mostró ayudar al paciente a estar

“psicológicamente listo” para comenzar la medicación y para disminuir moderadamente la sintomatología depresiva-ansiosa.

También se han realizado propuestas para emplear intervenciones basadas en psicoeducación para disminuir los niveles de distrés y conductas sexuales de riesgo, así como mejorar la posibilidad de que el paciente comunique su seropositividad a sus seres queridos con resultados alentadores (Olley, 2006).

Una de las vertientes menos prolíficas ha sido la comunitaria. Desde la psicología comunitaria, se han realizado intervenciones que buscan ayudar de forma directa al paciente, siguiendo parámetros como la adaptación social, el apoyo social y la adaptación global a la infección (Dlanch y Torres, 2002).

Se han realizado intervenciones “remotas” para la adherencia terapéutica al medicamento antirretroviral. Por ejemplo, Kalichman y colaboradores (2016) mostraron la efectividad de una intervención vía telefónica mediante un ensayo factorial aleatorizado con una muestra de 600 pacientes, 149 de los cuales se encontraban en el grupo de intervención. Se compararon: a) llamada telefónica y mensajes de texto para recordar la toma del medicamento, b) sólo recordatorios vía mensaje y c) grupo control sin intervención. La intervención estaba precedida de una sesión presencial inicial con psicoeducación del tratamiento médico, sus efectos, y desarrollo de un horario para la toma de medicamentos. Posteriormente se realizaban cuatro llamadas cada 15 días en las que se revisaba la adherencia, se retroalimentaba a los participantes después de calcular los niveles de adherencia de los últimos días, y se brindaba reforzamiento social (elogios descriptivos) a aquellos pacientes que mostraban toma de

medicación de 95% o más. Por último, se hacía una revisión presencial del plan para las siguientes semanas. En los meses posteriores a la medición inicial (primeros doce meses) el grupo de intervención sin mensajes de texto comparado con el grupo control, mostró aumentar la adherencia de 90% o mayor (medida mediante conteo de pastillas) en un 25% al 30% más que el grupo control. También se ha documentado la efectividad de intervenciones mediante mensajes de texto para aumentar la adherencia al medicamento antirretroviral en distintos ensayos clínicos aleatorizados (Garofalo, 2016; Ruan, 2017)

En cuanto a los objetivos más perseguidos por las intervenciones podemos encontrar la búsqueda de la adaptación del paciente a su nuevo estado de seropositividad. La mayoría de las intervenciones buscan mejorar la adaptación a la nueva situación a través de la reducción de otro tipo de sintomatología, especialmente la ansiedad (Harding, Liub, Catalanc y Sherr, 2011). La mayoría de las intervenciones que persiguen este objetivo se basan en la teoría transteórica de Lazarus y Folkman (1986), que busca aumentar los intentos de afrontamiento activo de los participantes, con buenos resultados disminuyendo los niveles de ansiedad y aumentando la aparición de afrontamiento activo por parte de los pacientes (Smith, Tarakeshwar, Hansen, Kochman y Sikkema, 2009). En esta misma línea, se han hecho intentos por instrumentar intervenciones grupales vía telefónica para disminuir estilos de afrontamiento evitativo y aumentar los estilos de afrontamiento adaptativos; sin embargo, este tipo de intervenciones no parecen ayudar a todos los participantes (Heckman et al., 2007; Heckman y Carlson, 2007).

Otro objetivo frecuente de las intervenciones con pacientes con VIH es el aumento de conductas saludables y la disminución de las conductas de riesgo. Las intervenciones que pretenden fomentar habilidades conductuales y aumentar la autoeficacia de los pacientes suelen tener como objetivo la disminución de las conductas sexuales de riesgo y el aumento de la adherencia terapéutica (Kalichman, 2008). La importancia de estos abordajes es que buscan disminuir la propagación del virus en la población (Kalichman, 2008). En la línea de la autoeficacia, Nokes y colaboradores (2012) buscaron mejorar la adherencia terapéutica de los pacientes apoyándose en el trabajo de enfermería quienes instrumentaron la intervención obteniendo buenos resultados aumentando los niveles de adherencia de los pacientes, su percepción de autoeficacia y disminuyendo los niveles de depresión de los participantes; sin embargo, la investigación no especifica el modo en que las enfermeras intervinieron ni el tipo de capacitación que éstas recibieron por lo que es imposible valorar la integridad del tratamiento. Por último, se han realizado intervenciones focales para trabajar con los impulsos autodestructivos de los pacientes seropositivos que pueden interferir con las pautas de la medicación prescritas para dichos pacientes (Gatell et al., 2011). Crepaz et al. (2006) al analizar 12 investigaciones en su metaanálisis concluyen que el éxito en reducir las conductas de riesgo reside en: a) que las intervenciones se enfoquen en el desarrollo de habilidades (uso del adecuado del condón, solución de problemas y habilidades de afrontamiento, habilidades sociales para entablar conversación sobre conductas sexuales seguras con sus parejas) de los participantes, b) que su duración sea larga (por encima de las 10

sesiones de terapia) y c) que estén basadas en teorías conductuales (Crepaz et al., 2006).

Uno de los objetivos más perseguidos durante las diferentes intervenciones es la disminución de la sintomatología depresiva. El número de intervenciones que se han empleado para disminuir los niveles de sintomatología depresiva en los pacientes seropositivos es muy amplio y los abordajes empleados para realizar dichas intervenciones son muy variados. En el metaanálisis realizado por Sherr, Clucas, Harding, Sibley y Catalan (2011) se revisaron 1015 investigaciones que pretendían disminuir la sintomatología depresiva en pacientes VIH+ mediante diferentes abordajes; los autores agruparon las intervenciones en psicológicas (como la terapia cognitivo conductual, grupos de apoyo, asesoramiento, psicoterapia experiencial, terapia interpersonal, entre otros), aquellas denominadas intervenciones “psicotrópicas”, “psicosociales” (cuidados comunitarios, mantras espirituales, grupos de apoyo social, entre otras), de tipo físico (masajes, ejercicio, acupuntura, relajación, etc.) y terapias específicas para la salud en VIH (grupos de apoyo para adherencia, psicoeducación, terapias de reducción de conductas de riesgo sexual entre otras). De todas las terapias que se analizaron, las psicológicas y específicamente aquellas que contenían componentes cognitivo-conductuales fueron las más efectivas para disminuir los niveles de sintomatología depresiva en el análisis realizado. Sherr et al. (2011) comentan que de las 16 intervenciones analizadas que poseían componentes cognitivo-conductuales, 15 lograron mejorar la sintomatología depresiva de forma significativa.

La importancia de estas intervenciones reside en la capacidad que poseen de aumentar las conductas de autocuidado (entre ellas la toma del medicamento) de los pacientes (Olatunji et al., 2006). Curran y colaboradores (2001) realizaron quizá el primer intento de adecuar las intervenciones basadas en el cuidado colaborativo (la intervención era brindada por todo el personal de salud de forma colaborativa, enfermeras, médicos y psiquiatras fungían como parte del equipo terapéutico) para la sintomatología depresiva del personal de salud que trabaja con pacientes seropositivos, sin embargo, el estudio no incluyó datos sobre evidencia empírica de efectividad de la intervención.

También se han realizado distintas intervenciones que buscan disminuir los niveles de ansiedad/estrés en pacientes VIH positivos. Es debido a la evidencia existente de la relación entre los niveles de estrés y ansiedad con un empeoramiento de la salud de los pacientes seropositivos que se ha dado prioridad a la creación de intervenciones enfocadas en disminuir dicha sintomatología (Scott-Sheldon, Kalichman, Carey y Fielder, 2008). Con este objetivo se han empleado desde técnicas “holistas” como la acupuntura hasta terapias basadas en incrementar el apoyo social a los pacientes seropositivos (Clucas et al., 2011). Según indican Scott-Sheldon y colaboradores (2008) en su meta-análisis de las intervenciones enfocadas en la reducción de ansiedad, aquellas que demostraron tener mejores resultados fueron las llevadas a cabo por Balfour y colaboradores (2006) y la creada por Sikkema, Hansen, Kochman, Tate y DiFrancesco (2004). La intervención llevada a cabo por Balfour y colaboradores (2006) se basó en un modelo psico-educativo

enfocado en la adherencia antirretroviral, las habilidades de afrontamiento y estrategias de relajación, mientras que la intervención propuesta por Sikkema y colaboradores (2004) fue grupal de corte cognitivo-conductual enfocado en mejorar las habilidades de afrontamiento de los participantes.

#### *1.3.1.1. Intervenciones en México*

Específicamente en México podemos encontrar algunas intervenciones psicológicas específicas para pacientes seropositivos. Piña (2004) denotó la importancia de que los psicólogos se involucren en el tratamiento de los pacientes seropositivos, así como en desarrollar investigaciones en torno al tema. El Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) brinda una guía para la atención psicológica de los pacientes seropositivos como método de intervención psicológica; sin embargo, más que una guía o protocolo de intervención, el libro consta de un compendio de dinámicas grupales que buscan aumentar la aceptación de la nueva condición de enfermo y mejorar las capacidades de afrontamiento de la persona frente a las pérdidas ocasionadas por la enfermedad, por ejemplo la salud (CONASIDA, 1998).

En 2001, González-Puente y Sánchez-Sosa, aplicaron intervenciones individuales de corte cognitivo-conductual enfocadas en aumentar la calidad de vida de pacientes seropositivos con resultados de mejoría en las distintas áreas del constructo.

Neria (2016) creó un programa de psicoeducación de adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes recientemente diagnosticados con VIH en Ciudad de México. La intervención

contenía información sobre VIH-SIDA, adherencia antirretroviral, significado de carga viral, conteo de CD4 y su relación, y el tratamiento antirretroviral. También incluyó información sobre efectos secundarios del tratamiento médico, reinfección de VIH, uso de condón, y conductas de salud (alimentación, higiene del sueño, tabaco, drogas, etc.). El programa demostró tener un aumento estadísticamente significativo en el grado de conocimiento de los participantes en torno a la enfermedad y sus conceptos básicos medido mediante un cuestionario con los contenidos de la intervención brindada; en cuanto a la adherencia terapéutica, las hojas de autorregistro empleadas para el estudio no fueron llenadas por los participantes de modo que no se cuentan con datos al respecto, sin embargo, de los 11 participantes 9 se encontraban tomando medicamento antirretroviral y presentaron mejorías en sus niveles de carga viral en las mediciones de seguimiento al compararlas con las medidas de inicio de tratamiento.

García (2017) desarrolló una intervención grupal utilizando técnicas de la terapia racional emotiva encaminada a identificar y reducir las creencias irracionales. La intervención demostró ser efectiva en modificar varias creencias en las cuatro mujeres VIH positivas que participaron en el estudio.

Martínez (2017) realizó una intervención de corte cognitivo conductual con una duración de 10 a 12 sesiones semanales con dos horas de duración. La intervención consistía de un módulo de psicoeducación en VIH, principios básicos de la terapia cognitivo conductual, ansiedad y sintomatología depresiva; una sesión de

pasos vitales (técnica detallada más adelante); un módulo de activación conductual (la técnica se detalla más adelante).

El componente de reestructuración cognitiva consistió básicamente en detectar verbalmente enunciados que implicaran distorsiones de información o creencias que interfirieran con conductas adaptativas y modificarlas mediante intercambios verbales que mostraran su carácter de equívoco o su baja probabilidad o irracionalidad. El entrenamiento en relajación (con respiración diafragmática y relajación progresiva, autógena o imaginación guiada) consiste básicamente en entrenar al paciente (en una postura físicamente cómoda) a modificar reacciones fisiológicas asociadas a emociones incompatibles con la metas conductuales, mediante la inducción verbal (con retroalimentación) de una respiración lenta, profunda, pausada y de una flacidez muscular secuenciada por grupos musculares fácilmente identificables para el paciente. En la imaginación guiada el terapeuta induce la visualización de situaciones en las que el paciente gradualmente logra sensaciones o conductas congruentes con las metas terapéuticas. Finalmente, el componente de apoyo social incluye reuniones en grupos relativamente pequeños de pacientes en las que el facilitador o terapeuta promueve comentarios de aliento con énfasis en buenas probabilidades de recuperación de seguirse los lineamientos de la terapia, así como una oferta interpersonal de apoyo. La intervención buscaba disminuir los niveles de ansiedad y sintomatología depresiva y valorar su impacto sobre la adhesión terapéutica, afrontamiento, apoyo social, y variables fisiológicas de la enfermedad (medidas de CD4 y carga viral). La intervención se implementó en

siete participantes. Los resultados mostraron que se redujeron los niveles de sintomatología depresiva y ansiosa (medidas con los Inventario de Sintomatología Depresiva y de Ansiedad de Beck).

### ***1.3.1.2. Abordaje cognitivo-conductual en VIH***

El objetivo de la terapia cognitivo-conductual estándar es el de reducir la intensidad del sufrimiento emocional del paciente (Semarari, 2002). Por ello, el uso de estas intervenciones generalmente ayuda a disminuir los efectos psicológicos negativos (sintomatología depresiva y estrés) que representa saberse seropositivo, tal y como lo muestran estudios recientes y otros que se pormenorizan más adelante (Côté et al., 2015; Creswell, Myers, Cole y Irwin, 2009; Sarafino, 2002; Williams, Joo, Lipira y Glass, 2017).

El uso de la terapia cognitiva-conductual se perfila como un enfoque adecuado de intervención en pacientes VIH+ (O'Cleirigh y Safren, 2006; Safren et al., 2009; Vranceanu et al., 2008). Específicamente, la intervención individual de tipo cognitivo-conductual en otras enfermedades crónicas (diabetes e hipertensión) ha mostrado efectos para mejorar la calidad de vida, disminuir los niveles de ansiedad y sintomatología depresiva, mejorar los estilos de afrontamiento, subir los niveles de adherencia terapéutica y el bienestar de los pacientes (Cortazar-Palapa, Alcazar, Riveros y Sánchez-Sosa, 2005).

La intervención cognitivo-conductual ha resultado útil para propiciar la adaptación del paciente seropositivo a su nueva situación, disminuir su malestar emocional, mejorar la calidad de vida, disminuir el estrés, disminuir el sufrimiento emocional y

aumentar la adhesión al tratamiento antirretroviral (Chesney, 2006; García Huete, 1993; Miller, 1989; Piña y Sánchez-Sosa, 2008; Reynoso y Seligson, 2005; Semarari, 2002; Vanable y Carey, 2006).

En la actualidad, la intervención cognitivo-conductual específica para el tratamiento de los pacientes seropositivos de mayor relevancia es la terapia cognitiva-conductual para la Adherencia Terapéutica y la Sintomatología depresiva (CBT-AD, por sus siglas en inglés). Este tratamiento hace énfasis en la sintomatología depresiva y la adherencia terapéutica debido a la importancia que ambas variables poseen en el tratamiento de los pacientes seropositivos (Berg, Raminani, Greer, Harwood y Safren, 2008). A continuación, se describe este tratamiento.

#### *1.3.1.2.1. Terapia cognitiva-conductual para la Adherencia y la Depresión (CBT-AD).*

La CBT-AD es un compendio de técnicas que se basa en el abordaje tradicional cognitivo-conductual postulado por Beck (1987) para la sintomatología depresiva y combina técnicas de intervención creadas específicamente para pacientes con enfermedades crónicas (Safren, Otto y Worth, 1999; Thomason, Bachanas y Campos, 1996). Los módulos que contiene son un módulo de pasos vitales (técnica explicada más adelante), un módulo de introducción a la terapia cognitivo conductual, activación conductual (técnica explicada más adelante), evaluación de los pensamientos y reestructuración cognitiva, un módulo de solución de problemas como ayuda en el proceso de toma de decisiones, y por último un módulo con técnicas

de relajación (particularmente respiración diafragmática, técnica explicada más adelante, y relajación muscular progresiva).

La intervención ha demostrado en repetidas ocasiones su eficacia en pacientes (principalmente blancos, no hispanos) viviendo con VIH/SIDA. Numerosos ensayos controlados aleatorizados demuestran los claros efectos de la CBT-AD (Safren et al., 2001; Safren et al., 2009). Para mayor referencia se pueden revisar los estudios de caso (N=5) realizados en hombres que tienen sexo con hombres (Safren, et al. 2004); ensayo clínico aleatorizado (N=89) en pacientes con uso de drogas inyectables en el cual se comparó el tratamiento usual + CBT-AD vs. tratamiento usual, se emplearon pastilleros electrónicos para monitorear la toma de los medicamentos y se midió la depresión por un observador “ciego” (Safren, et al., 2012); el ensayo clínico aleatorizado (N=45) en pacientes VIH+ comparando tratamiento usual + CBT-AD Vs. tratamiento usual, en el cual se empleó la evaluación por observador ciego con mediciones pre post y seguimientos a 6 y 12 meses y autoinforme de adherencia (Safren et al. 2009). Todos estudios en los cuales la CBT-AD ha demostrado su efectividad para aumentar los niveles de adherencia a la terapia antirretroviral y disminuir los niveles de depresión de los participantes.

El estudio más reciente encontrado que buscaba probar la eficacia de la CBT-AD fue realizado por Safren, et al. (2016), el ensayo clínico aleatorizado comparó la CBT-AD con una duración de 13 sesiones, con brindar información en torno a la enfermedad, uso de solución de problemas para afrontar la depresión y consejería individual siguiendo los lineamientos para la técnica de pasos vitales

(explicada más adelante) con una duración de 13 sesiones, y, tratamiento usual con una sesión de pasos vitales con una duración total de siete sesiones. Los hombres y mujeres participantes (N=221) fueron asignados de forma aleatoria a las tres condiciones de tratamiento. Durante el tratamiento se llevaron a cabo mediciones semanales de la adherencia terapéutica al medicamento antirretroviral mediante pastilleros electrónicos y sintomatología depresiva mediante tres escalas diferentes (Center for Epidemiologic Studies Depression scale, Clinical Global Impression scale, y, Montgomery-Asberger Depression Rating Scale), así mismo se realizaron mediciones de seguimiento a los cuatro, ocho y doce meses. Los pacientes en el grupo de tratamiento mediante la CBT-AD obtuvieron mejores resultados en adherencia al medicamento y en los puntajes obtenidos en las escalas para medir depresión que los participantes en el grupo de tratamiento usual tanto en mediciones durante el tratamiento como en mediciones de seguimiento, pero no al compararlos con el grupo de consejería.

Sin embargo, dichos resultados han visto limitada su generalización debido a la especificidad de los tipos de muestra empleadas (pacientes blancos no hispanos) hasta el momento y por los niveles elevados de preparación y especialización de los investigadores que realizan las intervenciones (en la mayoría de los casos el personal se compone de psicólogos con doctorado).

Existen pocos intentos por emplear la CBT-AD en población latina. Solamente Simoni y colaboradores (2013) realizaron una prueba clínica aleatorizada preliminar para la CBT-AD con 40 participantes de ascendencia latina en la frontera de Estados Unidos

y México. La intervención consistió de psicoeducación en VIH y depresión, un ejercicio motivacional diseñado para promover el cambio conductual, un módulo de activación conductual y programación de actividades, un módulo de reestructuración cognitiva que incluía entrenamiento en pensamiento adaptativo y reestructuración de pensamientos automáticos negativos, un módulo de solución de problemas, y un módulo de relajación que incluía entrenamiento en respiración diafragmática y entrenamiento en relajación muscular progresiva; en total la intervención consistía de nueve sesiones de aproximadamente 50 minutos llevadas a cabo cada siete a catorce días con el objetivo de concluirse en cuatro meses de tratamiento más dos sesiones de repaso de los contenidos de la intervención a los cinco y seis meses

El estudio comparó la CBT-AD frente al tratamiento usual demostrando que en mediciones de seguimiento a los 6 y 9 meses los participantes en el grupo tratado con CBT-AD tenían 4 veces mayor probabilidad de presentar una adherencia perfecta (del 100% de las tomas) frente a los participantes en el grupo de tratamiento usual. Al comparar las mediciones obtenidas mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI) entre ambos grupos se encontró que había una diferencia estadísticamente significativa usando el método de ecuaciones de estimación generalizadas tanto a los 6 (OR=-3.64, p=.05) como a los 9 meses (OR= -4.80, p= .01) de seguimiento.

En el estudio de Simoni y colaboradores (2013) los participantes reportaron que las técnicas de reestructuración cognitiva eran poco prácticas y/o invasivas. La intervención consumió demasiado tiempo, dificultando su aplicación en participantes con problemas

socioeconómicos o situacionales que limitan la capacidad del participante para sostener tratamientos de larga duración. En un estudio cualitativo de las opiniones de los participantes a este programa, se mostró que éstos sentían que los módulos no estaban del todo enfocados a enfrentarse a la situación vital creada por el saberse VIH+ (Berg et al., 2008).

#### *1.3.1.3.2. Terapia para la sintomatología depresiva activación conductual.*

La activación conductual (AC) es una intervención que tiene como objetivo mejorar el estado de ánimo de los pacientes mediante el incremento de las actividades del individuo facilitando la aparición de reforzadores potencialmente antidepresivos en el ambiente (Dimidjian et al., 2006). En general, la activación conductual busca identificar y promover que el paciente realice actividades que le resulten placenteras (Santiago-Rivera et al., 2008) consistentes con sus metas a largo plazo, con el fin de romper el ciclo de la sintomatología depresiva (Dimidjian et al., 2006). Las técnicas de activación conductual incluyen el automonitoreo (tanto del estado de ánimo como del nivel de agrado que resulta de las actividades realizadas), la estructuración de las actividades diarias (elaboración de agendas y organización de las actividades a realizar cada día), la valoración del grado de placer experimentado mientras se realiza una actividad (mediante autorregistros), la exploración de conductas relacionadas con las metas personales (el paciente indica cuáles son sus objetivos para distintas áreas de su vida, por ejemplo, en el ámbito familiar y

de relaciones cercanas, y en función de dicha meta se buscan actividades específicas), entre otras (Dimidjian et al., 2006).

Las terapias que sólo emplean los componentes de activación conductual para tratar la sintomatología depresiva han probado su eficacia en distintas ocasiones: en pacientes con sintomatología depresiva grave la AC ha mostrado niveles de eficacia tan elevados como los obtenidos mediante el tratamiento con antidepresivos, y más eficaces que aquellos de la terapia cognitiva sola (Dimidjian et al., 2006). La AC genera niveles elevados de resistencia a las recaídas, equiparables con los de la terapia cognitiva, y la cognitivo-conductual (Gortner, Gollan, Dobson y Jacobson, 1998) y más elevados que el tratamiento mediante antidepresivos (Dimidjian et al., 2006). Es interesante notar que, en revisiones y metaanálisis, no se encuentran diferencias significativas entre la terapia cognitivo-conductual con o sin las técnicas cognitivas (Bell, Marcus y Goodlad, 2013). Específicamente en Estados Unidos Kanter, Diéguez, Rusch, Busch y Santiago-Rivera, (2008) aplicaron las técnicas de AC con una paciente que presentaba sintomatología depresiva; tras su estudio de caso los investigadores concluyeron que la AC es una opción viable para el tratamiento de la sintomatología depresiva en poblaciones latinas debido al éxito que obtuvieron con su participante; lo cual sugiere, como indican Santiago-Rivera et al., (2008) que el uso de la AC para el tratamiento de la sintomatología depresiva es preferible a las intervenciones cognitivo-conductuales tradicionales.

Las intervenciones basadas en activación conductual se han empleado en otras enfermedades crónicas en pacientes con sintomatología depresiva logrando disminuir los niveles de

depresión de los participantes, entre ellas cáncer y fibromialgia (Lundervold, Talley y Buermann, 2008; Hopko et al., 2013).

Específicamente en VIH, Magidson, Seitz-Brown, Safren, y Daughters (2014) realizaron una intervención grupal la cual sólo contaba con los módulos de activación conductual junto con pasos vitales (ambas técnicas explicadas más adelante). Participaron 13 pacientes los cuales no estaban obligados a ir a todas las sesiones. La investigación consistió de ocho sesiones en total, de las cuales, cada participante asistió en promedio a 3.49 sesiones. Al concluir la intervención se observó la reducción clínicamente significativa de la sintomatología depresiva tomada con el HADS pasando de padecer depresión según el punto de corte de la escala a dejar de padecerla. Sin embargo, dichas mediciones sólo se tomaron de cuatro participantes, los únicos que decidieron asistir de forma voluntaria a las sesiones de seguimiento. Dos de éstos fueron los que asistieron más a las sesiones grupales. Se observaron ligeras mejoras en los niveles de adherencia de los pacientes según la escala analógica visual empleada durante la investigación, pero los pacientes ya eran adherentes desde la línea base (adherencia del 99% en línea base al 100% en medición de final de tratamiento a las 8 semanas).

Las intervenciones mediante AC pueden implementarlas para-profesionales del sector salud sin disminuir los efectos de la intervención; además, la capacitación para poder realizar intervenciones basadas en AC es relativamente sencilla y corta. Las ventajas de la activación conductual radican en la facilidad de su implementación y en no requerir habilidades terapéuticas de difícil

adquisición para su implementación por parte de los terapeutas (Lejuez, Hopko, y Hopko, 2001).

En la revisión de la intervención mediante activación conductual realizada por Richards, et al. (2016) se realizó un ensayo clínico aleatorizado con N=440 comparándose la técnica de AC con la terapia cognitivo conductual y se realizaron mediciones de seguimiento a los seis, 12 y 18 meses. Los terapeutas siguieron manuales escritos para guiar sus intervenciones pudiendo intervenir un máximo de 20 sesiones a lo largo de 16 semanas. La terapia mediante activación conductual fue impartida por personal de salud sin experiencia en la técnica ni en técnicas cognitivo conductuales de intervención; el personal de salud asistió a un entrenamiento en AC y sus componentes por 5 días previo a la intervención. La terapia mediante AC consistió en un programa individualizado que buscaba acercar a los participantes a estímulos positivos en su ambiente y a desarrollar estrategias de manejo de la depresión. Se motivó a los participantes a enrolarse en actividades y situaciones que ellos consideraran positivas y a que redujeran las estrategias de evitación y escape propias de la depresión. Los componentes principales de la activación conductual incluían la identificación de conductas específicas de la depresión, análisis de los detonantes y consecuencias de las conductas relacionadas con la depresión, monitoreo de las actividades diarias, desarrollo activo de conductas encaminadas a objetivos específicos elegidos por los participantes, organización de las actividades y programación de las mismas en el tiempo, y desarrollo de conductas alternativas a las respuestas de rumiación relacionadas con depresión. La intervención mediante técnicas

cognitivo conductuales fue impartida por psicoterapeutas acreditados por la British Association of Behavioural and Cognitive Psychotherapy y poseían grados de maestría o doctorado en terapia cognitivo conductual. La terapia era individualizada y se basaba en ayudar a los participantes a darse cuenta de cómo los pensamientos y creencias influían en sus estados emocionales. Los participantes empleaban técnicas propias de la terapia cognitivo conductual para poner a prueba dichas creencias con el objetivo de identificar y modificar los pensamientos negativos y las creencias que los originaban. La investigación concluyó que la intervención mediante activación conductual no fue inferior a la terapia cognitivo conductual en mediciones realizadas con la Patient Health Questionnaire 9. Entre el 61 y el 70 % de los participantes cumplieron los criterios de recuperación de la depresión y respondieron al tratamiento de manera favorable en las mediciones de 12 meses, no se encontraron diferencias entre la proporción de pacientes recuperados entre los grupos. Los investigadores concluyen que la terapia basada en técnicas de la AC puede ser brindada por para profesionales del sector salud reduciendo los costos de la intervención sin que ello suponga una reducción en los efectos positivos de la terapia al compararla con las técnicas de intervención cognitivo conductuales.

Distintas revisiones a la técnica de AC sugieren que no hay diferencias significativas en los resultados terapéuticos obtenidos entre las intervenciones implementadas por terapeutas especializados y aquellas impartidas por para-profesionales capacitados (Faust, 1995; Hattie, Sharpley y Rogers, 1984). Mientras

que las terapias más complejas como la TCC requiere una capacitación de dos a tres años de entrenamiento intensivo. En cambio, las pocas competencias requeridas para intervenir mediante activación conductual pueden ser aprendidas en unas semanas (Ekers, Dawson y Bailey, 2013).

La activación conductual es una intervención parsimoniosa, sencilla, eficiente (Hopko, Lejuez, Ruggiero y Eifert, 2003) y de bajo costo en comparación con los beneficios que logra (Ekers et al., 2011).

Tomando en cuenta ambas intervenciones (CBT-AD y AC) se puede proponer que si los relativamente complejos componentes cognitivos de la CBT-AD pueden omitirse sin una pérdida significativa de la eficacia en el tratamiento, la intervención conductual resultante podría resultar muy aceptable para los pacientes latinos y fácilmente aplicable mediante una intervención por el personal sanitario, teniendo el potencial de ser extendida a consejeros para-profesionales, como trabajadores sociales o incluso trabajadores del sector salud capacitados en la técnica.

Los componentes de la activación conductual se pueden adaptar fácilmente a los valores culturales de las poblaciones latinas, representando un potencial mayor que las intervenciones cognitivo-conductuales con esta población debido a la posibilidad de la técnica de cambiar las actividades que se van a realizar según el caso individual de cada paciente (Santiago-Rivera et al., 2008); incluso, el ensayo clínico realizado por Simoni y colaboradores (2013) reveló que los componentes de AC fueron calificados por los pacientes como los más universalmente aceptados y útiles.

En la Actualidad, la intervención Cognitivo-Conductual específica para el tratamiento de los pacientes seropositivos de mayor relevancia se enfoca en la disminución de la sintomatología depresiva y el aumento de la adherencia terapéutica del paciente. La terapia Cognitivo-Conductual para la adherencia terapéutica y la depresión (CBT-AD por sus siglas en inglés) hace énfasis en la depresión y la adherencia terapéutica debido a la importancia que ambos temas poseen en el tratamiento de los pacientes seropositivos (Berg, Raminani, Greer, Harwood, y Safren, 2008). Sin embargo, las intervenciones CBT-AD son de difícil administración y requieren de personal altamente capacitado para ser impartidas. Las intervenciones mediante técnicas conductuales (particularmente la AC) ha demostrado su utilidad para disminuir los niveles de depresión en poblaciones diversas incluidas enfermedades crónicas distintas del VIH. Es por ello que la modificación de la CBT-AD y su reducción a sus componentes conductuales, dejando de lado las técnicas cognitivas de intervención, se postula como un posible tratamiento a la problemática.

## **Capítulo 2. Planteamiento del problema**

Los pacientes infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) suelen presentar tras su diagnóstico distintos problemas psicológicos que van desde decremento drástico de la autoestima hasta intentos suicidas. Como han mostrado numerosos estudios, dichos problemas implican un serio malestar emocional y dificultades al enfrentarse con una nueva condición de vida (Amigo et al., 1998; Barrera, 1996; Berg et al., 2004; Carvalho, 1999; Edo y

Ballester, 2006; Flowers et al., 2011; Gatell et al., 2011; González-Puente y Sánchez-Sosa, 2001; Kaplam et al., 1993; Moreno et al., 2004; Piña y Sánchez-Sosa, 2008; Richardson, 1990; Robertson et al., 2006; Simoni et al., 2011; Vanable y Carey, 2006).

La epidemia por VIH es un problema que afecta a un gran número de personas. El número de casos a nivel mundial presenta un aumento constante (OMS, 2017). Particularmente en México el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA (2017) reportaron que el número de casos de VIH detectados en la población aumenta cada año. En virtud de las características sociodemográficas y geográficas de esta epidemia, que la caracterizarían como *concentrada*, a futuro harán falta estudios que examinen las condiciones que llevarían a diseñar abordajes preventivos y de tratamiento específicos. Dicha aproximación se encontraría más allá de los propósitos del presente estudio.

El VIH ocasiona un deterioro progresivo y lento del sistema inmunológico del paciente, pudiendo demorar años en presentarse los síntomas de la infección (Vargas y Boza, 2012). Es gracias al tratamiento antirretroviral de alta actividad (TARV) que hoy en día la infección se categoriza como crónica con una esperanza de vida casi normal (Castro et al., 2007; OMS, 2017). El objetivo del tratamiento medicamentoso es suprimir la replicación del virus en la sangre permitiendo la recuperación gradual del sistema inmunológico del paciente (Vargas y Boza, 2012); por ello, la adherencia terapéutica de los pacientes al medicamento es una prioridad.

Para que un paciente sea considerado adherente debe de cumplir con una toma casi perfecta de su pauta médica pues el éxito

de la terapia antirretroviral depende de niveles tan elevados como el 95% de apego al esquema médico; la disminución a 90% de la adherencia puede resultar en una reducción marcada de las tasas de supresión viral y en el fracaso del tratamiento médico (Berg et al., 2007; Castro et al., 2007; Hughes et al., 2011). Pese a la importancia de mantener niveles de adherencia mayores al 95%, ésta suele no presentarse, pues sólo entre el 57% y el 77% de los pacientes presentan una óptima adherencia a su pauta médica (Gifford et al., 2000; Berg et al., 2007; Li et al., 2010). En México, se han encontrado porcentajes aun menores de adherencia, cercanos al 50% de casos (Piña et al., 2008a; Peñarrieta et al., 2009).

La adherencia al tratamiento médico está relacionada con factores psicológicos tales como: ansiedad, estrés y sintomatología depresiva; las cuales al presentarse coadyuvan a una disminución de ésta. Dichas variables, además de afectar los niveles de adherencia, también tienen un efecto negativo en la progresión de la enfermedad (Gore-Felton y Koopman, 2008; Kaplam et al., 1993).

La prevalencia de sintomatología depresiva en los pacientes VIH positivos es elevada llegando a presentar sintomatología depresiva alrededor del 20% al 40% de los casos (Galvan et al., 2008; Horberg et al., 2008; Mao et al., 2008; Newman, et al., 2008; Pinto et al., 2012). La prevalencia de sintomatología depresiva es aún mayor que en otras enfermedades crónicas entre ellas el cáncer (Asch et al., 2003; Edo y Ballester, 2006). Además, Weatherburn et al. (2009) en una encuesta realizada a 1,777 pacientes cero positivos en Inglaterra encontraron que la mayoría de los pacientes dicen no estar contentos con sus habilidades para hacer frente a la sintomatología depresiva.

La presencia de sintomatología depresiva está relacionada con la falta de adherencia terapéutica a los antirretrovirales. Rodkjaer y colaboradores (2010) encontraron en una muestra de 255 pacientes VIH positivos que aquellos que presentaban riesgo de padecer sintomatología depresiva grave (evaluada mediante el Inventario de Sintomatología depresiva de Beck-II y una evaluación psiquiátrica) tenían una probabilidad casi seis veces mayor (5.7) de saltarse la toma del medicamento por lo menos en una ocasión en los últimos cuatro días. Lazo et al. (2007) en un estudio longitudinal con 1,944 pacientes encontraron que padecer sintomatología depresiva podía predecir la presencia de adherencia; un paciente deprimido tiene una probabilidad hasta tres veces mayor que sus contrapartes que no la padecen de no ser adherentes. En el meta-análisis realizado por DiMatteo y colaboradores (2000) al analizar los estudios que median sintomatología depresiva, ansiedad y adherencia terapéutica al medicamento realizados entre 1968 y 1998 (N = 25), encontraron que los pacientes deprimidos tienen una probabilidad hasta tres veces mayor de no ser adherentes.

La relación estrecha entre sintomatología depresiva y la falta de adherencia terapéutica a los antirretrovirales podría deberse a que la sintomatología depresiva influye en las habilidades requeridas para que el paciente realice adecuadamente conductas de autocuidado (Lawler et al., 2011; Tegger et al., 2008). Específicamente, la falta de concentración, los problemas de memoria y el sentimiento de desesperanza, característicos de la sintomatología depresiva, han sido empleados para explicar la relación entre la sintomatología

depresiva y la falta de autocuidado de los pacientes (Balfour et al., 2006).

Padecer una enfermedad que atenta contra nuestra vida es uno de los eventos más estresantes a los que nos podemos enfrentar (Reed et al., 1993). Son fuentes de estrés para el paciente: el estigma (Morrison et al., 2011), el no saber cómo se desarrollará la enfermedad (Teva et al., 2005) y el estado físico del paciente (Au et al., 2004).

Existe una estrecha relación entre el estrés y la sintomatología depresiva. Distintos estudios han demostrado la relación entre el estrés y la sintomatología depresiva, especialmente con los niveles de estrés percibidos (Hand et al., 2006; González et al., 2012). Por ejemplo, Rodkjaer et al. (2010) con una muestra de 205 pacientes de los cuales 77 presentaban síntomas de sintomatología depresiva, medidos con el Inventario de Sintomatología depresiva de Beck - II (BDI-II), encontraron que aquellos pacientes deprimidos tenían una mayor probabilidad de presentar niveles de estrés elevados autorreferidos.

Los niveles de estrés, además, impactan en la adherencia terapéutica de los pacientes a la terapia antirretroviral. Se han llevado a cabo distintos estudios que demuestran dicha relación (Bottonari et al., 2005; French et al., 2011; Piña et al., 2006a; Royal, et al, 2009). Específicamente Leserman et al., en su estudio del 2008, en el cual buscaban encontrar aquellas variables demográficas, de conductas de salud y psicosociales que influyeran en la disminución de los niveles de adherencia a la terapia antirretroviral de 105 pacientes VIH+, encontraron que aquellos pacientes que habían sufrido algún evento estresante en los últimos seis meses presentaban menores niveles de

adherencia al compararse con pacientes que no habían vivido ningún evento estresante en los últimos 6 meses.

Debido a la importancia que los factores psicológicos poseen en la progresión física de la enfermedad, como en el mantenimiento de niveles adecuados de adherencia médica, es que las intervenciones psicológicas son herramientas de gran relevancia en el tratamiento de los pacientes seropositivos (Barrera, 1996; Bor y Elford, 1998; Carvalho, 1999; Dlanich y Torres, 2002; Piña y Sánchez-Sosa, 2008; Richardson, 1990; Sarafino, 2002; Velásquez, 1996). Por ello, hay una necesidad de crear intervenciones psicológicas y de psicoeducación para la población (Down et al., 2012; Hasanah et al., 2011). Sin embargo, el número de intervenciones que se han desarrollado hasta el momento para trabajar con esta problemática es escaso (Piña y Sánchez-Sosa, 2008).

La terapia cognitivo-conductual se ha destacado por los efectos positivos que posee en el tratamiento de los pacientes VIH+ al propiciar la adaptación, mejorar la calidad de vida, disminuir el estrés, disminuir el sufrimiento emocional y aumentar la adhesión al tratamiento antirretroviral (Chesney, 2006; García Huete, 1993; Miller, 1989; Piña y Sánchez-Sosa, 2008; Reynoso y Seligson, 2005; Semarari, 2002; Vanable y Carey, 2006).

La Terapia Cognitivo Conductual para la Adherencia y la Sintomatología depresiva (CBT-AD) se basa en el abordaje cognitivo conductual tradicional, combinada con los abordajes empleados usualmente en otros pacientes con enfermedades crónicas (Safren et al. 2009). La terapia comienza con una sesión dedicada a aumentar la adherencia terapéutica de los pacientes a su medicamento ("Life

Steps” o Pasos Vitales). En esta sesión se emplean técnicas de solución de problemas para ayudar al paciente a abordar los problemas que tengan que afecten su adherencia al medicamento buscando una solución activamente (Safren et al., 1999). En el resto de sesiones se trabaja con la sintomatología depresiva del paciente; se da psicoeducación para la sintomatología depresiva, técnicas de activación conductual, reestructuración cognitiva en la cual se presta principal atención a los pensamientos en torno a la adherencia terapéutica, solución de problemas, relajación muscular progresiva y respiración diafragmática (Safren, González y Soroudi, 2007).

Específicamente en México se han desarrollado pocas intervenciones específicas a la población VIH+, denotándose la importancia de que los psicólogos se involucren en el tratamiento de éstos y en el desarrollo de investigaciones en torno al tema (Piña, 2004). Particularmente, el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) brinda a sus psicólogos una guía con dinámicas grupales que pretenden aumentar la aceptación de la nueva condición de enfermo y mejorar las capacidades de afrontamiento del individuo frente a las pérdidas ocasionadas por la enfermedad por ejemplo de la salud o los cambios en su estilo de vida (CONASIDA, 1998); sin embargo, no se encontraron estudios que demuestren su eficacia. En México, y con relevancia para el presente estudio, sólo se encontraron las intervenciones realizadas por González-Puente y Sánchez-Sosa (2001) y por Martínez (2017) ambas constaban de intervenciones individuales de corte cognitivo-conductual. Sin embargo, la CBT-AD consume demasiado tiempo para su realización volviéndola una intervención de difícil aplicación

(mínimo 12 sesiones semanales, alrededor de tres meses) en pacientes VIH+ los cuales siguen un régimen estricto de citas y revisiones médicas. Además, la intervención tiene problemas al adecuarse a la cultura latina pues las técnicas de reestructuración cognitiva, pese a ser efectivas, fueron calificadas por los participantes como poco prácticas y/o invasivas.

Una posible solución a los problemas existentes al tratar de aplicar la CBT-AD con población mexicana la encontramos en las intervenciones de activación conductual (AC). Las terapias creadas solamente empleando los componentes de AC para tratar la sintomatología depresiva han probado su efectividad en pacientes con sintomatología depresiva grave (Dimidjian et al., 2006) y en otras enfermedades crónicas, entre ellas cáncer y fibromialgia (Lundervold et al., 2008; Hopko et al., 2013). Específicamente Kanter y colaboradores (2008) indican tras aplicar las técnicas de AC en un estudio de caso que dichas intervenciones pueden adecuarse fácilmente a las poblaciones latinas debido al énfasis que la AC da a los factores contextuales de la sintomatología depresiva; prefiriéndose su uso sobre las intervenciones cognitivo-conductuales tradicionales por la facilidad con que estas técnicas se adaptan a distintos valores culturales (Santiago-Rivera et al., 2008). Además, las intervenciones mediante AC pueden ser llevadas a cabo por paraprofesionales del sector salud sin disminuir los efectos de la intervención (Ekers et al., 2013; Faust, 1995; Hattie et al., 1984). Adquirir las técnicas para llevar a cabo la AC requiere una corta capacitación de un par de meses, en comparación con los dos a tres

años de capacitación intensiva requerida por la terapia cognitivo conductual (Ekers et al., 2013).

Hay una ausencia de intervenciones psicológicas adecuadas para la población mexicana con pacientes seropositivos. Hasta el momento solamente la CBT-AD se ha empleado como un intento para brindar apoyo a dicha población; sin embargo, pese a ser eficaz al disminuir la sintomatología depresiva de los pacientes y en aumentar su adherencia terapéutica a las terapias antirretrovirales, la intervención no siempre resulta funcional en el contexto mexicano debido a las dificultades inherentes en su aplicación (la duración del tratamiento, su dificultad para ser aplicada y su falta de adecuación a la cultura mexicana). Dichas dificultades hacen que la AC sea una opción viable para solucionar el problema.

Distintos estudios denotan la importancia de la adherencia terapéutica a la terapia antirretroviral en la mejora de la salud y control de la enfermedad en los pacientes VIH+ y del efecto que tanto la depresión como los niveles de estrés tienen en que el paciente presente una adecuada adherencia a sus medicamentos antirretrovirales; así mismo, se ha demostrado en distintas ocasiones que la terapia cognitivo conductual y de activación conductual mejora los niveles de depresión, estrés y adherencia médica en distintas muestras. Por tanto, hemos de esperar que una intervención basada en las técnicas de AC y la CBT-AD mejore los niveles de adherencia a la terapia antirretroviral de los pacientes y disminuya los niveles de estrés y depresión de los participantes.

Es en vista de lo anterior que el propósito del estudio fue evaluar la efectividad de una intervención basada en AC sobre la sintomatología depresiva, el afrontamiento ante el estrés y la adherencia terapéutica a la terapia antirretroviral de pacientes mexicanos seropositivos.

Con dicho propósito, el estudio se dividió en dos etapas, una primera etapa de creación, validación y pilotaje de los contenidos y materiales empleados para la impartición de la intervención basada en AC, y una segunda etapa de evolución de la efectividad del tratamiento creado.

## **Capítulo 3. Creación, validación y pilotaje de la intervención y autorregistros.**

### **3.1. Objetivo General**

Crear una intervención (tanto contenidos como autorregistros a emplearse) basada en las técnicas de AC que cumpla los criterios de validación por jueces expertos y que sea comprensible y de fácil administración según el juicio de los participantes en pilotaje.

### **3.2. Objetivos Particulares**

Crear un primer borrador de los materiales y contenidos a emplearse durante el periodo de intervención (crear un manual de intervención que guíe el tratamiento).

Crear y diseñar autorregistros de activación conductual y adherencia terapéutica a la terapia antirretroviral.

Realizar una perimer valoraciond e los materiales creados por expertos.

Aplicar y evaluar la comprensión de los modulos creados por pacientes VIH+ impartiendo cada modulo por separado.

Realizar un pilotaje de la intervención y sus autorregistros para evaluar su aplicabilidad en la población objetivo.

### **3.3. Procedimientos**

#### **3.3.1. Creación de los contenidos de la intervención y autorregistros.**

Tras la revisión de los materiales empleados en las intervenciones en el proyecto The Nuevo Día Study de la Universidad de Texas en el Paso, por Simoni et al. (2013), la CBT-AD (Berg et al., 2008; Safren et al., 2009; Safren et al., 2012; Simoni et al., 2013) y las intervenciones de AC (Daughters et al., 2008; Le juez, Hopo, Acierno, Daughters y Pagoto, 2011); se creó el primer borrador del material de intervención a emplearse en el proyecto.

Fue a través de esta revisión que se decidió incluir los seis módulos que conformaron el tratamiento en su totalidad al eliminar los componentes cognitivos y de reestructuración cognitiva de la propuesta de intervención de la CBT-AD (los módulos psicoeducación sobre sintomatología depresiva, activación conductual, entrenamiento en adherencia y pasos vitales, solución de problemas, entrenamiento en respiración diafragmática, y, repaso, mantenimiento y prevención de recaídas, que comprenden la intervención aparecen descritos más adelante).

Por su parte los autorregistros de activación conductual fueron creados basándonos en los lineamientos de Labrador (2011) mientras que los de adherencia a la terapia antirretroviral se tomaron del trabajo de Neria (2016) con ligeras modificaciones a su propuesta.

#### **3.3.2. Validación por juicio de expertos**

### ***3.3.2.1. Manual de intervención.***

Esta primera versión del manual de tratamiento se envió a distintos jueces expertos mediante correo electrónico para que evaluaran la comprensión de los contenidos y la utilidad de los ejercicios contenidos en el manual de tratamiento.

En total el manual fue revisado por especialistas en el tratamiento de pacientes VIH+ (cinco especialistas entre ellos, dos psiquiatras y tres psicólogos que laboran diariamente con pacientes VIH+), tres especialistas en intervenciones cognitivo-conductuales (de los cuales dos poseen doctorado en psicología clínica) y un especialista en creación de manuales educativos con varios años de experiencia laborando en el ámbito.

Los expertos realizaban anotaciones al margen del manual de tratamiento en las secciones que a su juicio requerían modificaciones y sugerían nuevas formas de redactar los contenidos. Dichos cambios fueron posteriormente revisados por el equipo de investigación, el cual, realizó los cambios sugeridos en la redacción del manual de intervención. Así mismo, los expertos recomendaron se incluyeran dos ejercicios que mejorarían la comprensión de los temas por parte de los participantes uno en el módulo de psicoeducación en depresión y otro en el módulo de solución de solución de problemas.

Posteriormente, los pictogramas, figuras y contenidos gráficos contenidos en el manual de tratamiento tanto en el módulo de psicoeducación de depresión como en el módulo de relajación y respiración diafragmática (véase figura 2 más adelante) fueron revisados por 22 psicólogos independientes, con estudios en ciencias conductuales y de la salud en la Universidad Nacional Autónoma de

México para corroborar su efectividad para la recogida de información y uso a lo largo de la intervención.

A los 22 psicólogos se les entregaron hojas con los dibujos contenidos en el manual de intervención algunos de los cuales aparecen en la Figura 2. Para que estos indicaran la utilidad de los mismos.

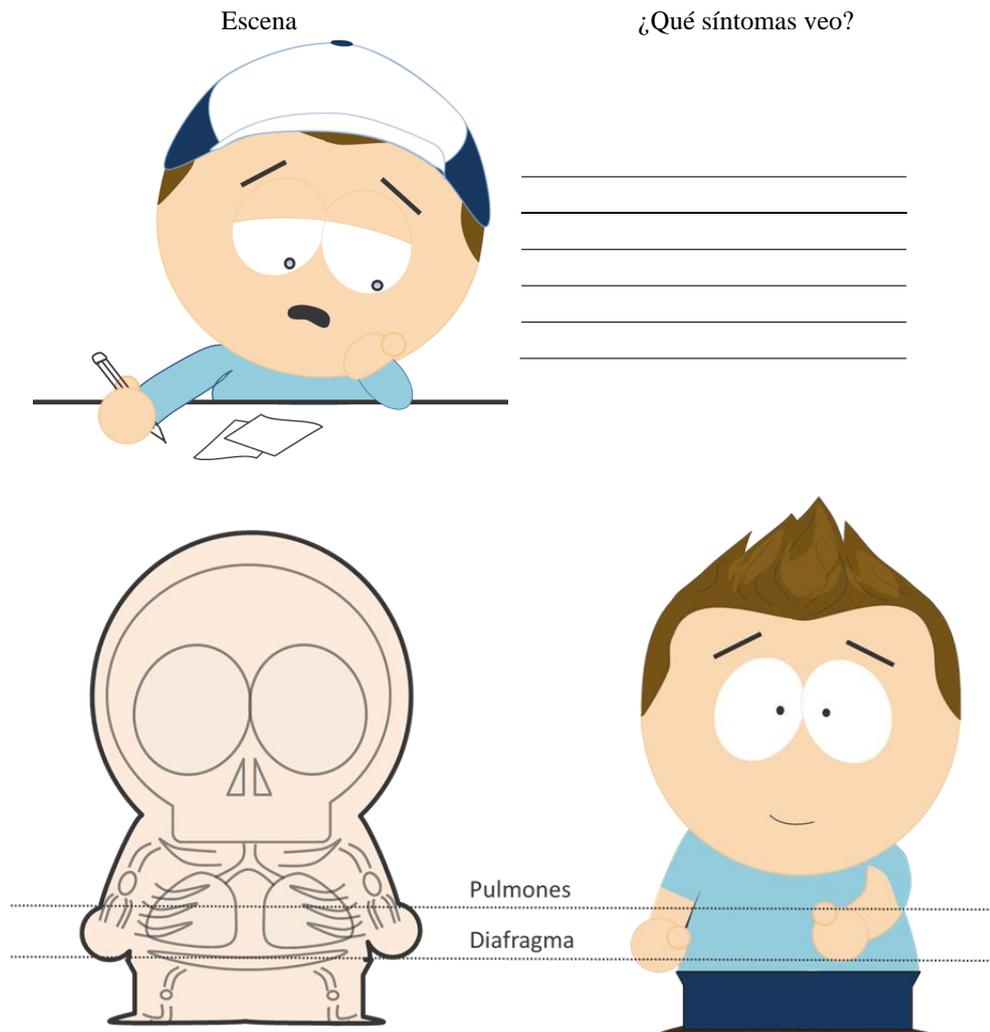


Figura 1. Ejemplo de contenidos gráficos del manual evaluados por expertos.

El objetivo de la primera imagen de la Figura 1 (donde aparece una escena y la pregunta de *¿qué síntomas veo?*), era que los participantes identificaran los síntomas de la depresión para afianzar

el aprendizaje de los mismos. Al presentarle las imágenes a los expertos se les pidió que indicaran que síntomas propios de la depresión veían representados por el dibujo de la izquierda. En todas las escenas presentadas (cuatro en total) por lo menos un síntoma de la depresión fue correctamente interpretado por los expertos denotando así la utilidad de los dibujos para representar los síntomas. Aunado a ello, se preguntó a los expertos si encontraban útiles las imágenes para afianzar el conocimiento de los participantes en torno a los síntomas de la depresión; más del 90% de los expertos encontraron las imágenes útiles. Por último, se pidió a los expertos sugirieran mejoras a las imágenes mostradas, sin embargo, la única sugerencia fue que se presentaran las imágenes en color a los participantes y no en blanco y negro.

La segunda imagen de la Figura 1 también fue presentada a los expertos, en esta ocasión se preguntó si consideraban útil la imagen para indicar a los palpitanes a que altura del cuerpo se encontraban ubicados el diafragma y los pulmones. De nuevo, más del 90 % de los expertos consideraron la imagen útil para alcanzar dicho propósito. Posteriormente se sugirieron mejoras a la imagen y se cambió la línea indicativa de los pulmones y el diafragma de una línea sólida por una punteada a sugerencia de los expertos.

### ***3.3.2.2. Autorregistros.***

Los autorregistros (cuyos contenidos aparecen ampliamente explicados más adelante en el apartado de instrumentos) de activación conductual y de adherencia terapéutica a la terapia antirretroviral a lo largo de la intervención fueron revisados por 22

psicólogos independientes, con estudios en ciencias conductuales y de la salud en la Universidad Nacional Autónoma de México para corroborar su efectividad para la recogida de información y uso a lo largo de la intervención.

Para ello, se mostraron a los expertos los autorregistros de activación conductual y de adherencia terapéutica a la terapia antirretroviral y se les pidió indicaran si consideraban estos útiles para recabar la información pertinente, por un lado, que los autorregistros de activación conductual sirvieran para que los participantes indicaran que actividades estaban realizando a lo largo de su día y qué tan agradables les parecían dichas actividades; y por el otro, que el registro de adherencia terapéutica a la terapia antirretroviral nos indicara si los participantes estaban tomando su medicamento antirretroviral y si lo estaban haciendo en un horario adecuado. Los expertos consideraron los autorregistros útiles y pertinentes y no sugirieron se hicieran cambios a los mismos.

### **3.3.3. Aplicación por módulos separados.**

Una vez concluida la revisión por parte de los expertos de los módulos contenidos en la intervención, se llevó a cabo una aplicación de cada módulo de forma separada con participantes que cumplieran los criterios de inclusión al estudio (criterios explicados a detalle más adelante).

De modo tal que cada módulo fue impartido a un participante diferente con el fin de evaluar la comprensión de los contenidos del manual, la cantidad del tiempo que se demoraba la aplicación de cada

uno de los módulos y la complejidad y utilidad de los ejercicios presentes en la intervención.

En total se realizaron tres sesiones presenciales, una para cada una de las primeras tres sesiones comprendiendo un total de cinco módulos (se excluyó de esta primera evaluación de los contenidos por parte de los participantes la cuarta sesión de repaso, mantenimiento y prevención de recaídas pues dicha sesión era imposible de administrar de forma independiente).

Al concluir cada una de las sesiones se pedía a los participantes que opinaran sobre los contenidos de la sesión que acababan de presenciar, se evaluaba la comprensión de los contenidos, qué tan difíciles les habían parecido los ejercicios, y se les pedía su opinión sobre cómo creen que se podría hacer más sencillo y comprensible la materia.

Tras esta primera aplicación de cada uno de los módulos se decidió hacer pocos cambios al manual pues los participantes refirieron tener pocos o ningún problema en la comprensión del material ahí contenido.

#### **3.3.4. Pilotaje**

Una vez validados los contenidos por los expertos y al terminar la revisión por módulos separados en situaciones reales de tratamiento, se realizó un pilotaje con dos participantes de los contenidos del tratamiento y del manual en su totalidad con el objetivo de evaluar la comprensión de los contenidos por parte de los participantes y se tomó nota de las sugerencias que los mismos usuarios hicieron del material y sus contenidos. En el próximo

capítulo se detallan ampliamente los criterios empleados para la selección de los participantes, los módulos contenidos en la intervención, los instrumentos empleados y los pasos que siguieron los participantes a lo largo del pilotaje.

El objetivo del pilotaje fue evaluar el correcto diseño de los materiales, es decir, estimar que tan efectivos tanto para brindar información (al realizar el tratamiento apegándonos estrictamente al manual de intervención) como para el acopio de información (en cuanto al llenado de los autorregistros por parte de los participantes).

En este sentido, se juzgaron pertinentes dos tipos de valoraciones, la primera versó en probar la claridad de los contenidos de la intervención, dicha valoración se realizaba al final de cada módulo preguntándole abiertamente a los participantes si había quedado clara la información expuesta, si habían encontrado los ejercicios en los módulos útiles, si los habían encontrado de difícil aplicación o comprensión y si habían encontrado palabras o lenguaje que consideraran complicado en la exposición del módulo.

En segundo lugar, se valoró la eficacia de los autorregistros para la recopilación de datos; de nuevo se preguntaba abiertamente si los participantes tenían problemas a la hora de su llenado y si los habían encontrado tediosos o difíciles de completar.

Al final de cada sesión se preguntaba directamente a los participantes si hubo alguna palabra que no entendieran, si algo del material les había parecido difícil de comprender, si el contenido les había parecido útil y relevante para su vida y si los ejercicios les habían parecido útiles y sencillos. Tomando en cuenta las observaciones realizadas por los dos participantes se realizó una

última revisión de los materiales y técnicas de la intervención con vistas a su idoneidad para su uso en el presente proyecto realizándose cambios a los materiales a emplearse durante la etapa de intervención:

- Se buscó reducir la complejidad del contenido al emplear un lenguaje más coloquial a lo largo de todo el material y reduciendo la cantidad de texto presente, disminuyendo así las dificultades para la comprensión del material por parte de los participantes.
- Se eliminaron dos ejercicios con componentes matemáticos (los participantes debían sacar porcentajes) de los módulos de Pasos Vitales y Solución de Problemas debido a la dificultad y tiempo que consumía la realización de los ejercicios.
- Se redujo la cantidad de tiempo necesario para impartir los módulos de “Psicoeducación en sintomatología depresiva y Activación conductual”, y “Solución de problemas y Pasos vitales” reduciendo la cantidad de información dada. Se redujo la cantidad del texto con el fin de disminuir el tiempo dedicado en los módulos anteriormente mencionados.

## **Capítulo 4. Evaluación de la efectividad de la intervención mediante AC.**

### **4.1. Objetivo General**

Evaluar los efectos de la terapia de activación conductual en los niveles de carga viral plasmática, conteos de CD4, adherencia al tratamiento antirretroviral, sintomatología depresiva y afrontamiento ante el estrés.

### **4.2. Objetivos Particulares**

Evaluar los efectos de la intervención de AC en los niveles de carga viral plasmática y CD4 de los participantes.

Evaluar la efectividad de la terapia de AC para disminuir la sintomatología depresiva medida mediante el Inventario de Depresión de Beck - II.

Evaluar la efectividad de la terapia de AC para aumentar las estrategias de afrontamiento ante el estrés del participante evaluadas a través del cuestionario Situaciones Vinculadas al Estrés -12.

Evaluar la efectividad de la terapia de AC para aumentar la adherencia terapéutica a la terapia antirretroviral medida por la VPAD-24 (Variables Psicológicas y Comportamientos de Adhesión).

Evaluar la efectividad de la terapia de AC para aumentar los niveles de agrado de las actividades reportadas por los participantes en autorregistros de AC.

Evaluar la efectividad de la terapia de AC para aumentar la adherencia terapéutica a la terapia antirretroviral autorreferida por los participantes en autorregistros de adherencia.

### 4.3. Método

#### 4.3.1. Participantes

El estudio incluyó 8 participantes hombres de la Ciudad de México viviendo con VIH/SIDA. La media de edad de los participantes fue de 27.5 (de los 22 a los 35 años); la pauta médica prescrita más común en los participantes fue una sola pastilla al día (efavirenz, emtricitabina, y tenofovir disoproxil fumarato); de todos los participantes solo tres de ellos no poseían un trabajo formal, uno de los cuales aún era estudiante. Por otro lado, solo tres de ellos poseían una relación amorosa estable, un noviazgo y dos uniones libres. Por último, todos habían concluido preparatoria, uno de ellos se encontraba aun en su carrera y uno había terminado sus estudios de maestría, el resto poseía una carrera universitaria.

**Tabla 1.**  
**Edad, tratamiento médico y tiempo desde diagnóstico de VIH por participante.**

	Participantes							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Edad	25 años	23 años	37 años	24 años	22 años	29 años	25 años	35 años
Medicación prescrita	EFV	EFV	EFV	DTG	DTG	EFV	EFV	DTG
	FTC	FTC	FTC	FTC	FTC	FTC	FTC	FTC
	TDF	TDF	TDF	TDF	TDF	TDF	TDF	TDF
Tiempo de diagnóstico	1 año y medio	2 años.	7 años	9 meses	2 meses	5 años	4 meses	6 meses

**Nota:** EFV: efavirenz; FTC: emtricitabina; TDF: tenofovir disoproxil fumarato; DTG: dolutegravir

Como podemos observar en la Tabla 1, la media de edad de los participantes fue de 27.5 años siendo el más joven el participante cinco con 22 años de edad y el mayor el participante tres con 37 años

de edad. La moda de tratamiento recibido por los participantes fue EFV, FTC, y TDF (cinco de ellos) mientras que el resto tomaba DTG, FTC y TDF (tres de ellos). La media de años que los participantes tenían viviendo con VIH fue de 25.87 meses (dos años y dos meses aproximadamente).

Los criterios de inclusión incluyeron ser VIH+, mayor de 18 años de edad y haber iniciado tratamiento antirretroviral. El paciente debía presentar sintomatología depresiva (por lo menos puntajes brutos superiores a 13 en el Inventario de sintomatología depresiva de Beck-II), y mostrar una adherencia sub-óptima a la terapia antirretroviral (menor al 95% en la última semana) como proponen Golin et al. (2002); “en los últimos 7 días ¿Cuántas veces no ha tomado su medicamento?”. Se tomaban como errores de adherencia cualquier desviación en el horario de administración del medicamento antirretroviral u omisión de la toma reportada por el paciente esto debido a que las guías de intervención en VIH sugieren que la toma del medicamento se realice a la misma hora todos los días para prevenir la aparición de efectos secundarios debido al medicamento y la posterior disminución de la adherencia de los pacientes al régimen medicamentoso (Concejo Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida, 2018b; U.S. Department of Health and Human Services, 2014).

Se excluyó del análisis final a los participantes que no concluyeron el 80% de las intervenciones educativas-terapéuticas; particularmente el módulo de Activación Conductual. Un total de dos participantes de los diez reclutados en total.

#### **4.3.1.1. Reclutamiento**

Se realizaron las siguientes acciones para reclutar participantes en el estudio: uso de medios digitales y redes sociales (véase el Apéndice A), bola de nieve: se pedía a los mismos participantes que recomendaran el tratamiento a sus conocidos que podrían beneficiarse del tratamiento, se contactó a dirigentes de organizaciones no gubernamentales para dar a conocer el proyecto y dejar folletos informativos en sus instalaciones (Fundación Unidos Por Un México Vivo A.C. y Fundación Eudes), y, se repartieron folletos y trípticos en distintas zonas de la Ciudad de México (véase el Apéndice B).

Una vez que los interesados se contactaban con el investigador se les explicaban las características del estudio, se realizaba una breve entrevista para obtener la información de contacto del participante y evaluar los criterios de inclusión, para posteriormente agendar la primera cita con el posible participante.

Aquellos pacientes que deseaban participar pero que no cumplían con los criterios necesarios para ser integrados a la investigación, se les invitaba a participar en un grupo taller con los contenidos resumidos de la intervención.

#### **4.3.2. Materiales e Instrumentos**

**4.3.2.1. Adherencia terapéutica a antirretrovirales: Variables psicológicas y comportamientos de adhesión (VPAD-24) (Piña, Corrales, Mungaray y Valencia, 2006b)**

Cuestionario con propiedades psicométricas documentadas para evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes seropositivos

con consistencia interna ( $\alpha = 0.852$ ); además se comprobó su validez conceptual mediante un análisis factorial exploratorio con rotación varimax, validez concurrente mediante el coeficiente de correlación de Pearson y validez predictiva comprobada mediante un análisis de regresión lineal múltiple. El instrumento consta de 24 preguntas agrupadas en cuatro apartados (adhesión a otros tratamientos médicos antes de que fueran diagnosticados con VIH, práctica de comportamientos de adhesión al tratamiento, evaluación de competencias sociales relacionadas con el VIH de los participantes y el grado de dificultad de los comportamientos de adherencia). La escala presenta una escala tipo Likert del 1 al 5 (Piña et al., 2006b). Los puntajes brutos obtenidos en la VPAD-24 comprenden tanto las variables psicológicas relacionadas con la adherencia al medicamento (por ejemplo: "¿qué tan difícil se le hace a usted mantenerse relajado y en calma?") como las conductas de adherencia autorreferidas por el entrevistado tanto en el pasado (por ejemplo, en el ítem: "Antes de que usted recibiera el diagnóstico como VIH positiva, si por algún motivo se sentía mal o enfermaba físicamente, ¿acudía con un médico para que lo revisara y le diera tratamiento?") como actualmente (por ejemplo, en el ítem: "En el transcurso de la semana pasada, ¿consumió usted los medicamentos tal y como se lo indicó su médico?" ).

#### ***4.3.2.2. Sintomatología depresiva: Inventario de sintomatología depresiva de Beck (BDI-II)***

Versión mexicana de la escala adaptada por González, Reséndiz, y Reyes-Lagunes (2015) que ha mostrado consistencia interna con un alfa de Cronbach de .87, .92, y, .91 en tres muestras una

de adultos, otra de estudiantes, y una de pacientes VIH+ en México respectivamente (Rodríguez et al, 2012) y que cumple con los criterios de validez convergente al comparar los resultados de las muestras antes mencionadas con escalas de sintomatología depresiva y ansiedad (Escala de Ansiedad y Sintomatología depresiva Hospitalarias). La versión mexicana, al igual que la original, se compone por tres factores (síntomas cognitivos, dificultades de desempeño, y quejas somáticas). Consta de 21 reactivos con cuatro opciones de respuesta de tipo Likert que varían según el reactivo. Los puntajes resultantes categorizan el nivel de sintomatología depresiva en mínima, leve, moderada y grave.

#### ***4.3.2.3. Afrontamiento del estrés: Situaciones vinculadas con estrés (SVE-12)***

Escala adaptada por Piña, Valencia, Mungaray y Corrales (2006c) para población VIH+; posee consistencia interna ( $\alpha = 0.904$ ). Consiste de 12 preguntas, agrupadas en tres factores (toma de decisiones, tolerancia a la ambigüedad y tolerancia a la frustración). Las respuestas se muestran en formato Likert y van del 1 “no es una situación amenazante” a 10 “es una situación sumamente amenazante”.

#### ***4.3.2.4. Autorregistro: Activación Conductual.***

El autorregistro incluye, una columna para que el participante indique en qué día de la semana se realizó el registro. Una columna donde debía indicar cuáles fueron las actividades realizadas a lo largo de dicho día, y el nivel de agrado obtenido por cada una de las

actividades realizadas, para ello, el paciente debía responder la pregunta ¿Qué tanto me gustó? para cada una de las actividades que realizó mediante una escala de valoración numérica-visual. Por último, el participante debía indicar el nivel de agrado resultante para cada día contestando la pregunta ¿Cómo me sentí hoy? mediante una escala de valoración numérica-visual. (véase hoja de registro en Apéndice C).

#### ***4.3.2.5. Autorregistro: Adherencia terapéutica a la terapia antirretroviral.***

En el autorregistro constaba de una hoja con cuatro tablas las cuales comprendían el registro de dos semanas diferentes. Cada tabla contenía divisiones para los días de la semana en los cuales los participantes debían de marcar con una cruz los días donde habían tenido fallas en su adherencia al medicamento y con una paloma los días en que si habían tomado su medicamento de forma adecuada. La primera tabla de la semana pedía al participante que indicara si se tomó su o sus medicamentos antirretrovirales a lo largo del día mientras que la segunda tabla para la semana pedía a los participantes que indicaran si se los habían tomado en un horario adecuado, a la misma hora todos los días. (véase hoja de registro en Apéndice D).

#### ***4.3.2.6. Evaluaciones de integridad del tratamiento.***

Al final de cada sesión se entregaba una hoja con preguntas cerradas y abiertas relacionadas con los contenidos de la intervención (Apéndice E). Las preguntas abiertas se enfocaban en evaluar si el

objetivo general de cada uno de los módulos había sido alcanzado preguntando directamente a los participantes si recordaban información específica de los módulos recientemente vistos. Las preguntas cerradas se empleaban para evaluar si se habían realizado tareas y ejercicios específicos de cada uno de los módulos a lo largo de la sesión.

#### ***4.3.2.7. Bitácoras del terapeuta.***

Durante cada una de las sesiones el terapeuta llevaba registros clínicos de la información relevante que se obtenía para cada uno de los pacientes; la bitácora se escribía en una hoja de libreta en la cual se registraba el código con el que se identificaba a cada uno de los participantes, la fecha de la sesión en cuestión y la información relevante obtenida a lo largo de la sesión en cuestión.

#### ***4.3.2.8. Manual de tratamiento.***

Manual empleado como guía para la intervención realizada. A lo largo de la etapa de intervención los participantes recibirían siete módulos de terapia basada en AC (para mayor información véase el manual completo de intervención en Apéndice F y la sección de tratamiento más adelante) de modo individual.

#### ***4.3.2.9. Consentimiento informado.***

Documento de dos hojas (Apéndice G) basado en los lineamientos citados por Mondragón-Barrios (2009) que contiene los beneficios y riesgos de participar en la presente investigación; en él se indican, además, las responsabilidades y derechos del participante si

decide formar parte de la investigación; así como de aquello a lo que se compromete el grupo investigador para con el participante. El documento tiene una sección para las firmas del participante y del terapeuta en el cual el participante se expresa la intención voluntaria de participar en la investigación.

#### **4.3.3. Diseño del estudio**

Por su naturaleza clínica en cuanto a la exploración del efecto de una intervención el estudio utilizó un esquema intrasujetos de caso único con tantas réplicas como participantes se pudieron reunir, en virtud de que cada paciente constituye una réplica sistemática del efecto clínico de la intervención sobre la adherencia terapéutica, la sintomatología depresiva y el afrontamiento del estrés (Kazdin, 2011; Sidman, 1960; Tate et al., 2013).

Los estudios que incluyen comparaciones intrasujetos, también denominados "N = 1" son estudios en los que se valoran los cambios en una o más conductas en dos o más condiciones (usualmente una de línea base y una de tratamiento) en un mismo individuo (Keppel, 1991; Kazdin, 2011; Tate et al., 2013). Estos diseños presentan ventajas importantes sobre las comparaciones tradicionales de grupo, entre ellas: su flexibilidad en el diseño y las etapas de la investigación, su susceptibilidad de instrumentarse con pocos participantes, su capacidad de exponer la variabilidad individual de cada participante, su interpretación directa de los resultados mediante el análisis visual de las mediciones realizadas, su capacidad para establecer tratamientos empírica, social o ecológicamente validados, entre otras (Baer, Wolf y Risley, 1987; Perdices, 2009).

Este tipo de diseños permite evaluar la utilidad de una intervención o tratamiento del mismo modo que se haría en un ensayo clínico aleatorizado presentando algunas ventajas sobre estos últimos (Kravitz et al., 2008; Sidman, 1960) especialmente en términos de validez interna y externa de los resultados (Rizvi y Nock, 2008). En cuanto a la validez externa de los datos, si bien en un ensayo clínico aleatorizado es común el uso de listas largas de criterios de exclusión lo cual puede llegar a sesgar las muestras, en los diseños N=1, aunque la muestra sea de menor tamaño, es menos probable que se excluyan posibles participantes de la muestra, más aun, la generalización de los resultados puede ser demostrada por la replicación sistemática del estudio en múltiples participantes. Por otro lado, la validez interna de los resultados se consigue mediante el seguimiento cercano de los efectos del tratamiento sobre la variable dependiente.

La Figura 2 muestra un diagrama de flujo simple que representa la secuencia de pasos generales que siguió la presente investigación desde el pilotaje de la intervención hasta el seguimiento.

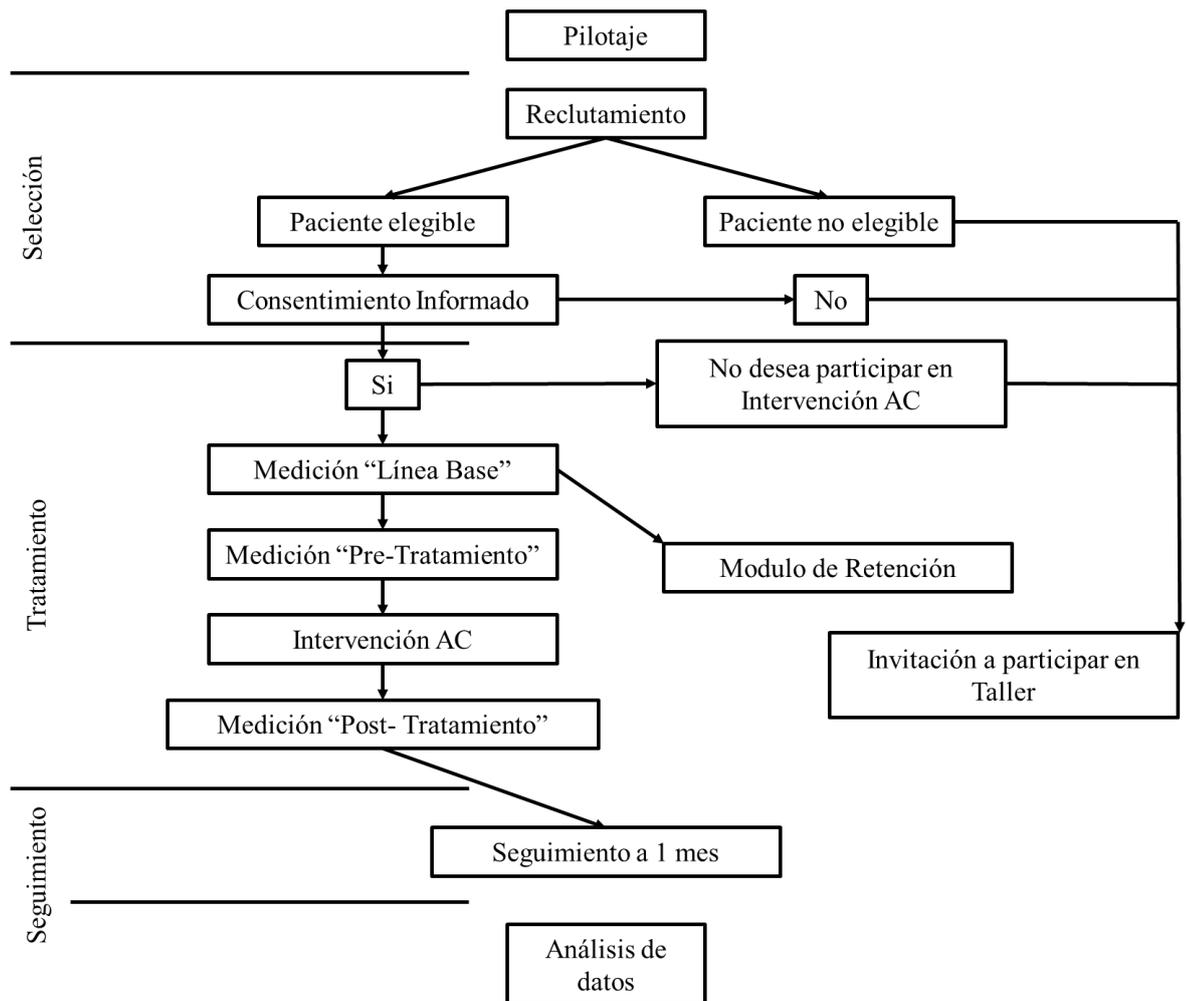


Figura 2. Diagrama de flujo del proceso del estudio.

#### 4.3.4. Procedimiento

El proyecto evaluó los efectos en la sintomatología depresiva y ansiosa tras la administración de una intervención basada en las técnicas de AC (Manual incluido en Apéndice F), a partir de reunir los resultados en autorregistros y pruebas psicométricas anteriormente descritas sobre un grupo de pacientes tratados de manera individual.

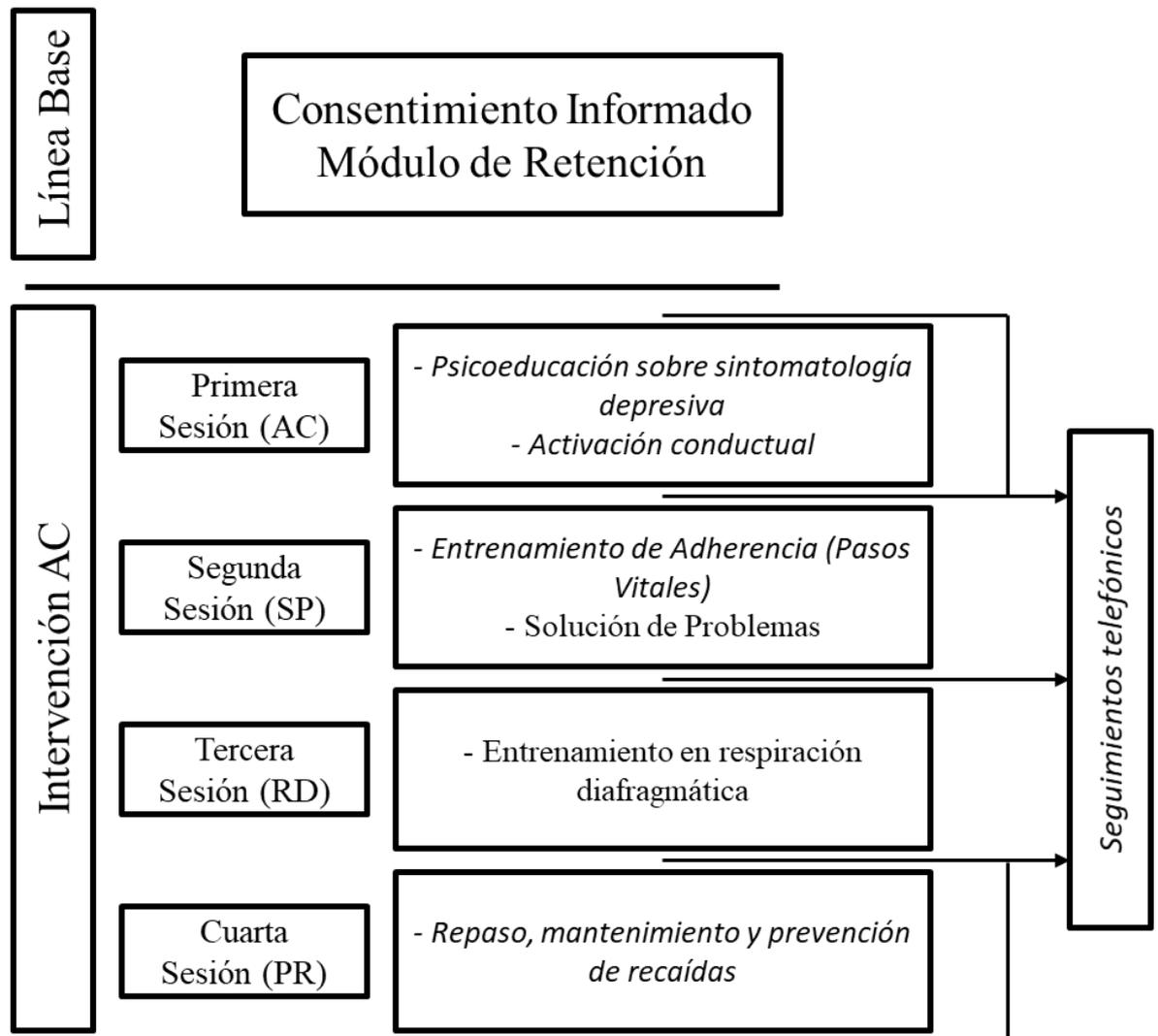


Figura 3. Organización de módulos por sesión de intervención. Acomodo de los módulos dentro de las cuatro sesiones de intervención propuestas.

La figura 3 muestra las distintas etapas por las que pasaron los participantes durante el estudio. Todos los participantes pasaron por un primer acercamiento donde se tomaba el consentimiento informado y el módulo de retención, y se evaluaban durante las dos semanas previas al inicio de la intervención (línea base), al entrar en la etapa de intervención (pre-tratamiento), durante la intervención (tratamiento, al final de la intervención (post-tratamiento), y al mes

de haber concluido el tratamiento (seguimiento). Dichas etapas se encuentran descritas a detalle a continuación.

#### ***4.3.4.1. Estudio de los materiales de intervención por el terapeuta y supervisión de los casos.***

La intervención la instrumentó un psicólogo con grado de maestría, entrenado en técnicas de modificación de la conducta en la Universidad Complutense de Madrid durante sus estudios de posgrado en Psicología Clínica y de la Salud en aquella universidad, bajo la supervisión del Dr. Juan José Sánchez-Sosa de la UNAM.

La intervención se basó parcialmente en los materiales desarrollados en el proyecto *The Nuevo Día Study* de la Universidad de Texas en el Paso, para participantes de ascendencia mexicana por Simoni et al. (2013) y adaptada en lenguaje y contenidos (ejercicios, técnicas conductuales de intervención, módulos, número de sesiones, etc.) para participantes de la Ciudad de México por el grupo de trabajo del Dr. Sánchez-Sosa en la UNAM.

#### ***4.3.4.2. Primer acercamiento con los participantes y consentimiento informado.***

Una vez que se contactaba a un posible participante nuevo se agendaba una cita con ellos en la cual se le entregaba el consentimiento informado. La primera cita se llevaba a cabo en un consultorio con dos sillones o en su defecto en un sitio tranquilo donde el terapeuta y participante pudieran estar sentados, sin interrupciones y en condiciones de confidencialidad. Se permitió que

los lugares para concertar las citas variaran en función de las necesidades y deseos de los participantes para facilitar su participación y disminuir la tasa de "muerte experimental" a lo largo del estudio.

En esa primera cita el terapeuta se presentaba, mostraba sus credenciales profesionales y académicas, nombre completo, etc. y leía junto con los participantes el consentimiento informado (Véase el Apéndice G). Una vez explicados cada uno de los puntos contenidos en el consentimiento se preguntaba a los participantes si tenían alguna duda sobre los puntos vistos y se preguntaba explícitamente si estaban de acuerdo con ellos. Si la respuesta por parte de los participantes era afirmativa se les pedía firmar el documento. A continuación, el terapeuta conducía el módulo de retención a los participantes diseñado para persuadir a los participantes de permanecer en el estudio (el procedimiento pormenorizado del módulo aparece más adelante en la sección de intervención)

#### ***4.3.4.3. Periodo de Línea Base***

La primer etapa o periodo por la que pasaban los participantes, como se muestra en la figura 3, comenzaba justo después de que se tomaba la firma de los mismos en el consentimiento informado. Posterior a la firma del consentimiento informado el terapeuta aplicaba a los participantes los instrumentos psicométricos BDI, SVE-12 y VPAD-24 que conformaban la medición de línea base y los revisaba junto con ellos instruyéndolos sobre los procedimientos de respuesta cuidando de manera expresa y cuidadosa no inducir o sesgar ninguna respuesta. Posteriormente se preguntaba a los

participantes si querían resolver junto con el terapeuta los cuestionarios o si deseaban responderlos por sí solos más tarde ese mismo día.

Por último, el terapeuta entregaba las hojas de autorregistros (autorregistro de activación conductual y de adherencia terapéutica) para las próximas tres semanas y explicaba claramente a los participantes como llenarlas. Se especificaba en detalle qué información ingresar en cada una de las columnas y renglones de los mismos y se preguntaba si había dudas al respecto. De ser necesario durante este proceso se ilustraban algunos ejemplos de llenado de los autorregistros.

Una vez concluida la sesión el terapeuta concertaba la próxima cita para después de dos semanas y se le informaba al participante que se le llamaría al número que había proporcionado para confirmar el lugar, fecha y hora de la primera sesión de intervención.

El Periodo de Línea Base comprendió del momento en que se realizaba esta primera evaluación de los participantes hasta que comenzaran tratamiento mediante la intervención con componentes de AC entre dos y cuatro semanas después.

#### ***4.3.4.4. Pre-intervención***

Antes de comenzar la primera sesión de intervención se llevaba a cabo una segunda evaluación mediante las pruebas psicométricas (se impartía la VPAD-24, el BDI-II, y las SVE-12), los resultados de dicha evaluación serán denominados a partir de este momento como mediciones de pre-intervención o pre-tratamiento.

#### ***4.3.4.5. Periodo de Intervención***

A fin de asegurar la integridad del tratamiento la intervención se realizaba con apego estricto a los contenidos detallados a continuación y descritos aún con más detalle en el manual de tratamiento (Véase el Apéndice F).

Posterior a la toma de la medición pre-tratamiento anteriormente descrita los participantes comenzaban el periodo de intervención.

Como se muestra en la figura 3, la intervención impartida tenía una duración de cuatro sesiones presenciales, en las cuales, se completaban siete módulos. Cada sesión tenía una duración aproximada de entre una y dos horas; éstas, se llevaban a cabo cada 14 días, con el objetivo de completar el tratamiento en aproximadamente dos meses.

Aunado a las sesiones presenciales realizadas cada dos semanas se llevaban a cabo llamadas telefónicas de seguimiento a los participantes en las semanas de descanso en las cuales no se les veía de forma presencial. Durante las llamadas telefónicas se revisaba brevemente el módulo de retención, particularmente si habían incluido alguna razón más para continuar en el tratamiento, se evaluaba la adherencia de la semana anterior (“en los últimos 7 días ¿Cuántas veces no ha tomado su medicamento?”); se daba retroalimentación de la adherencia tanto si habían tenido una adherencia adecuada (reforzamiento social positivo), como si habían tenido errores de adherencia (¿por qué motivo no logramos la toma

completa del medicamento?); y por último se evaluaban posibles dudas en los registros y las tareas para casa.

Las sesiones presenciales poseían una misma estructura general: una vez que se saludaba al participante se preguntaba sobre los puntos y acontecimientos relevantes que le sucedieron en las últimas dos semanas; posteriormente, se revisaba el llenado de los autorregistros de las semanas anteriores y se buscaban problemas y errores en la forma en que se les llenaba, de existir los mismos, se procedía a explicar la correcta forma de llenar los autorregistros; después, se indagaba un poco sobre las actividades registradas en el autorregistro de activación conductual poniendo principal atención en las actividades con las peores puntuaciones en nivel de agrado y en las actividades con las puntuaciones con mayor nivel de agrado, si había alguna actividad registrada que destacara por su facilidad para llevarse a cabo y por su puntuación elevada en el nivel de agrado se incitaba al participante con elogios a que se volviera a realizar dicha actividad de ser posible; se evaluaba además si existían fallas de adherencia registradas en el autorregistro de adherencia terapéutica, y de existir fallas se indagaba sobre los motivos de las mismas; una vez concluida la revisión de los autorregistros se indicaba al participante los objetivos y contenidos que se verían en la sesión para posteriormente impartir módulos específicos para la sesión; por último, se recordaba lo escrito en el ejercicio del módulo de retención (explicado a continuación); y, se entregaban las hojas para los registros de las próximas semanas y se indicaban las tareas para casa de haberlas.

Los módulos comprendidos por la intervención son los siguientes (Berg et al., 2008; Safren et al., 2009; Safren et al., 2012; Simoni et al., 2013):

1. Módulo de retención: se impartía durante la primera cita presencial con el participante posterior a la firma del consentimiento informado. Una vez que el participante aceptaba ser parte de la investigación se le cuestionaba sobre los motivos por los cuales había buscado ayuda psicológica para posteriormente realizar un ejercicio que constaba de dos preguntas. En una hoja se pedía directamente a los participantes que pensarán y escribieran las principales razones que tenían para continuar con su tratamiento médico y psicológico. El objetivo del módulo era que los participantes hicieran consientes las razones por las cuales debían de mantenerse adherentes y se mantuvieran motivados a continuar asistiendo al tratamiento psicológico al enunciar motivos por los cuales era importante para ellos permanecer en la intervención.

Las respuestas obtenidas por los participantes en este ejercicio eran revisadas constantemente a lo largo de todo el proceso de intervención, en cada sesión presencial y las llamadas telefónicas que se les hacían a los participantes se dedicaban entre cinco a diez minutos al final para repasar los motivos para mantenerse en la intervención y se recordaba que era importante que siguieran buscando razones nuevas para mantenerse adherentes y para continuar en el tratamiento psicológico.

2. Psicoeducación sobre sintomatología depresiva: se impartía durante la primera sesión. El módulo incluye la psicoeducación en torno a la sintomatología en el cual se enseñaba a

los participantes los principales síntomas de la depresión y que entendemos por un trastorno depresivo mayor, para ello se brinda información y se realiza un breve ejercicio en el cual los participantes deben identificar los síntomas de la depresión en cuatro escenas.

En este módulo además se preguntaba a los participantes cómo es que la depresión había afectado su vida diaria, sus relaciones sociales y sus conductas de autocuidado, el terapeuta prestaba principal atención a los síntomas que el paciente refería y los relacionaba con aquellos síntomas propios de la depresión.

Una vez que el participante entendía a qué nos referíamos cuando hablamos de la depresión se les mostraba un diagrama con el modelo explicativo de la sintomatología depresiva y su relación con la activación conductual. El diagrama mostraba a los participantes cómo es que la realización de actividades agradables ayuda a disminuir los síntomas depresivos al aumentar el número de reforzadores en su día a día.

3. Activación conductual: impartido en la primera sesión. El módulo comprendía una versión reducida del tratamiento propuesto por Jacobson et al. (1996), Lejuez y colaboradores (2011), Daughters et al. (2008); Daughters, Magidson, Schuster y Safren (2010); y Gawrysiak, Nicholas y Hopko (2009). En un primer momento se indicaba al participante por qué era importante que realizara actividades que considerara agradables para contrarrestar el estado de ánimo decaído, para ello se enseñaba a los participantes que existe una relación estrecha entre las actividades que realizamos y nuestro estado de ánimo al hacerles comparar las actividades que

realizaron en los días que más alegres han estado en las últimas semanas con aquellos que peor lo han pasado.

Posteriormente se les preguntaba a los participantes cuales eran sus metas en distintas áreas de su vida (en cuanto a sus relaciones cercanas familia y pareja, su educación y carrera, su salud y el ocio y tiempo libre) para en función de dichas metas buscar posibles actividades que ellos pudieran disfrutar y que pudieran realizar diariamente con el objetivo de aumentar su estado de ánimo.

Una vez que los participantes enunciaban posibles actividades que les gustaría realizar se preguntaba a los participantes cuales de ellas querían realizar entre ese día y la próxima sesión; el terapeuta prestaba principal atención en que los participantes indicaran una fecha y hora específicas en las cuales realizarían dichas actividades.

Las metas y actividades que los participantes referían que les gustaría realizar se revisaban a lo largo de toda la etapa de intervención. Es así que se dedicaba un momento en cada sesión posterior a la impartición del módulo de activación conductual para revisar el avance de los participantes a alcanzar sus metas y se indicaba que actividades se podrían realizar para las próximas semanas.

Durante las llamadas telefónicas y las sesiones presenciales el terapeuta prestaba principal atención a la realización y consecución de dichas actividades y metas y reforzaba mediante elogios la realización de las mismas.

4. Entrenamiento de Adherencia (Pasos Vitales): impartido en la segunda sesión. Módulo dedicado a crear y seguir un plan de toma de medicamentos con vistas a mejorar el manejo del régimen

médico específico por parte del paciente. Incluyó la psicoeducación en comportamientos de salud y adherencia terapéutica en VIH. El módulo contiene el establecimiento de habilidades y conductas relacionadas con la adherencia terapéutica a partir de lineamientos bien documentados en Safren et al. (2001) con enfoque de solución de problemas (D'Zurilla, Nezu y Maydieu-Olivares, 2004; Nezu, Palmatier y Nezu, 2004).

El módulo inicia con una breve eskuela de como dos pacientes sobrellevan su tratamiento médico y la forma en que se relacionan con el personal de salud, uno de los pacientes no parece tener problemas con su tratamiento mientras que el segundo tiene problemas constantes para seguir su pauta médica y no confía en su médico tratante lo cual le dificulta hablar con el de sus síntomas y reacciones secundarias al medicamento. Dichas eskuelas sirven como introducción al módulo.

Posteriormente se realizaban un par de ejercicios encaminados a aumentar la motivación de los participantes a mejorar y/o mantener su adherencia médica a la terapia antirretroviral y sus conductas de autocuidados; en los mismos, se preguntaba a los participantes porque era importante para ellos mantener dichas conductas y se les pedía indicaran que metas tenían en torno al tema (por ejemplo: mantenerme adherente como lo he hecho hasta el momento, hacer ejercicio 30 minutos diarios, entre otros).

Después se realizaba una evaluación de aquellas situaciones en las cuales los participantes podrían estar teniendo dificultades para mantenerse adherentes. Se indagaba en torno a las citas médicas; la comunicación con sus proveedores médicos y de salud mental, entre

otros; el manejo de los efectos secundarios de los medicamentos y del régimen médico; la forma de obtener los medicamentos y otros productos de auto-cuidado; la creación de un horario diario para la toma de medicamentos y otros comportamientos de auto-cuidado; el plan para guardar los medicamentos; el desarrollo de señales que indiquen la toma de medicamentos o para implementar procedimientos de auto-cuidado; y, la preparación para manejar y prevenir recaídas en el mantenimiento de la adherencia.

El terapeuta guiaba mediante las preguntas que aparecen en el manual de intervención todos los pasos en los cuales el participante podría tener alguna dificultad. Aquellos pasos donde se encontraban situaciones problemáticas se utilizaban como ejemplos para el módulo siguiente de solución de problemas.

5. Solución de problemas: impartido en la segunda sesión. Enseña a dividir tareas difíciles en pasos manejables, así como las habilidades requeridas para la toma de decisiones cuidadosamente planeadas y viables (Safren et al., 2009; Safren et al., 2012). Estas habilidades se toman de la aplicación de las técnicas de solución de problemas en enfermedades crónicas (Nezu, Nezu, Felgoise, McClure, y Houts, 2003).

Lo primero que se mostraba en el módulo a los participantes era un diagrama con los pasos para una adecuada solución de problemas (D'Zurilla et al., 2004; Nezu et al., 2004; Safren et al., 2004): definir el problema, generación de alternativas, toma de decisiones e implementación de la solución. Se le indicaba al participante que eligiera uno de los problemas identificados en el módulo anterior para trabajar a continuación sobre el mismo y mostrarle como se

podía emplear la técnica para encontrar una forma de solventar la situación.

Una vez elegida la situación problemática se pedía al participante que recabara toda la información que conocía sobre la situación antes de definir cuál era el problema que tenía exactamente (el terapeuta ayudaba al participante a contestar las preguntas ¿Qué?, ¿Quién?, ¿Dónde?, ¿Cuándo?, ¿Cómo?, ¿Por qué?, y, ¿Con quién?). una vez que el participante contestaba todo lo anterior se le pedía que contestara las preguntas ¿Qué problema tengo? y/o ¿Qué puedo hacer para...?, preguntas que facilitaban la definición adecuada de un problema, si al contestar dichas interrogantes se descubría que el problema era demasiado complejo se pedía a los participantes que desglosaran el problema en pasos o situaciones más pequeños (por ejemplo si el problema se definía como que puedo hacer para mejorar mi relación con mi médico tratante y enfermeras de la clínica, se sugería que el participante realizara una solución de problemas por separado para cada persona por un lado su médico tratante y por el otro las enfermeras de la clínica).

Una vez que el participante definía su problema se le incitaba a que buscara soluciones por sí mismo para resolver su problema y posteriormente se valoraban dichas alternativas antes de ayudar al participante a tomar una decisión sobre como procedería para resolver el problema.

Por último, se indicaba al participante que era necesario que este mismo proceso lo siguiera por su cuenta con el resto de situaciones problemáticas que reportaba le sucedían en el módulo anterior. El terapeuta revisaba en las sesiones posteriores y en las

llamadas telefónicas que el paciente encontrara soluciones adecuadas a dichas situaciones y felicitaba al participante cuando este lograba avances o solventaba un problema.

6. Respiración diafragmática: impartido en la tercera sesión. El módulo enseñaba un adecuado control voluntario de la respiración incluso en condiciones de tensión (Hazlett-Stevens y Craske, 2003; Labrador, 2011) La técnica constaba de un ejercicio previo a cualquier aprendizaje y de seis ejercicios en los cuales se aumentaba la dificultad para ser llevados a cabo por el participante a lo largo de la sesión y por su cuenta en casa:

- Ejercicio 1: dirigir el aire inhalado a la parte inferior de los pulmones.
- Ejercicio 2: dirigir la inhalación a la parte inferior y media de los pulmones.
- Ejercicio 3: realizar una inhalación completa en tres tiempos (parte inferior y media de los pulmones y caja torácica).
- Ejercicio 4: hacer una inspiración más completa, regular y lenta.
- Ejercicio 5: realizar una respiración completa en un solo tiempo.
- Ejercicio 6: generalizar la respiración completa a situaciones habituales.

La realización de cada ejercicio oscilaba entre los dos y los tres minutos repitiéndose cada uno tantas veces como era necesario para permitir al participante adquirir la habilidad. Tras cada ejercicio se realizaba un descanso de uno a dos minutos donde se evaluaban los

resultados y posibles problemas encontrados para la realización del ejercicio.

Durante la sesión se buscaba que los participantes encontraran cómodo y en un ambiente relajado y con poco ruido alrededor. Al concluir el módulo se daba la indicación al participante de que practicara la respiración en su vida diaria.

7. Repaso, mantenimiento y prevención de recaídas: impartido en la cuarta sesión. Se realizaba un resumen de lo abordado a lo largo de las sesiones anteriores y de todos los módulos vistos a fin de facilitar la transición del paciente de realizar las técnicas de forma asistida a su ambiente habitual por sí solo. Para ello el terapeuta preguntaba al participante que situaciones consideraba podrían ser difíciles de enfrentar en un futuro y que cosas podría hacer para enfrentarse a dichos problemas.

En caso de que los contenidos indicados por el manual para una sesión presencial no se terminaran de ver debido a la falta de tiempo, se permitió la flexibilidad con el número de sesiones dedicadas a cada módulo (Safren et al., 2009; Safren et al., 2012; Simoni et al., 2013).

Para asegurar la integridad del tratamiento se aplicaron evaluaciones al participante de los contenidos presentados en cada uno de los módulos al final de cada sesión (dichas evaluaciones se recopilan en el Apéndice E). las preguntas abiertas se empleaban para corroborar que los participantes aprendieran las ideas más relevantes de cada módulo mientras que las preguntas cerradas (de si y no) evaluaban si el terapeuta había visto con el participante todo el material y ejercicios comprendidos en cada módulo.

Durante todo el periodo de intervención se revisaba que los participantes continuaran realizando los autorregistros y se evaluaba el correcto llenado de los mismos tanto en las sesiones presenciales como en los seguimientos telefónicos.

#### ***4.3.4.6. Post-intervención***

Tras finalizar la última sesión de intervención se llevaba a cabo una segunda evaluación mediante las pruebas psicométricas (se impartía la VPAD-24, el BDI-II, y las SVE-12), los resultados de dicha evaluación serán denominados a partir de este momento como mediciones de post-intervención o post-tratamiento.

Aunado a ello, se pidió a los participantes que continuaran registrando por una semana más sus conductas en los autorregistros.

#### ***4.3.4.7. Periodo de seguimiento***

Después de un mes de que se realizaran las últimas mediciones de post-tratamiento, se contactó de nuevo a los participantes y se les realizó una última evaluación mediante las pruebas psicométricas (se impartía la VPAD-24, el BDI-II, y las SVE-12), los resultados de dicha evaluación serán denominados a partir de este momento como mediciones de seguimiento. Así mismo, se pidió a los participantes que registraran durante una semana sus conductas en los autorregistros tanto de AC como de adherencia.

#### **4.3.5. Consideraciones éticas**

De acuerdo con el código ético del psicólogo (CEP) de la Sociedad Mexicana de Psicología (2010) podemos asegurar que el presente trabajo se ajustó a los siguientes artículos:

Con fundamento en los artículos 1, 2 y 3 del CEP se tomaron todas las medidas razonables para asegurar la calidad del trabajo mediante la revisión de la integridad del tratamiento a través de la evaluación de las grabaciones del 10% de las sesiones llevadas a cabo.

Las intervenciones a realizarse se llevaron a cabo de manera exclusiva con base en la calidad de la evidencia consultada (Art. 29) la cual indica que la activación conductual es un método adecuado para el tratamiento de la sintomatología depresiva.

El estudio se apegó a las normas referentes al respeto y confidencialidad de los participantes. La confidencialidad se aseguró mediante el uso de números de identificación para cada uno de los participantes haciendo imposible la identificación de los mismos por personas ajenas a los investigadores.

Respecto al uso de consentimiento informado (Apéndice G) durante el estudio, éste se explicó a los participantes con un lenguaje claro y sencillo; en el mismo se explican y exponen las credenciales de los investigadores, todo lo referente a la confidencialidad de datos, lo que se espera de su participación en la investigación, a que se compromete el equipo de investigación, y los beneficios y riesgos de participar en la investigación. El documento como ya se explicó constó de dos hojas (Apéndice G) y se basó en los lineamientos citados por Mondragón-Barrios (2009);

Adicionalmente se respetaron los lineamientos de los estatutos del Art. 100 referente a la investigación con seres humanos de la Ley General de Salud promulgada por la Cámara de diputados del honorable congreso de la unión (2009) dado que no se expuso a riesgos ni daños innecesarios al sujeto y se contó con el consentimiento por escrito del participante después de enterarlo en detalle de los objetivos del estudio (para ver información se le brindo a los participantes se incluye en Apéndice G el consentimiento informado empleado durante la investigación) y de las posibles consecuencias positivas o negativas productos de la intervención.

#### **4.3.6. Análisis de los datos**

Para los fines del presente estudio se realizaron mediciones de sintomatología depresiva, estrés, adherencia terapéutica, activación conductual, conteos de carga viral y de CD4; variables que han destacado por su relevancia en la evaluación e intervención de los pacientes seropositivos.

La recolección, revisión y codificación de los datos se realizó por el investigador con el objetivo de asegurar el control sobre la calidad de los datos recolectados y se realizaron cotejos de confiabilidad por un tercero ajeno (e ingenuo) a la investigación a fin de evitar sesgos en la recolección de los datos.

El análisis de los datos se llevó a cabo con la inspección visual de las gráficas creadas con los datos recabados. Se realizaron inferencias sobre la efectividad del tratamiento mediante el examen de los cambios en las conductas objetivo (adherencia al tratamiento

antirretroviral y sintomatología depresiva y ansiosa) sobre el tiempo en un mismo individuo cuando el tratamiento estaba presente en contraste a cuando no lo estaba (comparando entre línea base, periodo de tratamiento y seguimiento) como sugieren Rizvi y Nock, (2008) y Perdices (2009).

Para el presente estudio el análisis visual de los gráficos fue la forma principal en que se extrajeron las conclusiones de los datos. Tradicionalmente se recomienda el empleo del análisis de los datos obtenidos a través de los gráficos (Johnston y Pennypaker, 1980; Sidman, 1960). La evaluación visual de los gráficos es especialmente útil cuando los cambios son notorios y se dan rápidamente entre la línea base y las mediciones posteriores (Rhoda, Murray, Andridge, Pennell y Hade, 2011). En el análisis visual de los resultados se buscan cambios en las mediciones de la conducta observada entre la línea base y la etapa de intervención, cambios en la curvatura del gráfico de presumiblemente horizontal (en las mediciones de línea base) a una pendiente decreciente o ascendente (en la etapa de intervención). Este procedimiento es habitual cuando lo que se busca es disminuir o aumentar una conducta, identificar variaciones en los niveles entre la línea base y la etapa de intervención y evaluar el cambio en las conductas de una etapa a la siguiente (Rizvi y Nock, 2008).

## Capítulo 5. Resultados

A continuación, se presentan en figuras los resultados de cada participante en sus autorregistros de activación conductual y de adherencia terapéutica a la terapia antirretroviral, así como los resultados obtenidos en las pruebas psicométricas (BDI-II, SVE-12 y VPAD- 24) según las cuatro etapas del estudio (línea base, pre y post tratamiento, y seguimiento).

### 5.1. Resultados en niveles de carga viral plasmática y CD4

En cuanto a carga viral, todos los participantes concluyeron su participación con puntajes de carga viral indetectables.

**Tabla 2.**  
**Carga viral y conteos de CD4 por participante por etapa de intervención.**

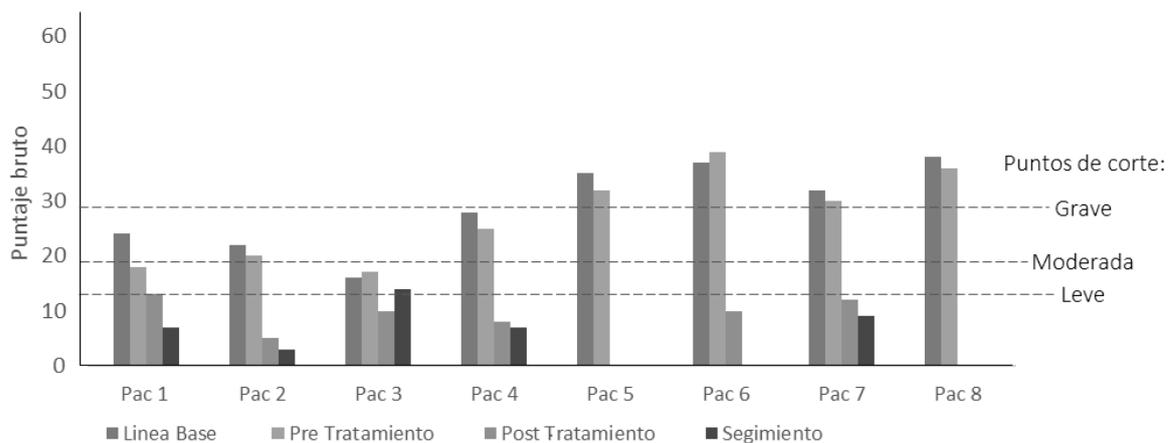
	Participantes							
	1	2	3	4	5	6	7	8
CV-LB	Inde	Inde	Inde	1'200	29'100	67	1'514	84
CD4-LB	957	768	1'107	435	366	657	485	203
CV-Intv.	-	-	-	-	-	-	114	Inde
CD4-Intv.	-	-	-	-	-	-	735	554
CV-Seg.	Inde	Inde	Inde	Inde	Inde	Inde	Inde	-
CD4-Seg.	1108	913	870	503	985	715	-	-

**Nota:** CV =Carga Viral; CD4 = Conteos de CD4; LB = Mediciones tomadas previas o durante el periodo de Línea Base; Intv. = Mediciones tomadas durante el periodo de intervención; Seg. = Mediciones tomadas durante seguimiento; Inde. = Resultado indetectable en la prueba de Carga Viral. Las unidades de carga viral son de copias / mililitro de sangre. Las unidades de CD4 se miden en células /  $\mu$ L.

Los participantes que presentaron puntuaciones superiores a indetectables en las mediciones de línea base son los mismos que

iniciaban tratamiento como muestra la Tabla 1, exceptuando al Participante 6. Cabe mencionar que en ningún momento los participantes presentaron conteos menores a 300 células /  $\mu\text{L}$  en mediciones de celular CD4, punto en el cual el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (2018b) advierte de la posible aparición de infecciones oportunistas.

## 5.2. Sintomatología depresiva (Beck)

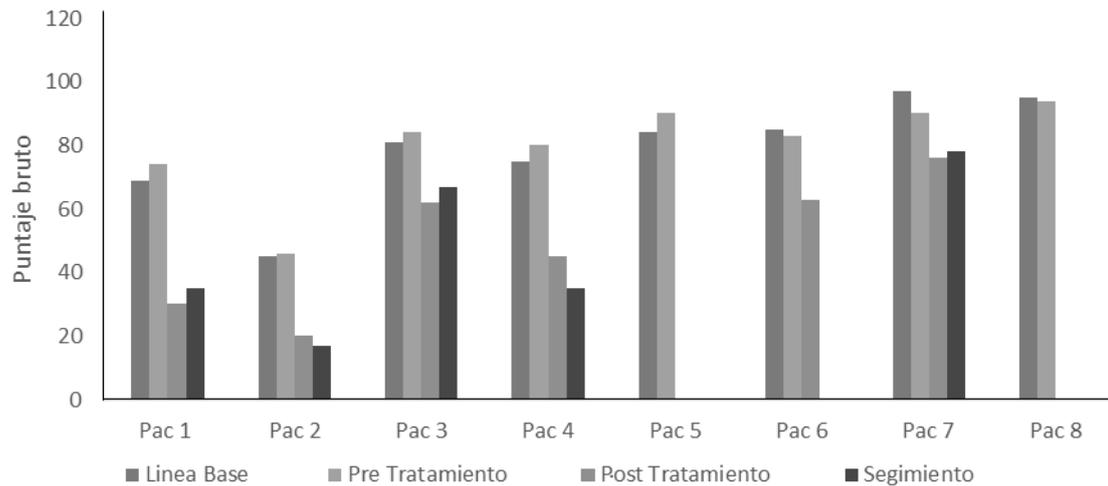


*Figura 4.* Resultados en Inventario de Sintomatología depresiva de Beck (BDI-II) por participante por etapa de investigación.

Como podemos observar en la figura 4, todos los participantes iniciaron línea base con sintomatología depresiva leve o superior según el inventario. El Participante 1 inicia tratamiento por debajo de su puntuación de línea base pasando de sintomatología depresiva moderada a leve, tendencia que se mantiene hasta la medición de seguimiento. El único participante que no presenta una tendencia de puntuaciones por arriba de la sintomatología depresiva leve en línea base hacia niveles por debajo de los puntos de corte en la medición de seguimiento es el participante 3. Los Participantes 5, 6, 7, y 8

puntuaron como sintomatología depresiva grave en línea base y sólo el 6 y 7 poseen mediciones en postratamiento por debajo del punto de corte para sintomatología depresiva leve.

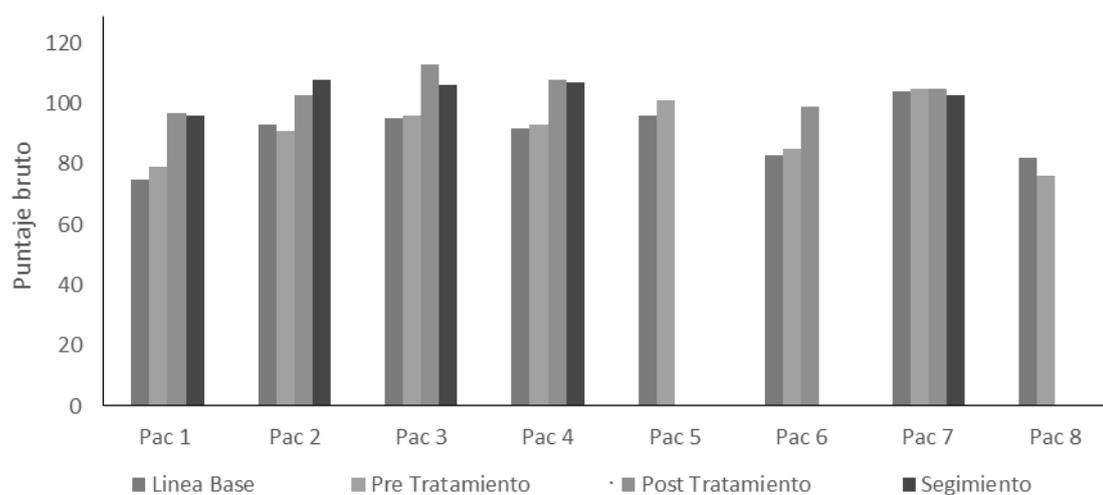
### 5.3. Situaciones Vinculadas con Estrés



*Figura 5.* Resultados en Situaciones Vinculadas con Estrés (SVE-12) por participante por etapa de investigación.

Todos los participantes con mediciones de post-tratamiento y seguimiento presentan un decremento en sus puntuaciones en la SVE-12, como se puede ver en la grafica de la Figura 5, al comparar línea base y pre-tratamiento con sus puntuaciones posteriores (a menor puntaje bruto, menor niveles de estrés).

## 5.4. Variables Psicológicas y Comportamientos de Adhesión



*Figura 6.* Resultados en Variables Psicológicas y Comportamientos de Adhesión (VPAD-24) por participante por etapa de investigación.

Como se comentó en el apartado de instrumentos la VPAD-24 comprende en sus puntajes tanto las variables psicológicas relacionadas con la adherencia a la terapia médica como las calificaciones de la conducta de adherencia. La Figura 6 muestra como todos los participantes en sus mediciones de post-tratamiento y seguimiento presentan un incremento en sus puntajes al comparar línea base y pre-tratamiento con sus puntuaciones posteriores (a mayor puntaje bruto, mejores niveles de adherencia) en sus resultados obtenidos en la VPAD-24.

## 5.5. Autorregistros de Activación Conductual

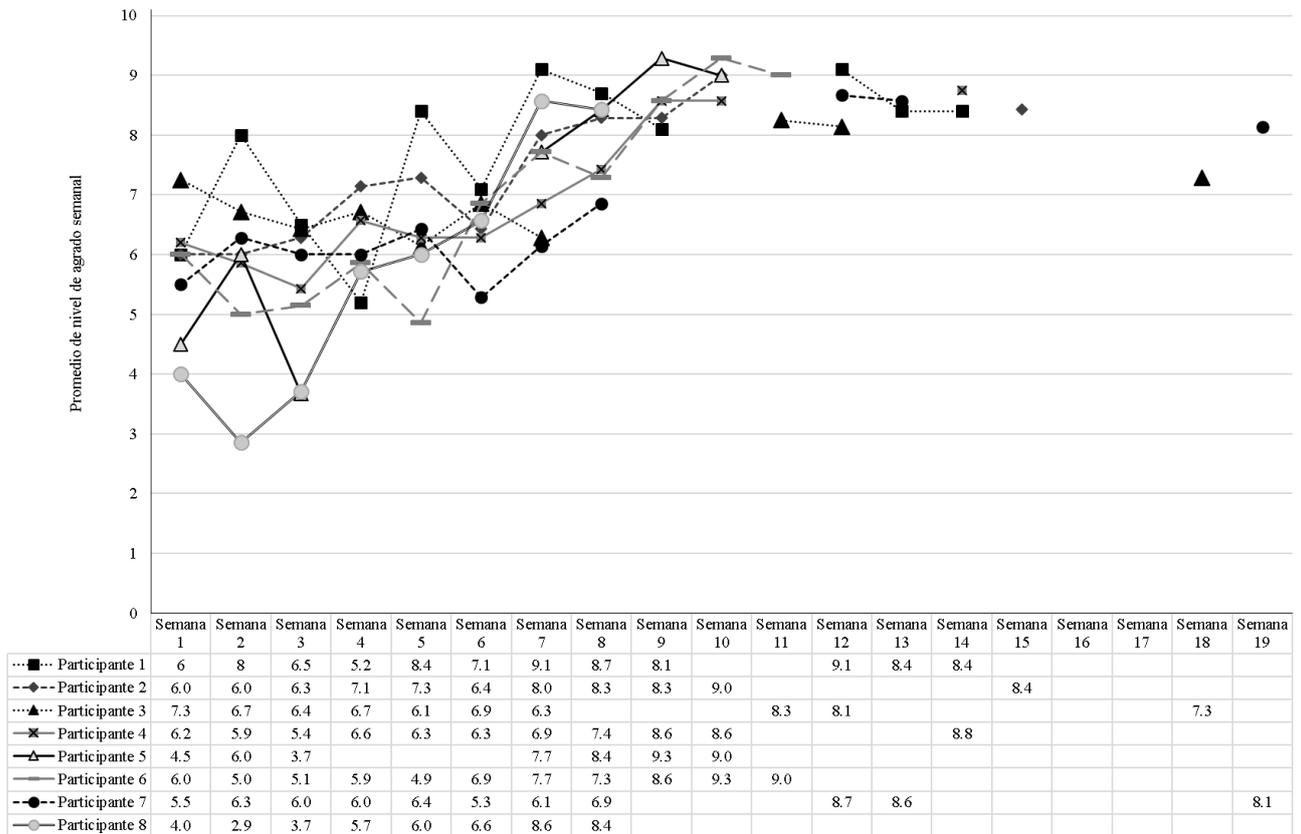


Figura 7. Nivel de Agrado promedio semanal de los resultados diarios en autorregistros de Activación Conductual

Los puntajes de nivel de agrado semanal de la Figura 7 corresponden al promedio obtenido a lo largo de la semana de los puntajes reportados por los participantes en sus autorregistros de activación conductual en donde 0 representa *un día muy triste* y 10 *uno muy alegre* (véase el Apéndice C)

La media de agrado semanal del Participante 1 en línea base inicia con un promedio de seis y la última semana del tratamiento (semana 13), así como el seguimiento (semana 14) poseen una puntuación de 8.4; aunque muestra fluctuaciones. Se desconocen las puntuaciones de las semanas diez y once debido a que no se cuenta con registros de éstas.

En cuanto al Participante 2 el nivel de agrado del participante mejora de seis en línea base a nueve a lo largo de la intervención y obtiene un puntaje de 8.4 en la medición de seguimiento, en la gráfica (Figura 7) y los puntajes presentan una tendencia ascendente.

Para el Participante 3 se aprecian tres mediciones con las cuales no contó el equipo de investigación pues transcurrieron durante el periodo vacacional decembrino y el participante no realizó sus autorregistros durante las semanas ocho, nueve y diez. Sus puntuaciones pasan de 7.25 en línea base a 8.25 al concluir la intervención. En las mediciones de seguimiento seis semanas después vuelve a una media semanal de 7.28 con un decremento en la medición de seguimiento a las cinco semanas de terminada la intervención.

En la Figura 7 podemos observar como los puntajes de media semanal del Participante 4 aumentan de 6.2 en las mediciones de línea base a 8.75 en la medición de seguimiento, siendo el Participante 4 un representante de la tendencia que siguieron la mayoría de los participantes al compararlo con el resto; así mismo, podemos apreciar una tendencia ascendente a lo largo de la intervención (semana cuatro a semana diez) en sus puntajes.

Por su parte no posee registros entre las semanas tres y siete del Participante 5 en la Figura 7 debido a que se regresa a su ciudad durante las vacaciones de diciembre. Retoma tratamiento en enero y se da de nuevo el módulo de activación conductual. En cuanto a las medidas que se poseen podemos ver como las puntuaciones reportadas por el Participante 5 pasan de 4.5 durante la primera semana a nueve durante la última semana de la cual se poseen

registros antes de que el participante decidiera abandonar el tratamiento. En el gráfico se pueden apreciar los dos periodos de tiempo y como sus puntuaciones son muy distintas, por un lado, vemos puntajes menores entre línea base y la semana tres en la cual se imparte el módulo de activación conductual y psicoeducación en sintomatología depresiva, para después tener un periodo de tiempo a partir de la semana siete donde los puntajes son mayores.

En cuanto al Participante 6 podemos observar como inicia con una puntuación promedio semanal de para después aumentar a nueve en la última medición que se posee. Sus puntajes presentan tendencia positiva a lo largo de toda la intervención.

El participante 7 se ausenta durante las semanas nueve a once debido a vacaciones, sin embargo, se retoma tratamiento en enero del 2018, situación que se puede apreciar en las mediciones de la Figura 7 debido a la falta de registro de datos. El participante comenzó en línea base con un promedio semanal reportado de 5.5, para iniciar tratamiento en un promedio de seis; es hasta el seguimiento que podemos apreciar puntajes más elevados (de ocho durante la semana 19). Podemos observar cómo es que a partir de la semana seis comienzan a aumentar los puntajes del participante llegando a sus niveles más altos solo después de las semanas en las cuales no poseemos registros.

Por último, en la Figura 7 podemos observar como los puntajes del Participante 8 también presentaron una tendencia a aumentar, pasando de un promedio semanal en línea base de 4.0 y 2.9 y 3.7 (los más bajos de entre todos los participantes) a 8.4 en la semana 8, última semana de la cual se poseen registros.

## 5.6. Autorregistros de adherencia terapéutica a la terapia antirretroviral

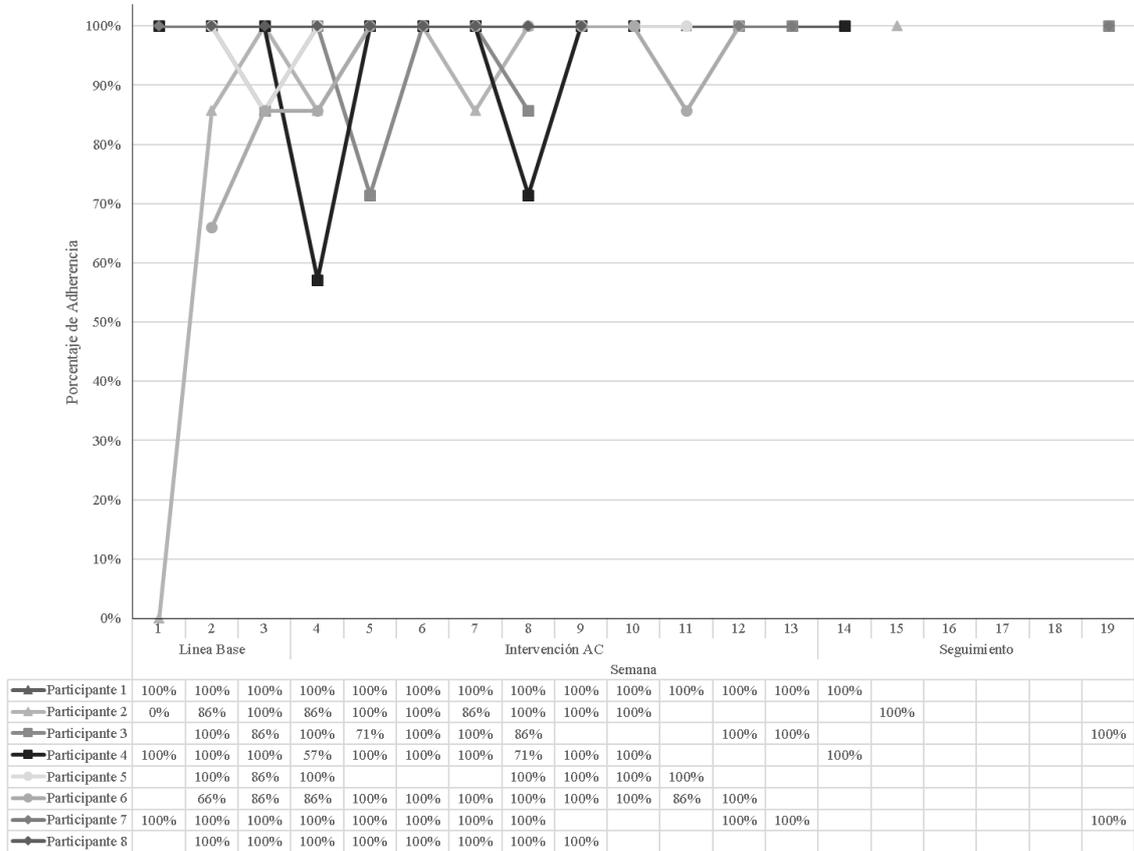
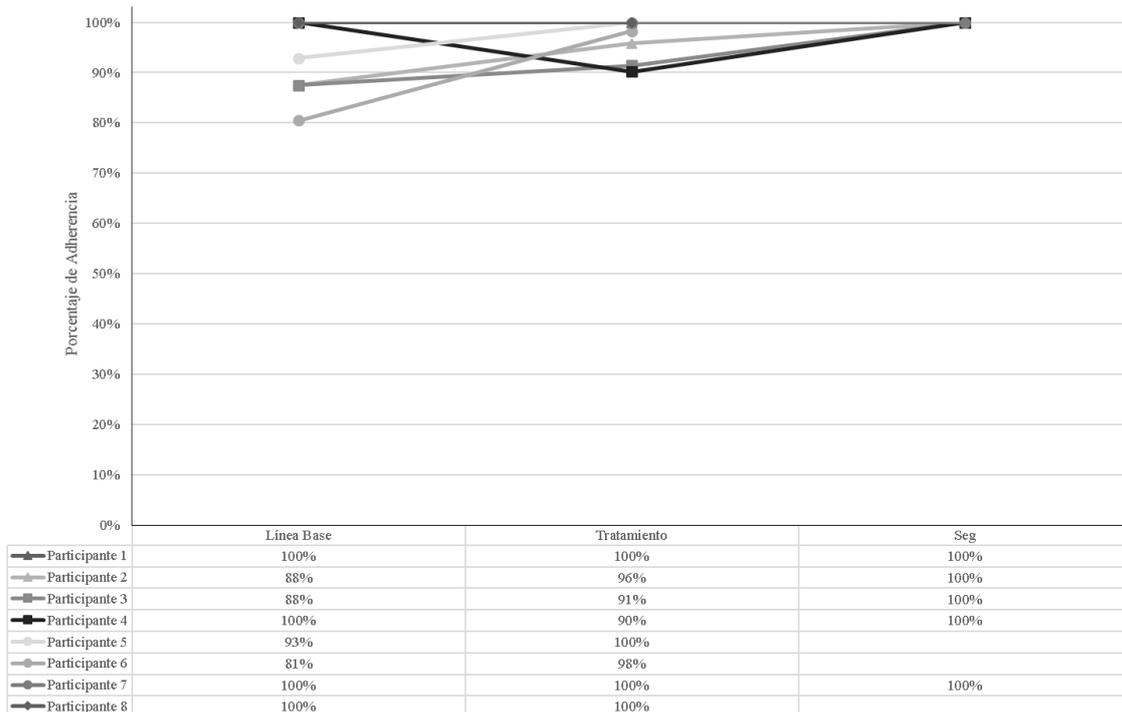


Figura 8. Porcentaje de toma del medicamento por semana por Participante

La Figura 8 muestra los porcentajes de toma del medicamento para cada una de las semanas de las cuales se poseen datos para cada uno de los participantes. Cabe mencionar que los Participantes 1, 7 y 8 presentaron una adherencia perfecta a lo largo de toda la investigación. En cuanto al participante 2 podemos observar algunas fallas en la toma del medicamento (semana uno y dos de línea base y cuatro y siete en el periodo de intervención) sin embargo es posterior a la impartición del módulo de problemas y pasos vitales (semana seis) que la toma del medicamento alcanza el 100% semanal. Las

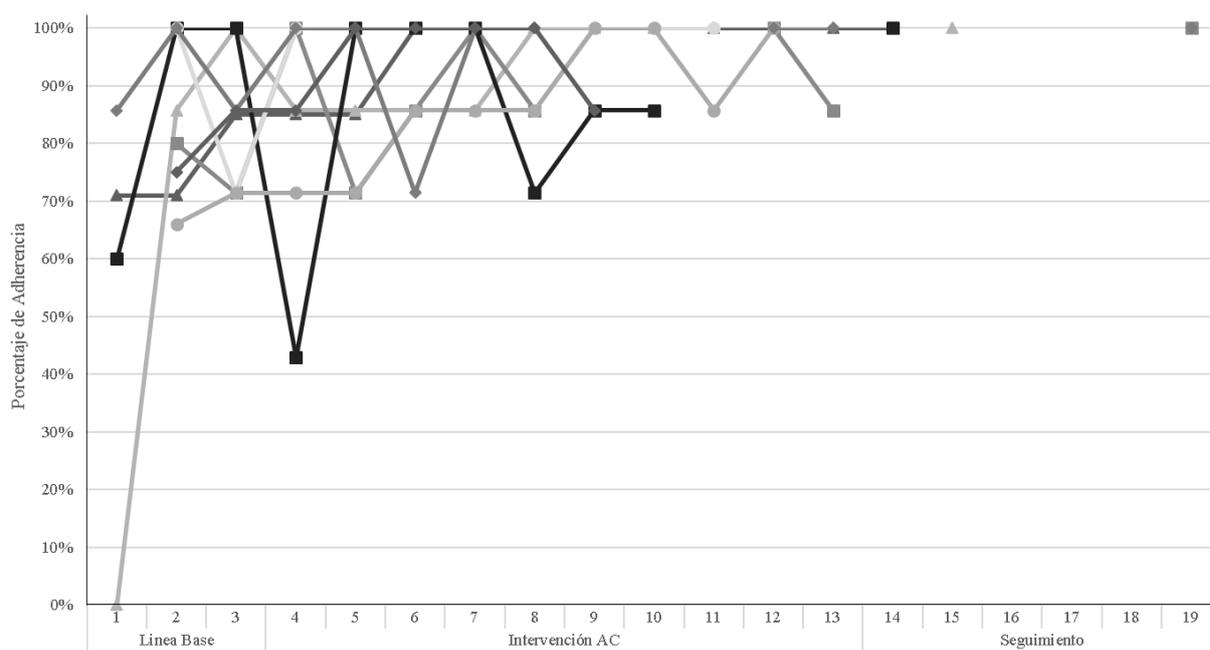
puntuaciones reportadas por el Participante 3 muestran como al comienzo el participante reportó niveles de adherencia mucho más inconsistentes que durante sus últimos tres registros (semanas once, doce y dieciocho) donde la adherencia alcanzó el 100%; esta misma tendencia puede ser observada en los puntajes del Participante 4.



*Figura 9. Porcentajes totales de toma del medicamento por etapa de investigación por Participante*

En cuanto a la toma del medicamento en la Figura 9, podemos observar como los Participantes 1, 7 y 8 reportaron una adherencia óptima (del 100% de las tomas) desde las semanas de línea base hasta el seguimiento. Por su parte los Participantes 2 y 3 parecen representar la tendencia de la mayoría de los participantes, si bien ambos empiezan en línea base con una adherencia sub-óptima (88% de las tomas) vemos como a lo largo de la intervención este porcentaje se incrementa (96% y 91% respectivamente) llegando a una

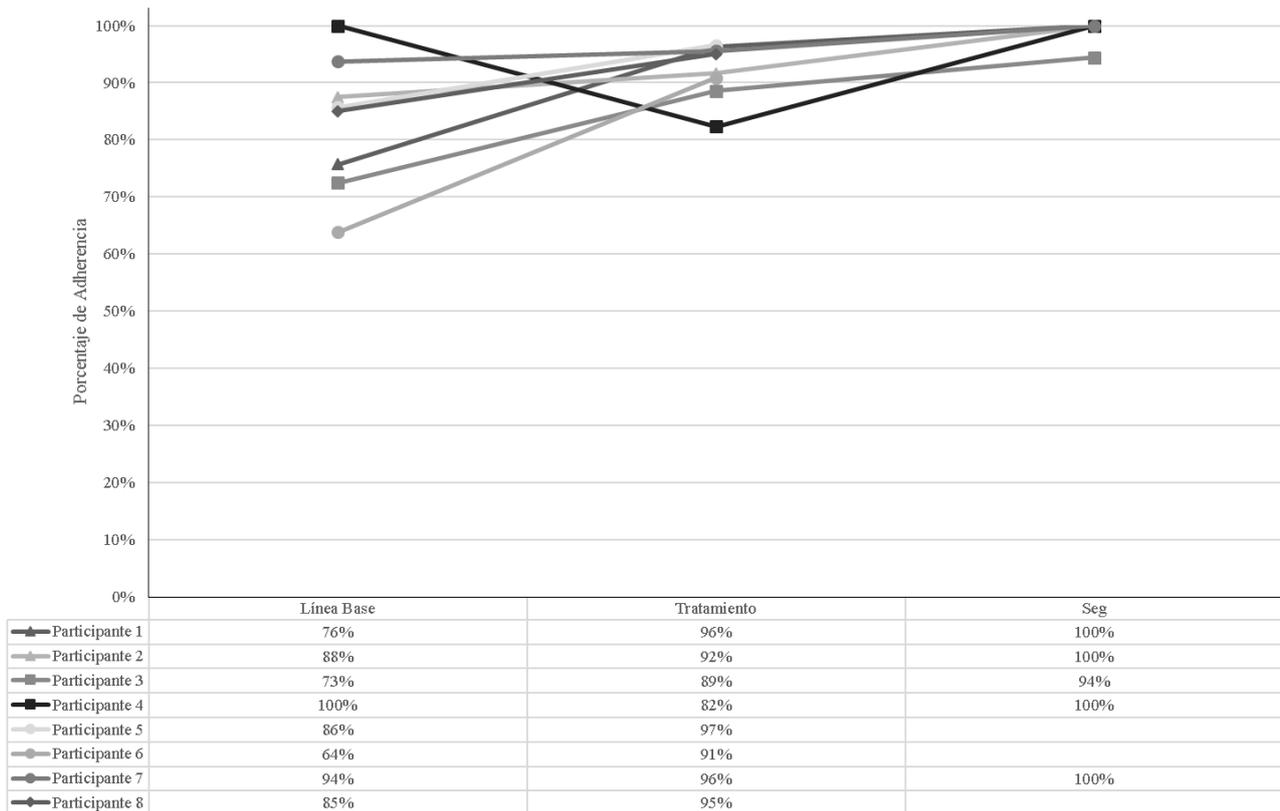
adherencia óptima (100% de las tomas el medicamento antirretroviral) en las mediciones de seguimiento. Por último, el Participante 6 presentó los resultados más bajos, iniciando sus mediciones de línea base con un promedio de 81% y terminando tratamiento con una toma promedio del medicamento del 98%. El único participante cuyos puntajes reportados parece poseer una tendencia distinta son los del Participante 4, el cual, si bien, posee un promedio de línea base de 100% de las tomas del medicamento es en el periodo de tratamiento que presenta una baja en el promedio de sus tomas (90%) para después volver a subir a una adherencia perfecta en la medición de seguimiento.



Participante	Línea Base		Intervención AC								Seguimiento								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Participante 1	71%	71%	85%	85%	85%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%					
Participante 2	0%	86%	100%	86%	86%	86%	86%	100%	100%	100%					100%				
Participante 3		80%	71%	100%	71%	86%	100%	86%	100%			100%	86%						100%
Participante 4	60%	100%	100%	43%	100%	100%	100%	71%	86%	86%				100%					
Participante 5		100%	71%	100%				86%	100%	100%	100%								
Participante 6		66%	71%	71%	71%	86%	86%	86%	100%	100%	86%	100%							
Participante 7	86%	100%	86%	100%	100%	71%	100%	100%					100%	100%					100%
Participante 8		75%	86%	86%	100%	100%	100%	100%	86%										

*Figura 10. Porcentaje de toma del medicamento en horario adecuado por semana por Participante*

En el gráfico (Figura 10) del porcentaje de toma del medicamento en horario se muestra cómo el Participante 1 desde la semana uno de línea base, hasta la semana seis donde se impartió solución de problemas y pasos vitales, vemos un aumento de los porcentajes de toma del medicamento en horario por parte del participante; para posteriormente mantenerse en el 100% de las tomas en horario adecuado. Esta misma tendencia ocurre en el Participante 2 se ve claramente que a partir de que se da el módulo de solución de problemas y pasos vitales (semana seis) que la toma del medicamento alcanza el 100% semanal. Por su parte, los Participantes 3, 4, 6, 7, 8 presentan una inconsistencia de la toma del medicamento en los promedios semanales y una tendencia a la mejora de la toma del medicamento en un horario adecuado. Si bien, estos participantes al comienzo reportaron puntuaciones erráticas podemos observar como las últimas mediciones reportadas por los Participantes 4, 6 y 7 alcanzan el 100% de las tomas en un horario adecuado. Por ejemplo, en los puntajes del Participante 6 podemos notar un aumento de los porcentajes reportados, si bien en línea base el porcentaje total es del 63%, en las últimas semanas el participante refiere haberse tomado su medicamento adecuadamente todos los días (últimas cuatro semanas exceptuando semana 10 donde hay una omisión de toma del medicamento).



*Figura 11.* Porcentajes totales de toma del medicamento en horario adecuado por etapa de investigación por Participante

El Participante 6 comenzó con los peores puntajes comparado con el resto de participantes con un 64% de las tomas en horario adecuado. En general hay tendencia de los puntajes a aumentar a lo largo de las etapas de la investigación, por ejemplo, el Participante 1 el cual pasa del 76% en línea base, al 100% en la medición de seguimiento. Solamente los Participantes 3 y 6 concluyen la investigación con adherencias sub óptimas.

## Capítulo 6. Discusión

En vista de los resultados obtenidos es posible concluir que al igual que en otras enfermedades crónicas (Lundervold et al., 2008; Hopko et al., 2013) la activación conductual disminuye los niveles de sintomatología depresiva en pacientes VIH positivos. Este hallazgo también coincide con el de los estudios de Magidson y colaboradores (2014). Además, la intervención contribuyó a aumentar los niveles de adherencia médica de los participantes (aumentando la adherencia en un 13 % o más en cinco de los ocho participantes) y disminuir los niveles de estrés (disminuyendo los puntajes en las pruebas psicométricas en todos los participantes con mediciones de línea base y de post tratamiento, seis participantes en total).

Este resultado se pudo apreciar en todos los participantes del presente estudio. Sin embargo, al igual que en el caso de Magidson y colaboradores (2014) los presentes resultados se encuentran limitados por la cantidad de participantes y por algunas de sus peculiaridades interpersonales o culturales, que se abordarán más adelante.

Los resultados obtenidos en los niveles de carga viral plasmática y CD4 de los participantes antes y después de la intervención de AC podemos observar una mejoría en ambos indicadores biológicos en la gran mayoría de los participantes (véase Tabla 2). Si bien, dicha mejoría es atribuible a la toma del medicamento y no a la intervención de forma directa. Como veremos más adelante, los cambios observados en los niveles de adherencia y en la sintomatología psicológica sí podrían ser atribuibles a la intervención mediante activación conductual y por ende los cambios en indicadores biológicos podrían estar mediados por los efectos de

la intervención sobre la adherencia al tratamiento médico, la sintomatología depresiva y el estrés.

Al evaluar la efectividad de la terapia de AC para disminuir la sintomatología depresiva medida por el BDI-II podemos observar como, exceptuando al Participante 3, todos los participantes mejoraron sus niveles de sintomatología depresiva de moderada y grave a niveles por debajo de leve según el inventario. Es posible, por la forma en que se reclutó a los participantes no sería pertinente hacer una comparación entre los participantes y sus niveles de sintomatología depresiva con otros estudios como el de Soto y Cruz (2014) en Chihuahua. Podría suponerse que los participantes que llegaron a la investigación buscaban ayuda activamente para solucionar sus problemas y por tanto todos padecían algún nivel de sintomatología de depresión.

El Inventario de Depresión de Beck fue empleado pues se apega estrechamente a la definición de depresión empleada en el presente estudio, la cual, se apegó a la realizada por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2013) y recopilada en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales como un conjunto de síntomas; además, como bien indican Rodríguez y colaboradores (2012) el BDI es una forma confiable, válida y aplicable a la población VIH+ de México. El inventario es de fácil aplicación y facilita el cribado de los pacientes para identificar a aquellos que padecen síntomas depresivos en la población VIH+ (Rodríguez et al, 2012).

Al evaluar los puntajes obtenidos en cada uno de los ítems por los participantes podemos observar que los participantes con mayor número de efectos secundarios poseían puntajes mayores en el factor

somático de la prueba (mostrando peores puntajes en cambios en los hábitos de sueño, cambios en el apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga, pérdida de energía y pérdida de interés en el sexo) lo cual podría sugerir que los resultados demuestran en parte la adecuación al medicamento antirretroviral por el paso del tiempo (aun no conseguida por los participantes de reciente diagnóstico) y que el BDI si bien es una herramienta útil para el cribado de los pacientes que podrían padecer depresión es de vital importancia evaluar el factor cognitivo y de percepción negativa de uno mismo el cual incluye tristeza, pesimismo, fracaso, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, entre otros (Reséndiz y Reyes-Lagunes, 2015; Rodríguez et al, 2012).

En cuanto al estrés y las estrategias de afrontamiento del mismo, todos los participantes mejoraron sus resultados en la prueba de SVE-12 al comparar las mediciones de post tratamiento con seguimiento. Dichos cambios podrían deberse en buena medida a los módulos de psicoeducación en sintomatología depresiva, AC, SP y pasos vitales. El SVE-12 se trata de un instrumento válido y confiable que evalúa la respuesta de estrés a situaciones específicas que tienen que ver con el tratamiento del paciente como han indicado Piña y colaboradores (2006c). Esto hace suponer que, al desarrollar estrategias para enfrentarse a dichos eventos los participantes experimentaron una reducción en sus respuestas de estrés. La evaluación se eligió pues una de sus fortalezas es que ayuda a guiar los programas de intervención al indicar cuales son las áreas del tratamiento médico y el saberse seropositivo que suponen una

amenaza para el individuo; en el presente estudio, se empleó como herramienta que ayudó a guiar los módulos de SP y pasos vitales al indicar en qué áreas el participante refería sentirse amenazado y en las cuales era necesario se desarrollaran competencias que los ayudaran a enfrentarse dichas situaciones.

Al evaluar la efectividad de la terapia de AC para aumentar la adherencia terapéutica basándonos en los resultados en la prueba VPAD-24 (Tapia, Piña y Sánchez Sosa, 2008), observamos algunas mejorías en los resultados al comparar mediciones de línea base contra post tratamiento y seguimiento. Al hacer un análisis de la estructura del cuestionario podemos suponer que parte de los cambios observados en los puntajes se deban a que el cuestionario también evalúa variables psicológicas como estrés, sintomatología depresiva; esto se ejemplifica en reactivos tales como: “¿Qué tan difícil se le hace a usted mantenerse relajado y en calma?”; “¿Qué tan difícil se le hace a usted evitar situaciones que le provoquen tristeza o que lo depriman?” y la adherencia al tratamiento antirretroviral del participante en las últimas semanas (“en el transcurso de la semana pasada, ¿consumió usted todos los medicamentos que le dio su médico?”).

De las 24 preguntas que comprenden el cuestionario podemos suponer que parte del puntaje se mantuvo en mayor o menor medida estable debido a que cinco de las preguntas versaban en torno al comportamiento adherente del participante antes de su diagnóstico de VIH, cuatro hacían referencia a las razones por las cuales el paciente tomaba o no su medicamento y cuatro más evaluaban las habilidades del participante para obtener información de su médico

en torno al medicamento, la enfermedad y su tratamiento; todas cuestiones que podemos suponer se mantuvieron estables en el tiempo. El resto de preguntas, es por todo lo anterior que los cambios encontrados en los resultados de la VPAD-24 aunque pocos llamativos en el gráfico (véase figura 6), son de gran significancia clínica pues hacen alusión a la habilidad del paciente para mantenerse adherente y para mantenerse relajado en calma y alejado de situaciones que le puedan ocasionar tristeza o depresión.

Es gracias a los autorregistros de adherencia terapéutica a la terapia antirretroviral que podemos valorar los efectos de la intervención en la adherencia terapéutica a la terapia antirretroviral de los participantes de una forma más concisa que con los resultados de la VPAD-24. Los niveles de adherencia mostrada por los participantes del presente estudio en línea base (ignorando desviaciones menores de horario según los criterios de los infectólogos) indican que el número de participantes con niveles de adherencia óptimos (arriba del 95%) es muy cercano al encontrado por otros estudios incluidos aquellos llevados a cabo en México (Balandrán et al., 2013; Peñarrieta et al., 2009; Piña et al., 2008a). En el presente estudio sólo la mitad de los participantes presentaban niveles superiores al 95% en línea base.

El Participante 6 mostró los más bajos niveles de adherencia tanto en la línea base como durante el tratamiento (81% y 98% respectivamente), al compararlo con el resto de participantes. Cabe mencionar que en las mediciones de carga viral previas a la intervención el participante no se encontraba indetectable (67 copias del virus por mililitro). Es posible que, como indican varios autores y

guías de intervención, el éxito de la terapia antirretroviral depende de un apego a la pauta médica superior al 95% y una disminución de dicha tasa puede suponer una reducción en las tasas de supresión viral (Berg et al., 2007; Castro et al., 2007; Shuter, 2008; OMS, 2016).

Es de destacarse que la intervención produjo efectos positivos en la adherencia de los participantes a su tratamiento médico debido a que, como indican Balfour et al. (2006), el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (2018b), Gardner et al. (2009), y Hughes et al. (2011) el éxito o fracaso del tratamiento, en efecto, depende de la toma adecuada del medicamento.

En cuanto a los efectos de la intervención para aumentar los niveles de agrado de las actividades reportadas por los participantes en autorregistros de AC observamos como fue posterior a la implementación de la activación conductual que se observó un aumento en el nivel de agrado diario de los participantes en los autorregistros (véase Apéndice C). En principio esto hace suponer que hay una relación entre este tratamiento y la reducción en los niveles de sintomatología depresiva observados en la gráfica del BDI-II. Esta misma relación fue encontrada por Magidson y colaboradores (2014) en pacientes VIH+. Este hallazgo es acorde con las teorías conductuales de la sintomatología depresiva, como explican Ferster y otros en el sentido de que la disminución de los reforzadores positivos contingentes a la conducta de los participantes puede propiciar la aparición de sintomatología depresiva. Así, todo parece indicar que gracias a la intervención en AC la cual promovió que los participantes realizar un mayor número de actividades que ellos consideraran agradables, placenteras o importantes en su día a día,

que los participantes recibieran reforzadores positivos contingentes a su conducta en su propio ambiente, y, por tanto, contrarrestaran la pérdida de placer característica de la sintomatología depresiva (Costello, 1972).

Otra posible explicación de la mejoría de la sintomatología depresiva de los participantes podría atribuirse a efectos del módulo de solución de problemas. Como han indicado D'Zurilla y Nezu, (1982) la solución de problemas es un proceso cognitivo conductual en el cual los individuos encuentran, identifican y adquieren destrezas efectivas para afrontar situaciones difíciles que enfrentan día a día. Dicho proceso se ha relacionado en numerosos estudios con la presencia o no de sintomatología depresiva al enfrentarse el individuo a situaciones difíciles (Nezu, 1987). Esto hace suponer que una posible explicación para la disminución de la sintomatología depresiva en el presente estudio también se debe a los efectos del módulo de solución de problemas en los participantes (Nezu, Nezu, Saraydarian, Kalmar y Ronan, 1986).

Como ejemplo de lo anterior, el Participante 2 pareciera haber mejorado solamente después de haberse expuesto al módulo de solución de problemas y de pasos vitales; se podría proponer que ello se debe a que la sintomatología depresiva, estrés y falta de adherencia del participante se asociaba con problemas relativamente concretos a los que se enfrentaba en ese momento. Gran parte del tiempo dedicado a la solución de problemas durante su tratamiento se enfocó a sus problemas económicos y problemas relacionados con su avance en un posgrado, a los cuales se enfrentaba en ese momento. Al resolver dichas dificultades mejoró el horario del paciente,

disminuyeron sus síntomas y mejoró su adherencia al tratamiento antirretroviral. Esto mismo se puede observar en el Participante 6 quien, después de trabajar en solución de problemas, de modo específico en relación a su expareja y en cómo manejaba la situación, que se comienza a ver una mejoría en el estado de ánimo decaído, estrés y adherencia.

Otra explicación de la mejoría observada en los resultados del Participante 2 podría residir en la cantidad de tiempo transcurrido desde la impartición del módulo de activación conductual. Del mismo modo, la mejoría de los Participantes 6 y 7, podría también atribuirse a la cantidad de tiempo transcurrido posterior a la sesión de AC y psicoeducación en sintomatología depresiva, quizá más que a la instrumentación del módulo de solución de problemas. Es sólo hasta después de sus vacaciones que se aprecia en el Participante 7 un aumento considerable en los niveles de agrado y promedios semanales, lo cual clínicamente sugeriría la necesidad del paso de algún tiempo para percibir claramente los efectos de las actividades agradables.

Las mediciones obtenidas permiten suponer que es a partir de que se desarrollan estrategias adecuadas para mantenerse adherentes en la sesión de solución de problemas y pasos vitales que los participantes logran niveles de adherencia adecuados que se mantienen a lo largo de varias semanas. Los Participantes 1, 7 y 8 no perdieron ninguna toma de su medicamento a lo largo de todo el estudio, sin embargo, al incluir el criterio de tomarse sus medicamentos en un horario preciso se observan distintas fallas (véase Figura 9), fue a partir de la sesión de SP y pasos vitales que

dichas fallas de adherencia desaparecen, pasando de niveles inferiores al 95% a una adherencia perfecta. Algo muy similar ocurrió con el Participante 2 quien comenzó con variaciones en su adherencia para después mostrar una adherencia óptima posterior a SP y pasos vitales.

A diferencia de estudios previos, en el presente se analizó el cambio en la adherencia al tratamiento después de que se impartió cada uno de los componentes de la terapia conductual. Los resultados al respecto son una contribución del estudio. En estudios como el de Safren y colaboradores (2007, 2009) y Simoni y colaboradores (2013) se impartieron los módulos de SP y de pasos vitales con mejoría en la adherencia, que podrían deberse a dichos módulos, tal y como lo confirmarían los resultados del presente estudio. El ensayo clínico aleatorizado llevado a cabo por Gross y colaboradores (2013) con 218 participantes (38 excluidos, 91 en intervención basada en solución de problemas y 89 controles en tratamiento usual) es un antecedente que muestra la eficacia de la terapia de solución de problemas como elemento medular para mejorar la adherencia terapéutica de pacientes con VIH. Por su parte, el componente pasos vitales, también ha mostrado eficacia para aumentar los niveles de adherencia por sí sola (Psaros et al., 2014). Por tanto, es posible concluir, que parte de los cambios en adherencia se deben al efecto de dichos módulos.

El Participante 3 mejoró sus niveles de adherencia, aunque no hasta un nivel del 100% como en el caso de los demás participantes. Esto quizá se explique por la sintomatología depresiva del paciente (leve en sus mediciones de seguimiento). Como sugieren estudios anteriores y las guías de tratamiento en VIH hay una relación estrecha

entre ambas variables (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida, 2018b; DiMatteo et al., 2000; Horberg et al., 2008; Maru et al., 2008; Orejudo et al., 2006; Piña et al., 2008b; Starace et al., 2002). El Participante 5 representaría un contraste con el Participante 3. Una vez que mejora su estado de ánimo, como muestran sus autorregistros de activación conductual aumentan sus niveles de adherencia (véase Figura 7, 8 y 9). En principio sería posible reiterar que los cambios en los niveles de adherencia de los participantes se deben (al menos parcialmente) a la relación estrecha que existe entre ésta y la sintomatología depresiva.

Quizá el caso más claro de la relación entre depresión y adherencia lo encontramos en el Participante 6; con una mejora gradual tanto de la sintomatología depresiva (según indica su nivel de agrado semanal) y sus niveles de adherencia. El efecto también se aprecia a partir del módulo de SP y de pasos vitales en sus niveles de adherencia los cuales alcanzan el 100%.

Como todas las investigaciones este estudio tuvo algunas limitaciones. En primer lugar, los medios empleados para la captación de participantes pudieron haber incluido peculiaridades (pacientes motivados al cambio y a ser relativamente adherentes). En segundo lugar, eventos en los periodos en los que se llevó a cabo la intervención (el sismo en Ciudad de México de septiembre 2017 y periodos vacacionales de diciembre 2017) impidieron que todos los participantes pasaran por exactamente los mismos tiempos de intervención como se muestra en las Figuras 7, 8 y 9; y. En tercer lugar, todos los participantes poseían pautas de medicación con tratamientos sencillos (solamente uno, o dos medicamentos al día

tomados a la misma hora), esta tendencia a que a los pacientes se les administren tratamientos sencillos, poco tóxicos y con pocos efectos secundarios (Concejo Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida, 2018b; U.S. Department of Health and Human Services, 2014) facilita la adherencia óptima a las terapias médicas.

Cabe señalar que las características de los participantes influyeron en la investigación en distintos aspectos. Ya se mencionó antes el posible efecto sobre los resultados el que los participantes acudieran por si solos a buscar ayuda y se presentaran al estudio. Todos los participantes además poseían un conjunto de características que sugieren la homogeneidad de la muestra: todos ellos eran hombres que tenían sexo con hombres, la gran mayoría de ellos tenían dificultades económicas y para trasladarse en la ciudad ya sea por dificultades en su horario o por falta de presupuesto, y por último, todos los participantes eran tratados en los distintos servicios de salud pública de la Ciudad de México (este es un punto relevante pues los servicios de salud pública por lo general exigen a los pacientes una asistencia constante para mantenerlos bajo un seguimiento riguroso). Si bien dichas características podrían sugerir la homogeneidad del grupo, creemos que más bien son una copia fiel de la realidad que viven la mayoría de los pacientes que viven con VIH en la ciudad (CONASIDA, 2012; Secretaría de Salud, 2018).

Todo lo anterior generó distintas dificultades a lo largo del estudio. Podríamos suponer que la captación de pacientes se vio afectada por todos los puntos anteriormente descrito; del mismo modo, las dificultades inherentes a asistir a un servicio de salud por su propia cuenta suscitaban una mayor muerte experimental y

dificultaron tanto el control riguroso de los tiempos entre cada módulo y sesiones presenciales de la intervención, como, el seguimiento tras la conclusión de la intervención. Un punto a favor del estudio lo encontramos en los seguimientos telefónicos y en la facilidad que se les dio a los participantes para citarlos en distintos puntos de la ciudad, ambos factores creemos contribuyeron enormemente en solventar los problemas anteriormente descritos.

En virtud de lo anterior se sugiere realizar estudios que:

1. Permitan saber si el paso del tiempo afecta los resultados del módulo de AC.
2. Corroboren los resultados de la presente investigación con un mayor número de participantes.
3. Posean una muestra con pautas médicas con un mayor número de medicamentos por día.
4. Corroboren los efectos individuales de cada módulo en las variables de interés.
5. Incluyan comparaciones control o de contrastación para corroborar si los efectos más claramente atribuibles a la intervención o son en parte ocasionados por el paso del tiempo (probable fenómeno de habituación), en especial en pacientes con reciente diagnóstico.
6. Continúen los seguimientos por periodos mayores de tiempo.
7. transfieran el control logrado por la intervención a apoyos en otras instancias (pareja, familiares, personas de confianza,

...) a fin de mantener los cambios en el tiempo y se propicie la generalización de lo aprendido.

### **6.1. Beneficios para la clínica**

Tras concluir el estudio se entregaron a las instituciones u organismos que apoyaron el estudio:

- a) Copia del estudio realizado,
- b) Un manual de intervención con los contenidos completos de la intervención mediante Activación Conductual
- c) Trípticos con los puntos más importantes de la intervención,  
y,
- d) Consejos útiles para que el paciente cuente con las herramientas necesarias para identificar y enfrentar la sintomatología depresiva, así como para aumentar sus niveles de adherencia terapéutica a los antirretrovirales.

## Referencias

- Alciati, A., Gallo, L., Monforte, A., Brambilla, F. & Mellado, C. (2007). Major depression-related immunological changes and combination antiretroviral therapy in HIV-seropositive patients. *Human Psychopharmacology*, 22(1), 33-40.
- Amico, K. R., Toro-Alfonso, J., y Fisher, J. D. (2005). An empirical test of the Information, Motivation and Behavioral Skills model of antiretroviral therapy adherence. *AIDS Care*, 17(6), 661-673. doi: 10.1080/09540120500038058
- Amigo, I., Fernández, C. & Pérez, M. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Asch, S., Kilbourne, A., Gifford, A., Burnam, M., Turner, B., Shapiro, M. & Bozzette, S. (2003). Underdiagnosis of depression in HIV: who are we missing?. *Journal Of General Internal Medicine*, 18(6), 450-460.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Los trastornos depresivos. En *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5<sup>a</sup> ed.). doi: 10.1176/appi.books.9780890425596.807874
- Au, A., Chan, I., Li, P., Chung, R., Po, L. & Yu, P. (2004). Stress and health-related quality of life among HIV-infected persons in Hong Kong. *AIDS And Behavior*, 8(2), 119-129.
- Ayuso, J.L. (1997). *Trastornos neuropsiquiátricos en el SIDA*. Madrid, España: McGraw-Hill.
- Baer, D.M., Wolf, M.M. y Risley, T.R. (1987). Some still current dimensions of Applied Behavior Analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 20(4), 313-327.

- Balandrán, D.A., Gutiérrez, J.P., y Romero, M. (2013). Adherencia antirretroviral en México. *Revista de Investigación Clínica*, 65 (5), 384-391.
- Balfour, L., Kowal, J., Silverman, A., Tasca, G., Angel, J., Macpherson, P. & Cameron, D. (2006). A randomized controlled psycho-education intervention trial: improving psychological readiness for successful HIV medication adherence and reducing depression before initiating HAART. *AIDS Care*, 18(7), 830-838.
- Barrera, A. (1996). *Evaluación psicológica pre y postprueba para personas que se someten a análisis del VIH/SIDA* (Tesis de licenciatura sin Publicar). Universidad Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Beck, A. (1987). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bell, E., Marcus, D. & Goodlad, J. (2013). Are the Parts as Good as the Whole? A Meta-Analysis of Component Treatment Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(4), 722-736. doi: 10.1037/a0033004.
- Berg, C., Michelson, S. & Safren, S. (2007). Behavioral aspects of HIV care: adherence, depression, substance use, and HIV-transmission behaviors. *Infectious Disease Clinics*, 21(1), 181-200.
- Berg, C., Raminani, S., Greer, J., Harwood, M. & Safren, S. (2008). Participants' perspectives on cognitive-behavioral therapy for adherence and depression in HIV. *Psychotherapy Research: Journal Of The Society For Psychotherapy Research*, 18(3), 271-280. doi: 10.1080/10503300701561537.
- Berg, M., Mimiaga, M. & Safren, S. (2004). Mental health concerns of HIV-infected gay and bisexual men seeking mental health

services: an observational study. *AIDS Patient Care & Studies*, 18(11), 635-643.

Beusterien, K., Davis, E., Flood, R., Howard, K., & Jordan, J. (2008). HIV patient insight on adhering to medication: a qualitative analysis. *AIDS Care*, 20(2), 251-259. doi: 10.1080/09540120701487666.

Bor, J. & Elford, J. (1998). *The family and HIV Today*. Gran Bretaña: Cassell.

Bottonari, K., Roberts, J., Ciesla, J., & Hewitt, R. (2005). Life stress and adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive individuals: a preliminary investigation. *AIDS Patient Care & Stds.*, 19(11), 719-727.

Bottonari, K., Safren, S., McQuaid, J., Hsiao, C. & Roberts, J. (2010). A longitudinal investigation of the impact of life stress on HIV treatment adherence. *Journal Of Behavioral Medicine*, 33(6), 486-495. doi: 10.1007/s10865-010-9273-9.

Bourne, A., Dodds, C., Keogh, P., Weatherburn, P. & Hammond, G. (2009) *Relative safety II: risk and unprotected anal intercourse among gay men with diagnosed HIV*. Recuperado de 25 de Septiembre de 2013 de: <http://www.sigmaresearch.org.uk/files/report2009d.pdf>

Brandt, C., Zvolensky, M. J., Woods, S. P., Gonzalez, A., Safren, S. A., & O'Cleirigh, C. M. (2017). Anxiety symptoms and disorders among adults living with HIV and AIDS: A critical review and integrative synthesis of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 51, 164-184. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.11.005>

Briongos-Figuero, L., Bachiller-Luque, P., Palacios-Martín, T., De Luis-Román, D. & Eiros-Bouza, J. (2011). Depression and health related quality of life among HIV-infected people.

*European Review For Médical And Pharmacological Sciences*, 15(8), 855-862.

- Brown, J. & Venable, P. (2008). Cognitive-Behavioral Stress Management Interventions for Persons Living with HIV: A Review and Critique of the Literature. *Annals Of Behavioral Medicine*, 35(1), 26-40. doi: 10.1007/s12160-007-9010-y.
- Brown, T., Williams, D.R., Jackson, J.J., Neighbors, H.W., Torres, M., Sellers, S.L., y, Brown, K.T. (2000). "Being Black and feeling blue": The mental health consequences of racial discrimination. *Race & Society*, 2(2), 117-131
- Cámara de diputados del honorable congreso de la unión (2009) *Ley General de Salud: Última reforma DOF 20-08-2009*. Recuperado de 4 de noviembre de 2014, de:  
[http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY\\_GENERAL\\_DE\\_SALUD.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf)
- Carrico, A. & Antoni, M. (2008). Effects of psychological interventions on neuroendocrine hormone regulation and immune status in HIV-positive persons: A review of randomized controlled trials. *Psychosom. Med.*, 70(5), 575-584. doi: 10.1097/PSY.0b013e31817a5d30.
- Carvalho, J. (1999). Intervención psicológica en el área de la infección por VIH/SIDA. En S. Miguel (Ed.), *Manual de la psicología de la salud fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp.625-647). Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Castedo, A. & Santos, I. (2008). Características psicométricas de la Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS) en pacientes de VIH/SIDA. *Psicothema*, 20(4), 958-963.
- Castrighini, C., Gir, E., Neves, L., Reis, R., Galvão, M. & Hayashido, M. (2010). Depression and self-esteem of patients positive for

HIV/AIDS in an inland city of Brazil. *Retrovirology*, 7(1), 66.  
doi:10.1186/1742-4690-7-S1-P66

Castro, J., Gutiérrez, R. & Villena, J. (2007). Actualización para el médico no especialista en el tratamiento del VIH. *Acta Médica Peruana*, 24(3), 208-222.

Chesney, M. (2006). A validity and reliability study of the coping self-efficacy scale. *British Journal Of Health Psychology*, 11(3), 421-437.

Chesney, M., Ickovics, J., Chambers, A., Gifford, A., Neidig, J., Zwickl, B., y Wu, A. W. (2000). Self reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: the AACTG Adherence Instruments. *AIDS Care*, 12(3), 255-66.

Chiriboga, D, Abarca, X., Rodríguez, N., Franco, F., Laspina, C., Moreira, J. & Morales, L. (2010). *Guía de Atención integral VIH/SIDA 2010*. Recuperado de 27 de octubre de 2013 de: [http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/ecuador\\_art.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/ecuador_art.pdf)

Clucas, C., Sibley, E., Harding, R., Liu, L., Catalan, J. & Sherr, L. (2011). A systematic review of Interventions for anxiety in people with HIV. *Psychology, Health & Medicine*, 16(5), 528-547.  
doi: 10.1080/13548506.2011.579989.

Clumeck, N., Pozniak, A. & Raffi, F. (2008). European AIDS Clinical Society (EACS) guidelines for the clinical management and treatment of HIV-infected adults. *HIV Medicine*, 9(2), 65-71.

Cohen, F. (1982). Personality, stress and the development of physical illness. In: G. C. Stone, F. Cohen, N. E. Adler et al. *Health Psychology: A Handbook*. (pp. 77-111). San Francisco: Jossey Bass.

- Cole, S. (2008). Psychosocial Influences on HIV-1 Disease Progression: Neural, Endocrine, and Virologic Mechanisms. *Psychosom. Med.*, 70(5), 562-568. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181773bbd.
- Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (1998) *Guía para la atención psicológica de personas que viven con el VIH/SIDA* (2ª ed.). Distrito Federal, México: CONASIDA.
- Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (2012). *Informe Nacional de avances de la Lucha contra el SIDA*. Recuperado de 1 de Noviembre de 2014 de: [http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/Informe%20Narrativo%202012\\_Mexico20120625.pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/Informe%20Narrativo%202012_Mexico20120625.pdf)
- Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (2017). *Epidemiología / Registro Nacional de Casos de VIH y sida*. Recuperado de 8 de febrero de 2018 de: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/301432/RN\\_4to\\_trim\\_2017.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/301432/RN_4to_trim_2017.pdf)
- Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (2018a) *Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México registro nacional de casos de SIDA actualización al 09 de noviembre de 2018 día mundial del sida 2018*. Recuperado el 13 de diciembre de 2018 de: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/415154/RN\\_D\\_a\\_mudial\\_sida2018.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/415154/RN_D_a_mudial_sida2018.pdf)
- Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (2018b) *Guía de manejo antirretroviral de las personas con vih*. Recuperado el 21 de Noviembre de 2018 de: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/411867/Gu\\_aARV\\_2019\\_09Noviembre.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/411867/Gu_aARV_2019_09Noviembre.pdf)
- Cortazar-Palapa, J., Alcazar, L. F., Riveros, A. & Sánchez-Sosa, J. J. (2005). Efectos de una intervención cognitiva-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de

- pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 445-462.
- Costello, C. G. (1972). Depression: Loss of reinforcers of loss of reinforcer effectiveness?. *Behavior Therapy*, 3(2), 240-247.
- Côté, J., Godin, G., Ramirez-Garcia, P., Rouleau, G., Bourbonnais, A., Guéhéneuc, Y. G., Tremblay, C., ... Otis, J. (2015). Virtual intervention to support self-management of antiretroviral therapy among people living with HIV. *Journal of medical Internet research*, 17(1),. doi:10.2196/jmir.3264
- Crepaz, N., Lyles, C., Wolitski, R., Passin, W.F., Rama, S.M., Herbst, J., Purcell, D. W., Malow, R. M. & Stall, R. (2006). HIV/ AIDS Prevention Research Synthesis (PRS) Team: Do prevention interventions reduce HIV risk behaviours among people living with HIV? A meta-analytic review of controlled trials. *AIDS*, 20(2), 143-157.
- Crespo, M., y Labrador, F. J. (2003). *Estrés*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Creswell, J. D., Myers, H. F., Cole, S. W., y Irwin, M. R. (2009). Mindfulness meditation training effects on CD4+ T lymphocytes in HIV-1 infected adults: A small randomized controlled trial. *Brain, Behavior, and Immunity*, 23(2), 184-188. doi:10.1016/j.bbi.2008.07.004
- Cruess, D., Douglas, S., Petitto, J., Ten, T., Gettes, D., Dubé, B., Cary, M. & Evans, D. (2005). Association of resolution of major depression with increased natural killer cell activity among HIV-seropositive women. *Am. J. Psychiatry*, 162(11), 2125-2130.
- Cruz, J. B. (2015). *Efecto de la depresión en la discapacidad en hombres con VIH en una Clínica Especializada* (Tesis de maestría sin Publicar). Universidad Autónoma de México, Distrito Federal, México.

- Curran, G., Pyne, J., Fortney, J., Gifford, A., Asch, S., Rimland, D., ... & Atkinson, J. (2011). Development and implementation of collaborative care for depression in HIV clinics. *AIDS Care*, 23(12), 1626-1636. doi: 10.1080/09540121.2011.579943.
- Dantzer, R. (2004) Cytokine-induced sickness behaviour: a neuroimmune response to activation of innate immunity. *Eur. J. Pharmacol*, 500(1-3), 399-411.
- Daughters, S. B., Braun, A., Sargeant, M., Reynolds, E., Hopko, D., Blanco, C. & Lejuez, C. W. (2008). Effectiveness of a brief behavioral treatment for innercity illicit drug users with elevated depressive symptoms: The life enhancement treatment for substance use (LETS Act!). *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(1), 122-129.
- Daughters, S. B., Magidson, J. F., Schuster, R., & Safren, S. (2010). Act healthy: A combined behavioral activation for depression and cognitive-behavioral HIV medication adherence treatment for substance users in residential treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(3), 309-321.
- DiMatteo, M., Lepper, H., & Croghan, T. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med*, 160(14), 2101-2107.
- DiMatteo, M., Lepper, H., & Croghan, T. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med*, 160(14), 2101-2107.
- Dimidjian, S., Hollon, S., Dobson, K., Schmaling, K., Kohlenberg, R., Addis, M., ... & Jacobson, N. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major

depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658-670. doi: 10.1037/0022-006X.74.4.658.

Dlanch, J. & Torres, X. (2002). *Guía clínica para los tratamientos de los pacientes con VIH/SIDA*. Barcelona, España: Psiquiatría Editores.

Down, I., Triffitt, K., Persson, A., Ellard J., Brown, G. & Prestage, G. (2012). *Experiences of HIV: The Seroconversion Study Report 2012*. Recuperado de 22 de Septiembre de 2013, de: [http://www.latrobe.edu.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/216658/HIV-Seroconversion-Study-Report-2012.pdf](http://www.latrobe.edu.au/__data/assets/pdf_file/0010/216658/HIV-Seroconversion-Study-Report-2012.pdf)

D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. (1982). *Social problem solving in adults*, en Kendall, P. C. (Eds.). *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 1). New York: Academic Press.

D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M. & Maydeu-Olivares, A. (2004). *Social Problem Solving: Theory and Assessment*. En: E. C. Chang, T. J. D'Zurilla & L. J. Sanna (Eds.), *Social problem solving: Theory, research, and training* (pp. 11-27). Washington, DC: American Psychological Association.

Edo, M. & Ballester, R. (2006). Estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH/SIDA y enfermos oncológicos. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 11(2), 79-90.

Ekers, D., Dawson, M. & Bailey, E. (2013). Dissemination of behavioural activation for depression to mental health nurses: training evaluation and benchmarked clinical outcomes. *Journal Psychiatr Ment Health Nurs*, 20(), 186-192. doi:10.1111/j.1365-2850.2012.01906.x

Ekers, D., Godfrey, C., Gilbody, S., Parrott, S., Richards, D. A., Hammond, D. & Hayes, A. (2011). Cost utility of behavioural

activation delivered by the non-specialist. *Br J Psychiatry*, 199(), 510-511. doi: 10.1192/bjp.bp.110.090266

- Estrada, J. H., Martínez, A. G. & Abadía, C. E. (2008). Factores biosociales y percepciones de una vida con calidad: reto para la adherencia antirretroviral en pacientes con VIH. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 26(2), 134-142.
- Faust, D. (1995). Another Dodo Bird Verdict? Revisiting the Comparative Effectiveness of Professional and Paraprofessional Therapists. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 2(3), 157-167.
- Ferster, C. B. (1965). Classification of behavioral pathology. En Krasner, L. & Ullman, L. (Eds.), *Research in behavior modification*, New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28(10), 857-870.
- Fisher, J. D., Fisher, W. A., Amico, K. R., & Harman, J. J. (2006). An information-motivation-behavioral skills model of adherence to antiretroviral therapy. *Health Psychology*, 25(4), 462-473.
- Flowers, P., Davis, M., Larkin, M., Church, S. & Marriott, C. (2011). Understanding the impact of HIV diagnosis amongst gay men in Scotland: An interpretative phenomenological analysis. *Psychology & Health*, 26(10), 1378-1391. doi: 10.1080/08870446.2010.551213.
- French, T., Tesoriero, J. & Agins, B. (2011). Changes in stress, substance use and medication beliefs are associated with changes in adherence to HIV antiretroviral therapy. *AIDS And Behavior*, 15(7), 1416-1428. doi:10.1007/s10461-010-9762-4
- Fumaz, C., Muñoz-Moreno, J. A., Moltó, J., Ferrer, M. J., López-Blázquez, R., Negro, E., Paredes, R., Gómez, G. & Clotet, B. (2008). Sustained antiretroviral treatment adherence in

- survivors of the pre-HAART era: attitudes and beliefs. *AIDS Care*, 20(7), 796-805. doi: 10.1080/09540120701694022.
- Fumaz, C., Tuldrá, A. & Ferrer, M. J. (2003). Evaluación psicológica en VIH y SIDA. En T. Gutiérrez, R. Raich, D. Sánchez & J. Deus (Eds.), *Instrumentos de evaluación en psicología de la salud*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Galindo J. & Ortega M. (2010). Prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital General de Zona # 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Lic. Ignacio Díaz Téllez. *Enfermedades infecciosas y microbiología*, 30 (4), 129-133.
- Galvan, F., Davis, E., Banks, D. & Bing, E. (2008). HIV Stigma and Social Support among African Americans. *AIDS Patient Care & Studies*, 22(5), 423-436. doi: 10.1089/apc.2007.0169.
- García Huete, E. (1993). SIDA: Apoyos en el entorno personal, familiar y laboral. España: Eudema.
- García, C. F. (2017). *Intervención cognitivo conductual sobre la adherencia al tratamiento de VIH-SIDA en un centro femenino de reinserción social en México* (Tesis de licenciatura sin Publicar). Universidad Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Gardner, E., Burman, W., Steiner, J., Anderson, P., Bangsberg, D. (2009). Antiretroviral medication adherence and the development of class-specific antiretroviral resistance. *AIDS*, 23(9), 1035-46.
- Garofalo, R., Kuhns, L. M., Hotton, A., Johnson, A., Muldoon, A., and Rice, D. (2016). RCT of personalized text message reminders to promote medication adherence among HIV-positive adolescents and young adults. *AIDS and Behavior*, 20 ( ), 1049-1059.
- Gatell, J. A., Clotet, B., Podzamczer, D., Miró, J. M. & Mallolas, J. (2011). *Guía práctica del SIDA* (11a ed.). España: Masson.

- Gawrysiak, M., Nicholas, C. & Hopko, D. (2009). Behavioral activation for moderately depressed university students: Randomized controlled trial. *Journal of Counseling Psychology*, 56(), 468-475.
- Gifford, A. L., Bormann, J. B., Shively, M. J., Wright, B. C., Richman, D. D. & Bozzette S. A. (2000). Predictors of self-reported adherence and plasma HIV concentrations in patients on multidrug antiretroviral regimens. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 23(5), 386-395.
- Glover, D., Garcia-Aracena, E., Lester, P., Rice, E. & Rothram-Borus, M. (2010). Stress biomarkers as outcomes for HIV+ prevention: participation, feasibility and findings among HIV+ Latina and African American mothers. *AIDS And Behavior*, 14(2), 339-350. doi:10.1007/s10461-009-9549-7
- Godin, G. G., Côté, J. J., Naccache, H. H., Lambert, L. D. & Trottier, S. S. (2005). Prediction of adherence to antiretroviral therapy: A one-year longitudinal study. *AIDS Care*, 17(4), 493-504. doi:10.1080/09540120412331291715
- Golin, C. E., Liu, H., Hays, R., Miller, L., Beck, C. K., Ickovics, J., Kaplan, A. H. & Wenger, N. (2002). A Prospective Study of Predictors of Adherence to Combination Antiretroviral Médication. *Journal of General Internal Medicine*, 17(10), 756-765. doi: 10.1046/j.1525-1497.2002.11214.x.
- González, A., Zvolensky, M., Parent, J., Grover, K. & Hickey, M. (2012). HIV symptom distress and anxiety sensitivity in relation to panic, social anxiety, and depression symptoms among HIV-positive adults. *AIDS Patient Care And Stds.*, 26(3), 156-164. doi:10.1089/apc.2011.0309
- González, D. A., Reséndiz, A., & Reyes-Lagunes, I. (2015). Adaptation of the BDI-II in Mexico. *Salud Mental*, 38(4), 237-244. <http://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.033>

- González, J., Batchelder, A., Psaros, C. & Safren, S. (2011). Depression and HIV/AIDS treatment nonadherence: a review and meta-analysis. *Journal Of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 58(2), 181-187. doi: 10.1097/QAI.0b013e31822d490a.
- González-Puente, J.A. y Sánchez-Sosa, J.J. (2001). Systematic assessment of quality of life in HIV-positive patients at three clinical stages of the infection. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1(), 519-528.
- Gore-Felton, C. & Koopman, C. (2008). Behavioral Mediation of the Relationship Between Psychosocial Factors and HIV Disease Progression. *Psychosom. Med.*, 70(5), 569-574. doi: 10.1097/PSY.0b013e318177353e.
- Gore-Felton, C., Koopman, C., Spiegel, D., Vosvick, M., Brondino, M. & Winningham, A. (2006). Effects of quality of life and coping on depression among adults living with HIV/AIDS. *Journal Of Health Psychology*, 11(5), 711-729.
- Gortner, E., Gollan, J., Dobson, K. & Jacobson, N. (1998). Cognitive-Behavioral Treatment for Depression: Relapse Prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 377-384.
- Gross, R., Bellamy, S. L., Chapman, J., Han, X., O'Duor, J., Palmer, S. C., Houts, P. S., Coyne, J. C., & Strom, B. L. (2013). Managed Problem Solving for Antiretroviral Therapy Adherence: A Randomized Trial. *JAMA Internal Medicine*, 173(4), 300-306. doi. <http://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.2152>
- Guerra, L. & Parras, F. (2000). La adherencia a los antirretrovirales: una tarea de todos. *Enf. Emerg.*, 2(1), 5-9.
- Hammer, S., Saag, M., Schechter, M., Montaner, J., Schooley, R., Jacobsen, D. & Volberding, P. (2006) Treatment for adult HIV infection: recommendations of the International AIDS Society–USA panel. *Top HIV Med.*, 14(3), 827-43.

- Hand, G., Phillips, K., & Dudgeon, W. (2006). Perceived stress in HIV-infected individuals: physiological and psychological correlates. *AIDS Care*, 18(8), 1011-1017.
- Harding, R. & Molloy, T. (2008). Positive futures? The impact of HIV infection on achieving health, wealth and future planning. *AIDS Care*, 20(5), 565-570. doi: 10.1080/09540120701867222.
- Harding, R., Liub, L., Catalanc, J. & Sherr, L. (2011). What is the evidence for effectiveness of interventions to enhance coping among people living with HIV disease? A systematic review. *Psychology, Health & Medicine*, 16(5), 564-587. doi: 10.1080/13548506.2011.580352.
- Hasanah, C., Zaliha, A.R. & Mahiran, M. (2011). Factors influencing the quality of life in patients with HIV in Malaysia. *Quality Of Life Research*, 20(1), 91-100. doi: 10.1007/s11136-010-9729-y.
- Hattie, J., Sharpley, C. & Rogers, H. (1984). Comparative Effectiveness of Professional and Paraprofessional Helpers. *Psychological Bulletin*, 95 (3), 534-541.
- Hazlett-Stevens, H. & Craske, M. (2003). Breathing retraining and diaphragmatic breathing techniques. En W. O'Donohue, J. Fisher & S. Hayes (Eds.), *Cognitive Behavior Therapy*. Hoboken, NJ: John Wiley.
- Heckman, T.G. & Carlson, B. (2007). A randomized clinical trial of two telephone-delivered, mental health interventions for HIV-infected persons in rural areas of the United States. *AIDS Behavior*, 11(1), 5-14.
- Heckman, T.G., Barcikowski, R., Ogles, B., Suhr, J., Carlson, B., Holroyd K. & Garske, J. (2007). A telephone-delivered coping improvement group intervention for middle-aged and older adults living with HIV/AIDS. *Annals of Behavioral Medicine*, 32(1), 27-38.

- Hopko, D. R., Funderburk, J. S., Shorey, R. C., McIndoo, C. C., Ryba, M. M., File, A. A., Benson, K. & Vitulano, M. (2013). Behavioral activation and problem-solving therapy for depressed breast cancer patients: preliminary support for decreased suicidal ideation. *Behav Modif*, 37(6), 747-67. doi: 10.1177/0145445513501512
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Ruggiero, K. J. & Eifert, G. H. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: procedures, principles, and progress. *Clin Psychol*, 23(), 699-717. doi: 10.1016/S0272-7358(03)00070-9
- Horberg, M., Silverberg, M., Hurley, L., Towner, W., Klein, D., Bersoff-Matcha, S., Weinberg, W. G., ... & Kovach, D. (2008). Effects of Depression and Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Use on Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy and on Clinical Outcomes in HIV-Infected Patients. *J. Acquir. Immune. Defic. Syndr.*, 47(3), 384-390.
- Hughes, R., Sterne, J., Walsh, J., Bansi, L., Gilson, R., Orkin, C., Hill, T., Ainsworth, J., Anderson, J., Gompels, M., Dunn, D., Johnson, M. A., Phillips, A. N., Pillay, D., Leen, C., Easterbrook, P., Gazzard, B., Fisher, M. & Sabin, C. (2011). Long-term trends in CD4 cell counts and impact of viral failure in individuals starting antiretroviral therapy: UK Collaborative HIV Cohort (CHIC) study. *HIV Medicine*, 12(10), 583-593. doi: 10.1111/j.1468-1293.2011.00929.x.
- Hult, J., Wrubel, J., Bränström, R., Acree, M. & Moskowitz, J. (2012). Disclosure and nondisclosure among people newly diagnosed with HIV: an analysis from a stress and coping perspective. *AIDS Patient Care And Stds.*, 26(3), 181-190. doi: 10.1089/apc.2011.0282.
- Ironson, G. & Hayward, H. (2008). Do Positive Psychosocial Factors Predict Disease Progression in HIV-1? A Review of the

Evidence. *Psychosom. Med.*, 70(5), 546-554. doi:  
10.1097/PSY.0b013e318177216c.

- Ironson, G., Balbin, E., Stieren, E., Detz, K., Fletcher, M.,  
Schneiderman, N. & Kumar, M. (2008). Perceived stress and  
norepinephrine predict the effectiveness of response to  
protease inhibitors in HIV. *International Journal Of Behavioral  
Medicine*, 15(3), 221-226. doi: 10.1080/10705500802219606.
- Ironson, G., Friedman, A., Klimas, N., Antoni, M., Fletcher, M. A.,  
LaPerriere, A., Simoneau, J., y Schneiderman, N. (1994).  
Distress, denial, and low adherence to behavioral  
interventions predict faster disease progression in gay men  
infected with human immunodeficiency virus. *International  
Journal of Behavioral Medicine*, 1(1), 90-105. doi:  
[https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0101\\_6](https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0101_6)
- Ironson, G., O'Cleirigh, C., Fletcher, M., Laurenceau, J., Balbin, E.,  
Klimas, N., Schneiderman, N. & Solomon, G. (2005a).  
Psychosocial factors predict CD4 and viral load change in men  
and women with human immunodeficiency virus in the era of  
highly active antiretroviral treatment. *Psychosom. Med.*, 67(6),  
1013-1021.
- Ironson, G., Weiss, S., Lydston, D., Ishii, M., Jones, D., Asthana, D.,  
Tobin, J., Lechner, S., Laperriere, A., Schneiderman, N. &  
Antoni, M. (2005b). The impact of improved self-efficacy on  
HIV viral load and distress in culturally diverse women living  
with AIDS: the SMART/EST Women's Project. *AIDS Care*,  
17(2), 222-236.
- Jacobson, N., Dobson, K., Truax, P., Addis, M., Koerner, K., Gollan, J.  
K., Gortner, E. & Prince, S. E. (1996). A component analysis of  
cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of  
Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 295-304.

- Jin, C., Zhao, G., Zhang, F., Feng, L. & Wu, N. (2010). The psychological status of HIV-positive people and their psychosocial experiences in eastern China. *HIV Medicine*, 11(), 253-259. doi: 10.1111/j.1468-1293.2009.00770.x
- Johnston, J. M. & Pennypaker, H. S. (1980). *Strategies and tactics of human behavioral research* (2a ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Kagee, A. & Martin, L. (2010). Symptoms of depression and anxiety among a sample of South African patients living with HIV. *AIDS Care*, 22(2), 159-165. doi: 10.1080/09540120903111445.
- Kalichman, S. (2008). Co-occurrence of Treatment Nonadherence and Continued HIV Transmission Risk Behaviors: Implications for Positive Prevention Interventions. *Psychosom. Med.*, 70(5), 593-597. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181773bce.
- Kalichman, S. C., Kalichman, M. O., Cherry, C., Eaton, L. A., Cruess, D., & Schinazi, R. F. (2016). Randomized factorial trial of phone-delivered support counseling and daily text message reminders for HIV treatment adherence. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 73, 47-54.
- Kanter, J., Diéguez, G., Rusch, L., Busch, A. & Santiago-Rivera, A. (2008). Behavioral Activation for Latinos With Depression. *Clinical Case Studies*, 7(), 491-506.
- Kaplan, R., Sallis, J. & Patterson, T. (1993). *Health and human behavior*. EUA: McGraw-hill.
- Kazdin, A. (2011). *Background and key measurements considerations*. In A. Kazdin *Single case research designs: Methods for Clinical and Applied Settings*, 2<sup>nd</sup> edition. Ney York: Oxford University Press.
- Keppel, G. (1991). *Design and analysis: A researcher's handbook* (3ra ed.). Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall, Inc.

- Klimas, N., O'Brien, A. & Fletcher, M. A. (2008). Overview of HIV. *Psychosom. Med.*, 70(), 523-530.
- Klimas, N., O'Brien, A. & Fletcher, M. A. (2008). Overview of HIV. *Psychosom. Med.*, 70(), 523-530.
- Kopinsky, K., Stoff, D. & Rausch, D. (2004). Workshop report: the effects of psychological variables on the progression of HIV-1 disease. *Brain Behav Immun.*, 18(3), 246-61.
- Kravitz, R., Duan, N., Niedzinski, E. J., Hay, M. C., Subramanian, S. K. & Weisner, T.S. (2008). What Ever Happened to N-of-1 Trials? Insiders' Perspectives and a Look to the Future. *Milbank Quarterly*, 86(4), 533-555. doi: 10.1111/j.1468-0009.2008.00533.x.
- Labrador, F. J. (2011). *Técnicas de modificación de conducta*. España: Ediciones Pirámide.
- Labrador, F. J., Muñoz, M., y Cruzado, J. A. (2004). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta (3 ed.)*. España: Pirámide
- Lawler, K., Mosepele, M., Seloilwe, E., Ratcliffe, S., Steele, K., Nthobatsang, R. & Steenhoff, A. (2011). Depression among HIV-positive individuals in Botswana: a behavioral surveillance. *AIDS And Behavior*, 15(1), 204-208. doi: 10.1007/s10461-009-9622-2.
- Lazarus RS, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca, 1986.
- Lazo, M., Gange, S., Wilson, T., Anastos, K., Ostrow, D., Witt, M. & Jacobson, L. (2007). Patterns and predictors of changes in adherence to highly active antiretroviral therapy: longitudinal study of men and women. *Clinical Infectious Diseases*, 45(10), 1377-1385.

- Lejuez, C. W., Hopko, D. & Hopko, S. D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression. Treatment manual. *Behav Modif.* 25 (), 255-286. doi: 10.1177/0145445501252005
- Lejuez, C., Hopko, D., Acierno, R., Daughters, S. B. & Pagoto, S. (2011). Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: revised treatment manual. *Behavior Modification.* 35(2): 111-161. doi: 10.1177/0145445510390929
- Leserman, J. (2008). Role of Depression, Stress, and Trauma in HIV Disease Progression. *Psychosom. Med.*, 70(5), 539-545. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181777a5f.
- Leserman, J., Ironson, G., O'Cleirigh, C., Fordiani, J. & Balbin, E. (2008). Stressful life events and adherence in HIV. *AIDS Patient Care STDS*, 22(5), 1-9. doi: 10.1089/apc.2007.0175.
- Leserman, J., Wells, B., Whetten, K., Mugavero, M., Thielman, N., Swartz, M. & Stangl, D. (2007). Relation of lifetime trauma and depressive symptoms to mortality in HIV. *Am. J. Psychiatry.*, 164(11), 1707-1713.
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. En Friedman, R. J., & Katz, M. M. (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 157-178). New York: John Wiley & Sons.
- Li, L., Lee, S. J., Wen, Y., Lin, C., Wan, D. & Jiraphongsa, C. (2010). Antiretroviral Therapy Adherence among Patients living with HIV/AIDS in Thailand. *Nurs. Health Sci.*, 12(2), 212-220. doi:10.1111/j.1442-2018.2010.00521.x.
- Lima, V., Fink, V., Yip, B., Hogg, R., Harrigan, P. & Montaner, J. (2009). Association between HIV-1 RNA level and CD4 cell count among untreated HIV-infected individuals. *American Journal Of Public Health*, 99(), 1193-1196.

- Lima, V., Geller, J., Bangsberg, D., Patterson, T., Daniel, M., Kerr, T., Montaner, J. & Hogg, R. (2007). The effect of adherence on the association between depressive symptoms and mortality among HIV-infected individuals first initiating HAART. *AIDS*, 21(9), 1175–1183.
- Lizárraga, X. (1990). *SIDA, sexualidad y sociedad: Algunos pre-textos, textos y sub-textos ante el SIDA*. Distrito Federal, México: Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Lundervold, D., Talley, C. & Buermann, M. (2008). Effect of Behavioral Activation Treatment on Chronic Fibromyalgia Pain: Replication and Extension. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4 (2), 146-157.
- Magidson, J. F., Seitz-Brown, C.J., Safren, S. A. & Daughters, S. B. (2014). Implementing Behavioral Activation and Life-Steps for Depression and HIV Medication Adherence in a Community Health Center. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(4), 386–403. doi:10.1016/j.cbpra.2013.10.002
- Mao, L., Kippax, S., Newman, C., Andrews, g., Rogers, G., Saltman, D. & Kidd, M. (2008). Rates of depression among men attending high-HIV-caseload general practices in Australia. *Mental Health in Family Medicine*, 5(2), 79–83.
- Marks, D., Murray, M., Evans, B., Willing, C., Woodall, C. & Skyes, C. (2008). *Psicología de la salud*. México: Manual Moderno.
- Martínez, A. E. (2017). *Variables psicológicas asociadas con la falta de adhesión en pacientes con VIH/SIDA* (Tesis de doctorado sin Publicar). Universidad Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Martínez, J., Lemos, D. & Network, S. (2012). Stressors and Sources of Support: The Perceptions and Experiences of Newly

- Diagnosed Latino Youth Living with HIV. *AIDS Patient Care & Stds.*, 26(5), 281-290. doi:10.1089/apc.2011.0317
- Maru, D., Bruce, R., Walton, M., Mezger, J., Springer, S., Shield, D. & Altice, F. (2008). Initiation, adherence, and retention in a randomized controlled trial of directly administered antiretroviral therapy. *AIDS And Behavior*, 12(2), 284-293.
- Mathews, C. O. (1977). A review of behavioral theories of depression and a self-regulation model for depression. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 14(1), 79-86. doi:10.1037/h0087496
- Mbuagbaw, L., Sivaramalingam, B., Navarro, T., Hobson, N., Keepanasseril, A., Wilczynski, N. J., & Haynes, R. B. (2015). Interventions for Enhancing Adherence to Antiretroviral Therapy (ART): A Systematic Review of High Quality Studies. *AIDS Patient Care and STDs*, 29(5), 248-266. <http://doi.org/10.1089/apc.2014.0308>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674-697. doi:10.1037/0033-2909.129.5.674
- Miller, D. (1989). *Viviendo con SIDA y VIH*. Distrito Federal, México: Manual moderno.
- Mondragón-Barrios, L. (2009). *Consentimiento informado: una praxis para la investigación*. *Rev Invest Clin*, 61 (1), p. 73-82.
- Moreno, E., Vera-Villarreal, P. E., Pérez, V. & Allende, F. (2004). Diferencias en variables psicosociales en sujetos VIH homosexuales y heterosexuales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1) 55-67.
- Morrison, S., Banushi, V., Sarnquist, C., Gashi, V., Osterberg, L., Maldonado, Y. y Harxhi, A. (2011). Levels of self-reported depression and anxiety among HIV-positive patients in

- Albania: a cross-sectional study. *Croatian Medical Journal*, 52(5), 622-628.
- Moskowitz, J. & Wrubel, J. (2005). Coping with HIV as a chronic illness: a longitudinal analysis of illness appraisals. *Psychology & Health*, 20(4), 509-531.
- Moss, G. R., y Boren, J. H. (1972). Depression as a model for behavioral analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 13(6), 581-590. doi:10.1016/0010-440X(72)90059-4
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V. & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*, 8(), 851-858.
- Nacher, M., Adriouch, L., Godard Sebillotte, C., Hanf, M., Vantilcke, V., El Guedj, M., Vaz, T., Leconte, C., Simart, G., Djossou, M. L. & Couppie, P. (2010). Predictive factors and incidence of anxiety and depression in a cohort of HIV-positive patients in French Guiana. *AIDS Care*, 22(9), 1086-1092. doi: 10.1080/09540121003599232.
- Nel, A., & Kagee, A. (2011). Common mental health problems and antiretroviral therapy adherence. *AIDS Care*, 23(11), 1360-1365. doi: 10.1080/09540121.2011.565025.
- Neria, R. (2016). *Programa psicoeducativo de adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con diagnóstico reciente por VIH* (Tesis de maestría sin Publicar). Universidad Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Newman, C., Limin, M., Kippax, S., Saltman, D. & Kidd, M. (2008). Management of HIV and depression in general practice: the Primary Health Care Project on HIV and Depression. *HIV Australia*, 7(4), 18-45.

- Nezu, A. (1987). A problem-solving formulation of depression: A literature review and proposal of a pluralistic model, *Clinical Psychology Review*, 7 (2), 121-144. doi: [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(87\)90030-4](https://doi.org/10.1016/0272-7358(87)90030-4)
- Nezu, A., Nezu, C., Felgoise, S., McClure, K., & Houts, P. (2003). Project Genesis: assessing the efficacy of problem-solving therapy for distressed adult cancer patients. *J Consult Clin Psychol*, 71(6), 1036-48.
- Nezu, A., Nezu, C., Saraydarian, L., Kalmar, K., & Ronan, G. (1986). Social Problem Solving as a Moderating Variable Between Negative Life Stress and Depressive Symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 10 (5), 489-498
- Nezu, C., Palmatier, A. D. & Nezu, A. (2004) Problem-Solving Therapy for Caregivers. En E. C. Chang, T. J. D'Zurilla, L. J. Sanna & J. Lawrence (Eds.), *Social problem solving: Theory, research, and training* (pp. 223-238). Washington, DC: American Psychological Association.
- Nieto, H., Sánchez-Rose, I. & Vessuri, H. M. (2007). Pacientes y expertos en pos de tratamientos: Los medicamentos antirretrovirales en Venezuela y la complejidad del VIH. *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*, 13(1) 143-167.
- Nokes, K., Johnson, M. O., Webel, A., Rose, C., Phillips, J., Sullivan, K., Tyer-Viola, L., ... & Holzemer, W. L. (2012). Focus on Increasing Treatment Self-Efficacy to Improve Human Immunodeficiency Virus Treatment Adherence. *Journal Of Nursing Scholarship*, 44(4), 403-410. doi: 10.1111/j.1547-5069.2012.01476.x.
- O'Cleirigh, C., Skeer, M., Mayer, K. & Safren, S. (2009). Functional impairment and health care utilization among HIV-infected men who have sex with men: the relationship with depression

and post-traumatic stress. *J. Behav. Med.*, 32(), 466–477. doi: 10.1007/s10865-009-9217-4.

O'Cleirigh, C. & Safren, S. (2006). Domains of life satisfaction among patients living with HIV: a factor analytic study of the Quality of Life Inventory. *AIDS & Behavior*, 10(1), 53-58.

O'Cleirigh, C., Ironson, G., Fletcher, M. A. y Schneiderman, N. (2008). Written emotional disclosure and processing of trauma are associated with protected health status and immunity in people living with HIV/AIDS. *British Journal Of Health Psychology*, 13(1), 81-84. doi: 10.1348/135910707X250884.

Olatunji, B., Mimişga, M., O'Clérigh, C. & Safren, S. (2006). A review of treatment studies of depression in HIV. *Top HIV Med.*, 14(3), 116–128.

Olley, B.O. (2006). Improving well-being through psycho-education among voluntary counseling and testing seekers in Nigeria: A controlled outcome study. *AIDS Care*, 18(8), 1025–1031.

OMS (2012). *10 Datos sobre el VIH/SIDA*. Recuperado de 27 de octubre de 2013 de:

<http://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/index.html>

OMS (2013a). *Temas de Salud: VIH/SIDA*. Recuperado de 27 de octubre de 2013 de: [http://www.who.int/topics/hiv\\_aids/es/](http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/)

OMS (2013b). *Directrices unificadas sobre el uso de medicamentos antirretrovíricos para el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH sinopsis De las características y recomendaciones principales*. Recuperado de 27 de octubre de 2013 de:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85323/1/WHO\\_HIV\\_2013.7\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85323/1/WHO_HIV_2013.7_spa.pdf)

OMS (2016). *Consolidated guidelines on The use of Antiretroviral drugs For treating and Preventing hiv infection 2016 Recommendations for a Public health approach*. Recuperado de 29 de noviembre de 2017 de:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208825/9789241549684\\_eng.pdf;jsessionid=F239DA78A53A0C89DA3F82C0A7337D87?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208825/9789241549684_eng.pdf;jsessionid=F239DA78A53A0C89DA3F82C0A7337D87?sequence=1)

- OMS (2017). *VIH/SIDA*. Recuperado de 3 de febrero de 2018 de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
- OMS (2018). *Temas de Salud: VIH/SIDA*. Recuperado de 3 de febrero de 2018 de: [http://www.who.int/topics/hiv\\_aids/es/](http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/)
- Orejudo, S., Ladero, L., Carrobles, J. A. & Malo, C. C. (2006). Adherencia al tratamiento antirretroviral y ansiedad, depresión y estrés en sujetos en un programa de mantenimiento con metadona. *Ansiedad Y Estrés*, 12(1), 19-29.
- Pascoe, E. A., & Smart Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 135(4), 531-554. doi:10.1037/a0016059
- Peñarrieta, M. I., Kendall, T., Martinez, N., Rivera, A. M., Gonzales, N., Flores, F. & Angel, E. d. (2009). Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH en Tamaulipas, México. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 26(3), 333-337.
- Perdices, M. L. (2009). Single-subject designs as a tool for evidence-based clinical practice: Are they unrecognised and undervalued?. *Neuropsychological Rehabilitation*, 19(6), 904-927.
- Pinto, M., Cruz, M., Tavares, C., Silveira, T., Sica, A. & Beltrami, L. (2012). Depressive symptoms in HIV-infected patients treated with highly active antiretroviral therapy. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 34(2), 162-167.
- Piña, J. A. & Sánchez Sosa, J. J. (2007). Modelo Psicológico para la Investigación de los Comportamientos de Adhesión en Personas con VIH. *Universitas Psychologica*, 6(2) 399-407.

- Piña, J. A. & Sánchez- Sosa, J. J. (Eds.), (2008). *Aportaciones de la psicología al problema de la infección por VIH investigación e intervención*. Madrid, España: Plaza y Valdez.
- Piña, J. A. (2004). La Psicología y los psicólogos en el sector de la salud en México: algunas realidades perturbadoras. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 191-205.
- Piña, J. A., Dávila, M., Sánchez-Sosa, J. J., Togawa, C. & Cázares, O. (2008a). Asociación entre los niveles de estrés y depresión y la adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH en Hermosillo, México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23(6), 377-83.
- Piña, J. A., Rivera, B. M., Corrales, A. E., Mungaray, K. & Valencia, M. A. (2006a). ¿Influye el tiempo de infección en meses sobre predictores psicológicos de comportamientos de adhesión en personas con VIH?. *Terapia Psicológica*, 24(), 183-190.
- Piña, J. A., Tapia, M., Sánchez-Sosa, J. J., Togawa, C. & Robles, Ó. (2008b). Asociación entre los niveles de estrés y depresión y la adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH en Hermosillo, México. *Revista Panamericana De Salud Pública*, 23(6), 377-383.
- Piña, J. A., Valencia, M. A., Mungaray, K. & Corrales, A. E. (2006c). Validación de una escala breve que mide situaciones vinculadas con estrés en personas con VIH. *Terapia Psicológica*, 24(), 15-21.
- Piña, J.A., Corrales, A.E., Mungaray, K. & Valencia, M.A. (2006b). Instrumento para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH (VPAD-24). *Rev Panam Salud Pública*, 19(4), 217-228.

- Price, K. P., Tryon, W. W., y Raps, C. S. (1978). Learned helplessness and depression in a clinical population: A test of two behavioral hypotheses. *Journal of Abnormal Psychology, 87*(1), 113-121.
- Psaros, C., Haberer, J. E., Katabira, E., Ronald, A., Tumwesigye, E., Campbell, J. D., ... Safren, S. A. (2014). An intervention to support HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) adherence in HIV serodiscordant couples in Uganda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 66*(5), 522-529. doi: <http://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000212>
- Reed, G., Taylor, S. & Kemeny, M. (1993). Perceived control and psychological adjustment in gay men with AIDS. *Journal of Applied Social Psychology, 23*(), 791-824.
- Reis, R., Haas, V., Santos, C., Teles, S., Galvão, M. & Gir, E. (2011). Symptoms of depression and quality of life of people living with HIV/ AIDS. *Revista Latino-Americana De Enfermagem, 19*(4), 874-881.
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., y Seeman, T. E. (2002). Risky Families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin, 128*(2), 330-366.
- Reynoso, L. & Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.
- Rhoda, D., Murray, D., Andridge, R., Pennell, M. & Hade, E. (2011). Studies With Staggered Starts: Multiple Baseline Designs and Group-Randomized Trials. *American Journal Of Public Health, 101*(11), 2164-2169.
- Richards, D. A., Rhodes, S., Ekers D., McMillan, D., Taylor, R. S., Byford, S., ... Woodhouse, R. (2016). Cost and Outcome of Behavioural Activation (COBRA): a randomised controlled trial of behavioural activation versus cognitive-behavioural

therapy for depression. *The Lancet*, 388 (), pp. 871-880. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31140-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31140-0)

Richardson, D. (1990). *La mujer y el SIDA*. Distrito Federal, México: Manual moderno.

Rizvi, S. & Nock, M. (2008). Single-Case Experimental Designs for the Evaluation of Treatments for Self-Injurious and Suicidal Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(5), 498-510. doi: 10.1521/suli.2008.38.5.498.

Rizwan, I. & Irshad, E. (2012). Post-traumatic Stress Disorder and Depression among Patients Suffering from HIV/AIDS. *The Dialogue*, 7(4), 73-94.

Robertson, K., Parsons, T., Van der Horst, C. & Hall, C. (2006). Thoughts of Death and Suicidal Ideation in Nonpsychiatric Human Immunodeficiency Virus Seropositive Individuals. *Death Studies*, 30(5), 455-469.

Rodkjaer, L., Laursen, T., Balle, N. & Sodemann, M. (2010). Depression in patients with HIV is under-diagnosed: a cross-sectional study in Denmark. *HIV Medicine*, 11(1), 46-53. doi: 10.1111/j.1468-1293.2009.00741.x.

Rodriguez, V., Magis, C., Casillas, J., Ramirez, H. V., Hernandez, G., Rentería, C. R., y Gonzalez, A. (2012). *Internal consistency and factorial structure of the Beck Depression Inventory (BDI) in Mexican HIV-positive patients*. Poster en XIX International AIDS Conference Julio 22-27 2012 Washington DC, USA.

Royal, S., Kidder, D., Patrabansh, S., Wolitski, R., Holtgrave, D., Aidala, A., Pals, S. & Stall, R. (2009). Factors associated with adherence to highly active antiretroviral therapy in homeless or unstably housed adults living with HIV. *AIDS Care*, 21(4), 448-455. doi:10.1080/09540120802270250

Ruan, Y., Xiao, X., Chen, J., Li, X., Williams, A. B., y Wang, H. (2017). Acceptability and efficacy of interactive short message service

intervention in improving HIV medication adherence in Chinese antiretroviral treatment-naïve individuals. *Patient Preference and Adherence*, 10(11), 221-228. doi: 10.2147/PPA.S120003

Ryan, K., Forehand, R., Solomon, S. & Miller, C. (2008). Depressive symptoms as a link between barriers to care and sexual risk behavior of HIV-infected individuals living in non-urban areas. *AIDS Care*, 20(3), 331-336. doi: 10.1080/09540120701660338.

Safren, S. A., Bedoya, C. A., O'Cleirigh, C., Biello, K. B., Pinkston, M. M., Stein, M. D., Traeger, L., Kojic, E., Robbins, G. K., Lerner, J. A., Herman, D. S., Mimiaga, M. J., ... Mayer, K. H. (2016). Cognitive behavioural therapy for adherence and depression in patients with HIV: a three-arm randomised controlled trial. *The lancet. HIV*, 3(11), p. 529-538. doi: 10.1016/S2352-3018(16)30053-4

Safren, S., González, J. & Soroudi, N. (2007). *Coping with Chronic Illness: Cognitive behavioral therapy for adherence and depression in individuals with chronic illness, Therapist Guide*. New York, NY: Oxford University Press.

Safren, S., Hendriksen, E., Mayer, K., Mimiaga, M., Pickard, R. & Otto, M. (2004). Cognitive-Behavioral therapy for HIV Medication Adherence and depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(), 415-423.

Safren, S., O'Cleirigh, M., Bullis, J.; Otto, M., Stein, M., & Pollack, M. (2012). Cognitive behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in HIV-infected injection drug users: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(3), 404-415. doi:10.1037/a0028208.

Safren, S., O'Cleirigh, M., Reilly, L., Tan, J., Raminani, S., Otto, M. & Mayer, K. (2009). A randomized controlled trial of cognitive

- behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in HIV-infected individuals. *Health Psychology*, 28(1), 1-10.
- Safren, S., Otto, M. & Worth, J. (1999). Life-Steps: Applying Cognitive Behavioral Therapy to HIV Medication Adherence. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6(4), 332-341, doi:10.1016/S1077-7229(99)80052-2.
- Safren, S., Otto, M., Worth, J., Salomon, E., Johnson, W., Mayer, K. & Boswell, S. (2001). Two strategies to increase adherence to HIV antiretroviral medication: Life-Steps and medication monitoring. *Behaviour Research and Therapy*, 39(10), 1151-1162.
- Sánchez-Sosa, J.J., Cázares, O., Piña, J. A. & Dávila, M. (2009). Un modelo psicológico en los comportamientos de adhesión terapéutica en personas con VIH. *Salud Mental*, 32(), 389-397.
- Santiago-Rivera, A., Kanter, J., Benson, G., Derose, T., Illes R. & Reyes, W. (2008). Behavioral Activation as an alternative treatment approach for latinos with depression. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 45 (2), 173-185.
- Sarafino, E. P. (2002). *Health psychology : biopsychosocial interactions*. New York: J. Wiley.
- Schneider, A. M. (1973). Spreading depression: A behavioral analysis. In J. A. Deutsch, *The physiological basis of memory*. Oxford, England: Academic.
- Schroecksadel, S., Kurz, K., Weiss, G. & Fuchs, D. (2012). Immune activation and neuropsychiatric symptoms in human immunodeficiency virus type 1 infection. *Neurobehavioral HIV Medicine*, 4(), 1-13.
- Schroecksadela, K., Sarclettib, M., Winklerc, C., Mumelterd, B., Weissa, G. Fuchsc, D., Kemmler, G. & Zangerleb, R. (2008). Quality of life and immune activation in patients with HIV-

infection. *Brain Behav Immun*, 22(6), 881–889. doi: 10.1016/j.bbi.2007.12.011.

Scott-Sheldon, L., Kalichman, S., Carey, M. & Fielder, R. (2008). Stress management interventions for HIV-positive adults: a metaanalysis of randomized controlled trials, 1989 to 2006. *Health Psychol.*, 27(2), 129–139. doi: 10.1037/0278-6133.27.2.129.

Secretaría de Salud (2018). *Respuesta al VIH, SIDA e ITS*. Recuperado de 1 de junio de 2019, de: [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/acerca/PAE\\_2013\\_2018\\_AUTORIZADA.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/acerca/PAE_2013_2018_AUTORIZADA.pdf)

Semarari, A. (2002). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Barcelona, España: Paidós.

Shacham, E., Nurutdinova, D., Satyanarayana, V., Stamm, K. & Overton, E. (2009). Routine screening for depression: identifying a challenge for successful HIV care. *AIDS Patient Care And Stds*, 23(11), 949-955. doi: 10.1089/apc.2009.0064.

Sherr, L., Clucas, C., Harding, R., Sibley, E. & Catalan, J. (2011). HIV and depression-- a systematic review of interventions. *Psychology, Health & Medicine*, 16(5), 493-527. doi: 10.1080/13548506.2011.579990.

Shuter, J. (2008). Forgiveness of non-adherence to HIV-1 antiretroviral therapy. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 61(4), 769-73.

Sidman, M. 1960. *Tactics of Scientific Research; Evaluating Experimental Data in Psychology*. New York: Basic Books.

Siegfried, N., Uthman, O., & Rutherford, G. (2010). Optimal time for initiation of antiretroviral therapy in asymptomatic, HIV-infected, treatment-naive adults. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 3(), . doi: 10.1002/14651858.CD008272.pub2.

- Sikkema, K., Hansen, N., Kochman, A., Tate, D., DiFranceisco, W. (2004). Outcomes from a randomized controlled trial of a group intervention for HIV positive men and women coping with AIDS-related loss and bereavement. *Death Studies*, 28(3), 187-209.
- Simoni, J., Safren, S., Manhart, L., Lyda, K., Grossman, C., Rao, D. & Wilson, I. (2011). Challenges in addressing depression in hiv research: assessment, cultural context, and methods. *AIDS & Behavior*, 15(2), 376-388. doi: 10.1007/s10461-010-9836-3.
- Simoni, J., Wiebe, J., Saucedo, J., Huh, D., Sanchez, G., Longoria, V., Andres Bedoya, C. & Safren, S. (2013). A preliminary RCT of CBT-AD for adherence and depression among HIV-positive Latinos on the U.S.-Mexico border: the Nuevo Día study. *AIDS Behav* 17(8), 2816-1819. doi: 10.1007/s10461-013-0538-5.
- Smith, N.G., Tarakeshwar, N., Hansen, N.B., Kochman, A. & Sikkema, K.J. (2009). Coping mediates outcome following a randomized group intervention for HIV-positive bereaved individuals. *Journal of Clinical Psychology*, 65(3), 319-335. doi: 10.1002/jclp.20547.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2007). *Código ético del psicólogo* (4a ed.). México: Trillas.
- Soto, J. y Cruz, J. (2014). Depresión en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA. ©ECORFAN, recuperado de 12 de febrero de 2018 de: <http://www.ecorfan.org/handbooks/Educacion%20T-IV/ARTICULO%201.pdf>
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist.
- Spire, B., Duran, S., Souville, M., Leport, C., Raffi, F. & Moatti, J.P. (2002). Adherence to Highly active antiretroviral therapies

(HAART) in HIV- infected patients: from a predictive to a dynamic approach. *Soc. Sci. Med.*, 54(10), 1481-1496.

SSA & CENSIDA (2008). *Panorama epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México*. Recuperado de 27 de octubre de 2013 de: [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombreres/2008/myh2008feb28\\_2.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombreres/2008/myh2008feb28_2.pdf)

Starace, F., Ammassari, A., Trotta, M., Murri, R., De Longis, P., Izzo, C., Scalzini, A., d'Arminio Monforte, A., Wu, A. W. & Antinori, A. (2002). Depression Is a Risk Factor for Suboptimal Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy. *JAIDS: Journal Of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 31(5), 136-139.

Tate, R., Perdices, M., Rosenkoetter, U., Wakim, D., Godbee, K., Togher, L. & McDonald, S., (2013). Revision of a method quality rating scale for single-case experimental designs and n-of-1 trials: The 15-item Risk of Bias in N-of-1 Trials (RoBiNT) Scale. *Neuropsychological Rehabilitation*, 23(5), 619-638. Doi: 10.1080/09602011.2013.824383.

Tegger, M., Crane, H., Tapia, K., Uldall, K., Holte, S. & Kitahata, M. (2008). The effect of mental illness, substance use, and treatment for depression on the initiation of highly active antiretroviral therapy among HIV-infected individuals. *AIDS Patient Care And Stds*, 22(3), 233-243. doi: 10.1089/apc.2007.0092.

Temoshok, L., Wald, R., Synowski, S. & Garzino-Demo, A. (2008). Coping as a Multisystem Construct Associated With Pathways Mediating HIV-Relevant Immune Function and Disease Progression. *Psychosom. Med.*, 70(5), 555-561. doi: 10.1097/PSY.0b013e318177354f.

- Teva, I., De la Paz Bermúdez, M., Hernández-Quero, J. y Buela-Casal, G. (2005). Evaluación de la sintomatología depresiva, ansiedad e ira en pacientes con VIH/SIDA. *Salud Mental*, 28(5), 40-49.
- Thomason, B., Bachanas, P. & Campos, P. (1996). Cognitive Behavioral Interventions with Persons Affected by HIV/AIDS, *Cognitive and Behavioral Practice*, 3(2), 417-442. doi:10.1016/S1077-7229(96)80026-5.
- Torres, C., Villagrán, G., Robles, S. S., y, Eguiluz, L. L. (2015). The Information and Motivation and Behavioral Skills Model of ART Adherence among HIV-Positive Adults in Mexico. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care (JIAPAC)*, 14(4), 335-342. doi: 10.1177/2325957415581903
- Traeger, L., O'Cleirigh, C., Skeer, M., Mayer, K., & Safren, S. (2012). Risk factors for missed HIV primary care visits among men who have sex with men. *Journal Of Behavioral Medicine*, 35(5), 548-556. doi: 10.1007/s10865-011-9383-z.
- Tsarenko, Y. & Polonsky, M. (2011). 'You can spend your life dying or you can spend your life living': Identity transition in people who are HIV-positive. *Psychology & Health*, 26(4), 465-483. doi: 10.1080/08870440903521761.
- U.S. Department of Health & Human Services (2017). *Limitations to Treatment Safety and Efficacy Adherence to the Continuum of Care*. Recuperado de 20 de marzo de 2018, de: <https://aidsinfo.nih.gov/guidelines/html/1/adult-and-adolescent-arv/30/adherence>
- Uthman, O.A., Magidson, J.F., Safren, S.A., Nachega, J.B. (2014). Depression and adherence to antiretroviral therapy in low-, middle- and high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Current HIV/AIDS Reports*, 11(3), 291-307.
- Valente, S. (2003). Depression and HIV disease. *The Journal Of The Association Of Nurses In AIDS Care: JANAC*, 14(2), 41-51.

- Vanable, P. & Carey, M. (2006). Behavioral medicine interventions in HIV/AIDS: Challenges and opportunities for promoting health and adaptation. En A. Nikcevic, A. Kuczmierczyk & M. Bruch (Eds.), *Formulation and treatment in clinical health psychology* (pp.233-253). New York, NY, EUA: Routledge.
- Vargas, C. & Boza, R. (2012). Condición inmunológica de los pacientes portadores de VIH/Sida en el momento de su diagnóstico en el Hospital San Juan de Dios. *Acta Médica Costarricense*, 54(3) 159-164.
- Velásquez, G. (1996). *SIDA Enfoque Integral* (2a ed.). Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Villes, V., Spire, B., Lewden, C., Perronne, C., Besnier, J. M., Garré, M., Chêne, G., Leport, C., Carrieri, M. P. & Le Moings, V. (2007). The effect of depressive symptoms at ART initiation on HIV clinical progression and mortality: implications in clinical practice. *Antivir. Ther.*, 12(7), 1067-1074.
- Vranceanu, A., Safren, S., Lu, M., Coady, W., Skolnik, P., Rogers, W. & Wilson, I. (2008). The relationship of post-traumatic stress disorder and depression to antiretroviral medication adherence in persons with HIV. *AIDS Patient Care & Studies*, 22(4), 313-321. doi: 10.1089/apc.2007.0069.
- Vranceanu, A., Safren, S., Lu, M., Coady, W., Skolnik, P., Rogers, W. & Wilson, I. (2008). The relationship of post-traumatic stress disorder and depression to antiretroviral medication adherence in persons with HIV. *AIDS Patient Care & Studies*, 22(4), 313-321. doi: 10.1089/apc.2007.0069.
- Wagner, G., Goggin, K., Remien, R., Rosen, M., Simoni, J., Bangsberg, D. & Liu, H. (2011). A closer look at depression and its relationship to HIV antiretroviral adherence. *Annals Of Behavioral Medicine: A Publication Of The Society Of Behavioral Medicine*, 42(3), 352-360. doi: 10.1007/s12160-011-9295-8.

- Weatherburn, P., Keogh, P., Reid, D., Dodds, C., Bourne, A., Owuor, J., Hammond, G., & Jessup, K. (2009). *What do you need? 2007-2008: findings from a national survey of people with diagnosed HIV*. Recuperado de 25 de Septiembre de 2013, de: <http://www.sigmaresearch.org.uk/files/report2009b.pdf>
- Whetten, K., Reif, S., Whetten, R. & Murphy-McMillan, L. K. (2008). Trauma, Mental Health, Distrust, and Stigma Among HIV-Positive Persons: Implications for Effective Care. *Psychosom. Med.*, 70(5), 531-538. doi: 10.1097/PSY.0b013e31817749dc.
- Williams, D. R., & Mohammed, S. A. (2009). Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *Journal of behavioral medicine*, 32(1), 20–47. doi:10.1007/s10865-008-9185-0
- Williams, E. C., Joo, Y. S., Lipira, L., y Glass, J. E. (2017). Psychosocial stressors and alcohol use, severity, and treatment receipt across human immunodeficiency virus (HIV) status in a nationally representative sample of US residents. *Substance Abuse*, 38(3), 269-277. doi:10.1080/08897077.2016.1268238
- Williams, J., Glover, D., Wyatt, G. E., Kisler, K., Liu, H. & Zhang, M. (2013). A Sexual Risk and Stress Reduction Intervention Designed for HIV-Positive Bisexual African American Men With Childhood Sexual Abuse Histories. *American Journal Of Public Health*, 103(8), 1476-1484. doi: 10.2105/AJPH.2012.301121.

## Apéndices

### Apéndice A – Invitaciones para medios digitales

#### **VIH antirretrovirales y síntomas depresivos**

---

**¿Sabías que aproximadamente de 25% a 40% de personas seropositivas padecen depresión? ¿y que de 9% a 12% ha llegado a sentir deseos de que todo se acabe?**

**50% no implementa su tratamiento adecuadamente.**

**La depresión disminuye nuestra habilidad para cuidar de nosotros mismos y dificulta nuestro tratamiento médico.**

---

**¿Eres hombre, de 18 años o más de edad, vives con VIH y te ocurre lo siguiente?**

- **¿Te es difícil tomar tu medicamento antirretroviral a causa de olvidos o porque es complicado seguirle la pista a varios medicamentos?**
  - **¿Son más los días que te sientes triste, deprimido o cabizbajo, que los que te sientes normal o alegre?**
  - **¿Te sientes como un inútil o culpable de algo, casi todos los días?**
  - **¿Las cosas que te gustaban ya no te gustan o divierten como antes?**
  - **¿Comes mal? ¿menos de lo que acostumbrabas o más de lo usual?**
  - **¿Duermes peor que antes, no puedes dormir o te cuesta levantarte por las mañanas?**
  - **¿Te sientes con poca energía o fatigado casi todos los días?**
  - **¿Últimamente ¿te cuesta trabajo concentrarte?**
  - **¿Haz llegado a pensar que sería mejor que todo se acabara?.**
- 

**Si te ocurre lo anterior podríamos ayudarte. Somos un grupo de psicólogos del Posgrado de la UNAM implementando un protocolo de investigación en ayuda clínica y te ofrecemos participar en él, con absoluta confidencialidad, completa discreción y altos estándares éticos y técnicos.**

**Para más información llámanos: (044-55) .**

## ¿Eres VIH positivo y te sientes deprimido?

Te invitamos al protocolo de tratamiento gratuito con psicólogos expertos de la **UNAM**.

Pide tu cita al  [\(044-55\) 55 55 55 55](tel:044-55-55555555)



## Apéndice B - Invitaciones impresas: Folleto y Tríptico



Eres **Hombre**  
Te encuentras **triste o deprimido**  
No logras tomar tus medicamentos  
y No sabes que hacer

Entonces **llámanos:**  
Somos un equipo de psicólogos  
de la UNAM realizando  
trabajo gratuito con  
pacientes VIH+

Damos **tratamiento psicológico**  
**totalmente gratuito**



55-5555-5555

## Te pasa lo siguiente

- Te es difícil tomar tu medicamento antirretroviral a causa de olvidos o porque es complicado seguirle la pista a tantas pastillas.
- Son más los días que estas triste, deprimido o cabizbajo, que los que te sientes normal o alegre.
- Te sientes como un inútil o culpable de algo casi todos los días.
- Las cosas que antes te gustaban ahora ya no te divierten como antes.
- Comes mal, quizá menos de lo que estabas acostumbrado o más de lo usual.
- Duermes peor que antes, no puedes dormir o te cuesta levantarte por las mañanas.
- Has perdido energía o te sientes fatigado casi todos los días.
- Últimamente te cuesta trabajo concentrarte.
- Haz pensado en quitarte la vida o que sería mejor morir.

## VIIH antirretro- virales depresión

¿Eres hombre,  
mayor de edad,  
vives con VIIH  
y te pasa lo  
siguiente?

 Universidad Nacional  
Autónoma de México

## VIIH y su problemática

¿Cuántos pacientes padecen depresión?



La depresión

disminuye nuestra habilidad para cuidar de nosotros mismos dificultando que tomemos nuestros antirretrovirales.

9-12% tienen deseos de morir



¿Cuántos pacientes tienen problemas para tomar su medicamento?



50% no toma su medicamento

Sí te identificas con lo anterior nosotros **podamos ayudarte**. Somos un grupo de psicólogos de la UNAM realizando una investigación y ofreciendo **tratamiento psicológico gratuito**.

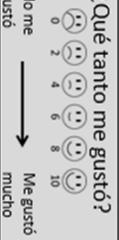
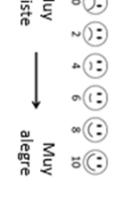
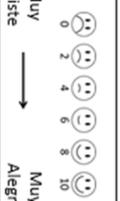
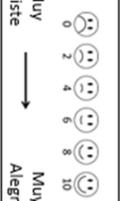
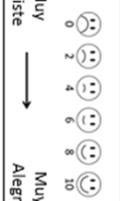
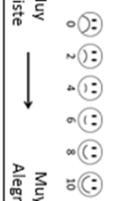
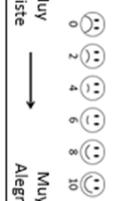
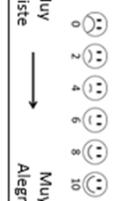
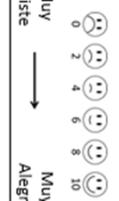
Llamanos

 Para más información  
55-7129-3527



## Apéndice C - Autorregistro: Activación Conductual.

- En esta hoja anotaremos todas las actividades divertidas y placenteras que realicemos en nuestra semana; tanto las programadas como aquellas que realicemos de modo espontáneo.

Actividades realizadas	¿Qué tanto me gustó?  No me gustó ————— Me gustó mucho	¿Qué fue lo que más me gustó de la actividad?	¿Cómo me sentí hoy?  Muy triste ————— Muy alegre
			 Muy triste ————— Muy alegre
			 Muy triste ————— Muy alegre
			 Muy triste ————— Muy alegre
			 Muy triste ————— Muy alegre
			 Muy triste ————— Muy alegre
			 Muy triste ————— Muy alegre
			 Muy triste ————— Muy alegre
			 Muy triste ————— Muy alegre

## Apéndice D - Autorregistro: Adherencia terapéutica a la terapia antirretroviral.

<p style="text-align: center;">Semana del:</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 10px 0;"/> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">¿Qué pastillas tomo?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>	1		2		3		4		5		<p style="text-align: center;">¿Hoy tomé todas mis pastillas? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Lun</th> <th style="text-align: center;">Ma</th> <th style="text-align: center;">Mi</th> <th style="text-align: center;">Ju</th> <th style="text-align: center;">Vi</th> <th style="text-align: center;">Sa</th> <th style="text-align: center;">Do</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">¿Tomaste tus pastillas a su hora? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Lun</th> <th style="text-align: center;">Ma</th> <th style="text-align: center;">Mi</th> <th style="text-align: center;">Ju</th> <th style="text-align: center;">Vi</th> <th style="text-align: center;">Sa</th> <th style="text-align: center;">Do</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Lun	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do																																										Lun	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do																																								
1																																																																																																											
2																																																																																																											
3																																																																																																											
4																																																																																																											
5																																																																																																											
	Lun	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do																																																																																																				
	Lun	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do																																																																																																				

<p style="text-align: center;">Semana del:</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 10px 0;"/> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">¿Qué pastillas tomo?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr><td style="width: 20px; text-align: center;">1</td><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>	1		2		3		4		5		<p style="text-align: center;">¿Hoy tomé todas mis pastillas? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Lun</th> <th style="text-align: center;">Ma</th> <th style="text-align: center;">Mi</th> <th style="text-align: center;">Ju</th> <th style="text-align: center;">Vi</th> <th style="text-align: center;">Sa</th> <th style="text-align: center;">Do</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">¿Tomaste tus pastillas a su hora? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Lun</th> <th style="text-align: center;">Ma</th> <th style="text-align: center;">Mi</th> <th style="text-align: center;">Ju</th> <th style="text-align: center;">Vi</th> <th style="text-align: center;">Sa</th> <th style="text-align: center;">Do</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Lun	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do																																										Lun	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do																																								
1																																																																																																											
2																																																																																																											
3																																																																																																											
4																																																																																																											
5																																																																																																											
	Lun	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do																																																																																																				
	Lun	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do																																																																																																				

## Apéndice E – Evaluaciones de integridad del tratamiento

### Evaluación Sesión 1

#### Psicoeducación en depresión y Activación Conductual

¿Cuáles son algunos de los síntomas de la depresión?

---

---

---

¿Por qué se mantiene la depresión?

---

---

---

¿Cómo puedo romper el círculo vicioso de la depresión?

---

---

---

¿Por qué algunos días estoy más alegre que otros?

---

---

---

¿Por qué es importante que tenga mis metas claras?

---

---

---

Durante la sesión se realizaron las siguientes actividades o tareas:

El terapeuta me informó al inicio de la sesión de que hablaríamos.....	Si / No
El terapeuta revisó junto conmigo mis autorregistros.....	Si / No
Si tuve problemas con tomarme mis medicamentos estas últimas semanas, el terapeuta me preguntó sobre ello.....	Si / No
El terapeuta me preguntó sobre las actividades que registré en mis autorregistros de actividad diaria de esta semana.....	Si / No
El terapeuta me preguntó sobre mi estado de animo a lo largo de las últimas semanas.....	Si / No
Si tenía tareas para casa, el terapeuta revisó que las realizara y de no hacerlo preguntó porque no se realizaron.....	Si / No
Durante la sesión realizamos un ejercicio para ayudarme a identificar los síntomas de la depresión.....	Si / No
Durante la sesión identificamos metas y actividades que podría realizar en los próximos meses.....	Si / No
El terapeuta me indicó que cosas debía hacer en casa antes de la próxima sesión.....	Si / No

## Evaluación Sesión 2

### Pasos Vitales y Solución de Problemas

¿Qué conductas para cuidar tu salud realizas?

---



---

¿Qué problemas tienen solución y qué situaciones si son un problema y cuáles no?

---



---

¿Cuáles son los pasos para solucionar un problema?

---



---

De todas las cosas que tengo que hacer para tomar mis medicamentos ¿En qué paso/s suelo tener problemas?

---



---

Durante la sesión se realizaron las siguientes actividades o tareas:

El terapeuta me informó al inicio de la sesión de que hablaríamos.....	Si / No
El terapeuta revisó junto conmigo mis autorregistros.....	Si / No
Si tuve problemas con tomarme mis medicamentos estas últimas semanas, el terapeuta me preguntó sobre ello.....	Si / No
El terapeuta me preguntó sobre las actividades que registré en mis autorregistros de actividad diaria de esta semana.....	Si / No
El terapeuta me preguntó sobre mi estado de animo a lo largo de las últimas semanas.....	Si / No
Si tenía tareas para casa, el terapeuta revisó que las realizara y de no hacerlo preguntó porque no se realizaron.....	Si / No
Durante la sesión leímos dos testimonios de pacientes con VIH.....	Si / No
Durante la sesión identificamos por qué es importante para mi mantenerme sano.....	Si / No
Durante la sesión buscamos alguna solución a alguno de los problemas que tengo ya sea en mi vida diaria o para tomarme mi medicamento.....	Si / No
El terapeuta me indicó que cosas debía hacer en casa antes de la próxima sesión.....	Si / No

### Evaluación Sesión 3

### Respiración Diafragmática

¿Cómo es una respiración diafragmática correcta?

---

---

---

---

Durante la sesión se realizaron las siguientes actividades o tareas:

El terapeuta me informó al inicio de la sesión de que hablaríamos.....	Si / No
El terapeuta revisó junto conmigo mis autorregistros.....	Si / No
Si tuve problemas con tomarme mis medicamentos estas últimas semanas, el terapeuta me preguntó sobre ello.....	Si / No
El terapeuta me preguntó sobre las actividades que registré en mis autorregistros de actividad diaria de esta semana.....	Si / No
El terapeuta me preguntó sobre mi estado de animo a lo largo de las últimas semanas.....	Si / No
Si tenía tareas para casa, el terapeuta revisó que las realizara y de no hacerlo preguntó porque no se realizaron.....	Si / No
Durante la sesión el terapeuta me mostró cómo respirar con el diafragma .....	Si / No
Durante la sesión realizamos distintos ejercicios de respiración.....	Si / No
El terapeuta me indicó que cosas debía hacer en casa antes de la próxima sesión.....	Si / No

## Evaluación Sesión 4

### Prevención de Recaídas

¿Cuál es la diferencia entre una caída y una recaída?

---

---

¿Qué puedo hacer si estoy enfrentándome a una caída o una recaída?

---

---

Durante la sesión se realizaron las siguientes actividades o tareas:

El terapeuta me informó al inicio de la sesión de que hablaríamos.....	Si / No
El terapeuta revisó junto conmigo mis autorregistros.....	Si / No
Si tuve problemas con tomarme mis medicamentos estas últimas semanas, el terapeuta me preguntó sobre ello.....	Si / No
El terapeuta me preguntó sobre las actividades que registré en mis autorregistros de actividad diaria de esta semana.....	Si / No
El terapeuta me preguntó sobre mi estado de animo a lo largo de las últimas semanas.....	Si / No
Si tenía tareas para casa, el terapeuta revisó que las realizara y de no hacerlo preguntó porque no se realizaron.....	Si / No
Durante vimos cuáles eran las situaciones que me podían llevar a una caída o recaída.....	Si / No
Durante la sesión desarrollamos estrategias para prevenir el que yo sufra una caída o recaída.....	Si / No
El terapeuta me indicó que cosas debía hacer en casa antes de la próxima sesión.....	Si / No

## Apéndice F - Manual de Intervención

### Módulo de retención

Contesta lo que se te indica a continuación:

Escribe por qué es importante para ti que inicies y continúes tu tratamiento con el psicólogo:

---

---

---

---

---

---

---

---

Escribe por qué es importante para ti que continúes tu tratamiento médico:

---

---

---

---

---

---

---

---

### Primera Sesión

**Objetivo de la sesión:**

Nuestro objetivo del día de hoy será incrementar nuestro conocimiento sobre la sintomatología depresiva, su ciclo vicioso, y su relación con las enfermedades crónicas. Asimismo, buscaremos

incrementar nuestras actividades saludables para enfrentarnos a la sintomatología depresiva.

### **Agenda de la sesión de hoy:**

- Utilizaremos los primeros minutos de la sesión para conocernos un poco y para comentarte qué es lo que estaremos haciendo cuando nos veamos.
- Me contarás cómo has estado las pasadas semanas.
- Veremos ¿Qué es la sintomatología depresiva? Y hablaremos sobre la relación entre la sintomatología depresiva y la adherencia nuestro régimen médico.
- Te mostraré una técnica que nos ayudará a mejorar nuestro estado de ánimo.
- Y te indicaré qué actividades realizaremos en casa.
- 

### **Psicoeducación en sintomatología depresiva**

#### **¿Qué es la sintomatología depresiva?**

En ocasiones, lo que nos pasa en nuestra vida (el diagnóstico de una enfermedad, sufrir una ruptura sentimental, la pérdida de seres queridos o de trabajo) nos hace sentir decaídos o tristes. Estas reacciones emocionales son esperables y normales.

Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. Estamos ante una sintomatología depresiva cuando una persona se encuentra triste la mayor parte del tiempo y casi todos los días durante por lo menos dos semanas.

Las personas con sintomatología depresiva suelen encontrarse tristes o pierden el interés y placer al realizar actividades que antes

disfrutaban. Pueden sufrir cambios en el peso, apetito y sueño. También pueden sentirse aletargados, sin energía, fatigados o acelerados. Suele dificultárseles la concentración y la toma de decisiones. Pueden tener baja autoestima y fuertes sentimientos de culpa; incluso, pueden tener pensamientos o deseos suicidas.

### Síntomas de la sintomatología depresiva

A continuación, veremos algunas escenas y me gustaría que describieras que ves en cada una de ellas.

Escena

¿Qué síntomas veo?



---

---

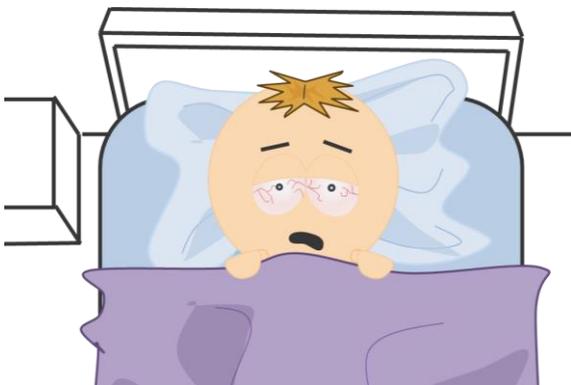
---

---

---

---

---



---

---

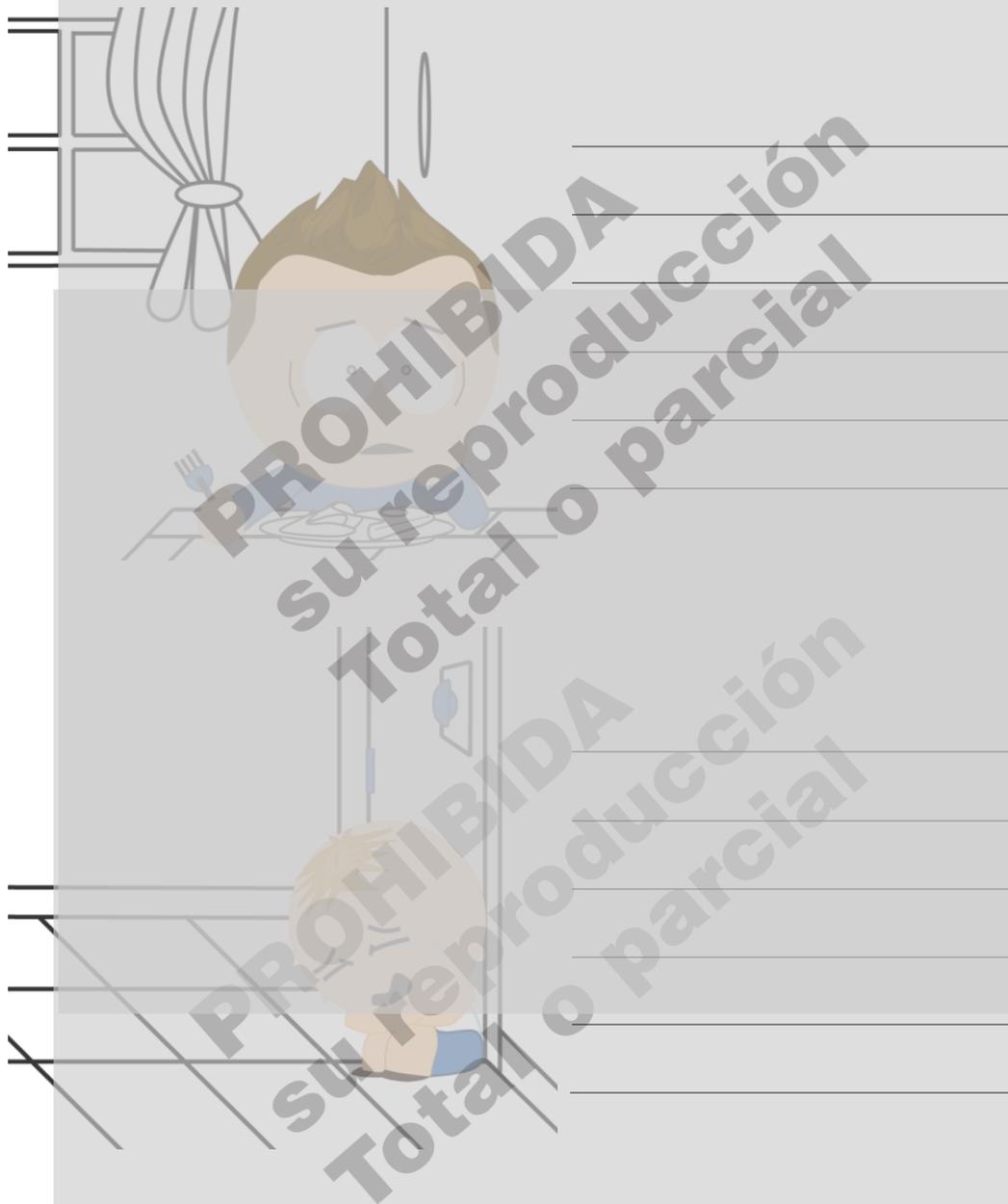
---

---

---

---

---



¿Cuál es la relación entre una sintomatología depresiva y **mi enfermedad?**

Los sucesos de la vida pueden generar sentimientos de tristeza; esta reacción es de lo más normal. En ocasiones lo que nos sucede nos afecta tanto que la tristeza y la pena nos sobrepasan y acosan por varias semanas o meses.

Sentirnos tristes ante la noticia de nuestro padecimiento es una de las reacciones más normales y comunes. Nuestra enfermedad

afecta la forma en que nos vemos a nosotros mismos y sobre lo que nos deparará el futuro, generando sentimientos de tristeza.

Para algunos, estos sentimientos no desaparecen con el paso del tiempo o incluso llegan a empeorar; de hecho, algunos investigadores han concluido que casi la mitad de los pacientes diagnosticados sufren sintomatología depresiva.

**¿Cuál es la relación entre sintomatología depresiva y que yo no tome mis medicamentos?**

Muchos pacientes encuentran difícil tomar su medicamento de forma adecuada cuando se encuentran deprimidos pues ésta afecta nuestra atención, memoria y concentración, haciendo que olvidemos nuestra toma de medicamento. En general, la sintomatología depresiva disminuye nuestra habilidad para cuidar de nosotros mismos.

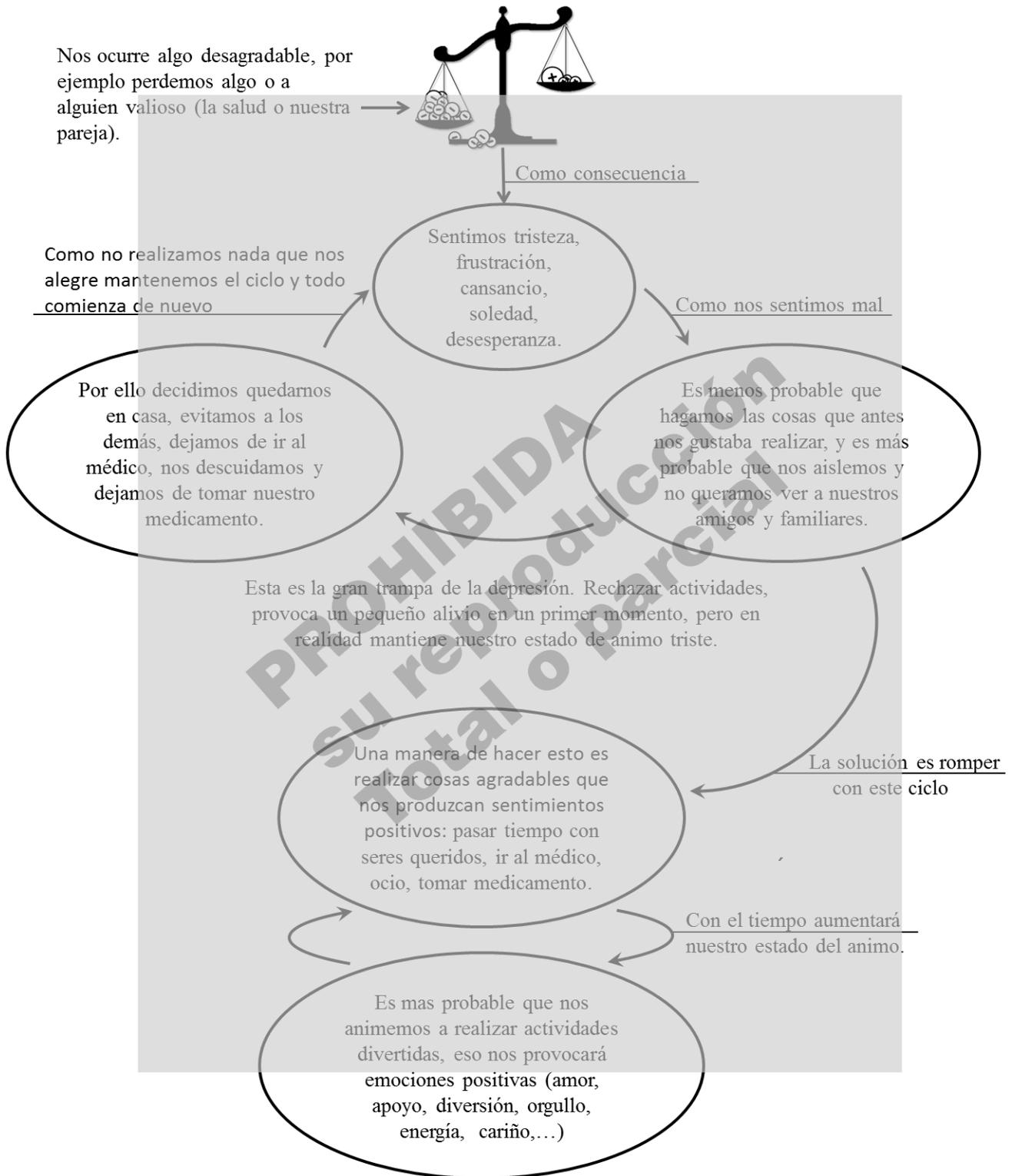
Como bien sabes, no es lo mismo que se nos pase por unas horas nuestro medicamento a que el olvido sea mayor a las 5 horas. Recuerda que con 1 hora de diferencia entre toma y toma aún estamos a tiempo; sin embargo, después de las 5 horas ya es una omisión y podemos sufrir efectos secundarios más fuertes al siguiente día.

Además, se ha comprobado en laboratorio que, si tomamos menos del 95 % de nuestros medicamentos a tiempo, la dosis pierde efectividad para combatir el virus.

Por otro lado, es común también que dejemos de lado el resto de actividades saludables debido al desánimo, apatía y desgana provocado por la sintomatología depresiva: hacer ejercicio, comer sanamente, dormir bien, asearnos, son actividades que nos pueden costar más trabajo que **antes**.

## ¿Por qué se mantiene la sintomatología depresiva?

### El círculo de la sintomatología depresiva



## Activación Conductual

**Sintomatología depresiva e inercia: ¿Cómo es que la sintomatología depresiva me impide hacer las cosas que me gustan?**

¿Cómo es que la sintomatología depresiva afecta mis deseos de hacer cosas que me gusta hacer sólo por hacerlas?

---

---

¿De qué manera la sintomatología depresiva afecta como me relaciono con otras personas, con mis amigos y mis seres queridos?

---

---

¿Cómo afecta la sintomatología depresiva a mi cuerpo, a mi organismo y a mi salud?

---

---

¿De qué otras maneras afecta la sintomatología depresiva a mi vida familiar, mi trabajo y mis pasatiempos?

---

---

## Actividades agradables

Contesta:

En las últimas semanas, ¿cuál ha sido el día en el que más alegre y feliz te has sentido?

¿Qué cosas hiciste ese día?, ¿hubo algo diferente?

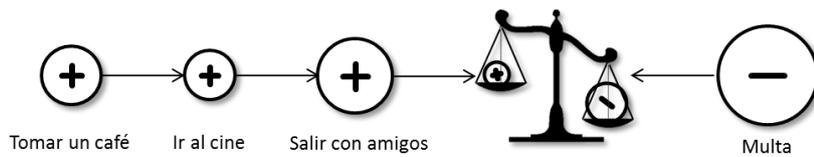
Existe una relación estrecha entre las actividades que realizamos y nuestro estado de ánimo. Los días más felices de la semana, son los días en los que realizamos el mayor número de actividades agradables. Nuestros días más alegres suelen ser aquellos que dedicamos a estar con los amigos, leemos, vamos al cine, salimos, tenemos relaciones sexuales, y un sinnúmero de actividades que provocan que nuestro estado de ánimo sea alto.

En las últimas semanas, ¿cuál ha sido el día en el que más triste te has sentido?

¿Qué cosas hiciste ese día?, ¿hubo algo diferente?

Un contratiempo (por ejemplo, una mala noticia) puede bajar nuestro estado de ánimo; incluso en nuestros mejores días.

Hagamos una balanza:



¿Qué cosas me gusta hacer?	¿Qué cosas podrían arruinarme el día?
¿Qué cosas me gustaba hacer?	
¿Qué cosas creo que me podría gustar hacer?	

PROHIBIDA su reproducción Total o parcial

Se podría decir que nuestro estado de ánimo es el resultado de una imaginaria balanza, donde se sopesa la cantidad y la calidad de eventos positivos y negativos. Si queremos subir el estado de ánimo, debemos, por tanto, incrementar la entrada de lo positivo.

Nuestro objetivo es ir aumentando las situaciones placenteras que vivimos y las emociones agradables.

## Comenzando a actuar

Para hacer frente a la sintomatología depresiva no se trata de hacer cosas al azar; debemos tener objetivos claros de lo que queremos hacer. A continuación, se muestran cuatro áreas de nuestras vidas, plantéate un objetivo que deseas alcanzar en cada una de ellas y las actividades concretas que tienes que realizar para alcanzar dicho objetivo.



### Familiar, social y relaciones cercanas

¿Qué quiero lograr en mis relaciones cercanas?, ¿Cuál es mi meta?

¿Qué debo hacer para conseguirlo?, ¿Qué actividades me ayudarán a conseguir mis objetivos?

---

---

---

---



### Recreación, ocio e intereses

¿Qué intereses tengo que me gustaría desarrollar?, ¿Cuál es mi meta?

¿Qué debo hacer para conseguirlo?, ¿Qué actividades me ayudarán a conseguir mis objetivos?

---

---

---

---



### Educación, trabajo y carrera

¿Cuáles son mis metas laborales y educativas?, ¿Cuál es mi meta?

¿Qué debo hacer para conseguirlo?, ¿Qué actividades me ayudarán a conseguir mis objetivos?

---

---

---

---



### Salud y espiritualidad

¿Qué objetivos tengo en torno a mi salud?, ¿Cuál es mi meta?

¿Qué debo hacer para conseguirlo?, ¿Qué actividades me ayudarán a conseguir mis objetivos?

---

---

---

---

PROHIBIDA su reproducción Total o parcial

Algunos ejemplos de valores y metas para cada área son los siguientes:

Familiar, social y relaciones cercanas: Educación, trabajo y carrera:

Ser una pareja amorosa. Aprender una nueva habilidad para el trabajo.  
Ser un buen amigo.  
Velar por las necesidades de mi pareja. Aumentar mi conocimiento sobre lo que pasa en el mundo.

Recreación e intereses: Salud y espiritualidad:  
Ser más activo. Hablar con alguien sobre mis emociones y problemas.  
Ser artístico y creativo.

Hacer sacrificios por alguien en el que creemos. Desarrollar mi espiritualidad.

Ayudar a los menos afortunados o a los que necesitan una mano. Vivir una vida más espiritual.

Ser más tolerante, menos prejuicioso y aceptar a los demás como son.

Ya que sabemos qué actividades queremos realizar, es momento de decidir cuáles llevaremos a cabo primero. Para esta semana realizaremos aquellas actividades que:

- Sean las más importantes para nosotros
- Creamos que nos gustará más realizar

- Nos costará el menor trabajo hacer.

## Obstáculos

Los primeros momentos son los más difíciles a la hora de vencer la inercia y la apatía. Sin embargo, ya hemos dado el primer paso, hemos planificado las actividades que vamos a realizar, es hora de hacerlas.

Es normal que la sintomatología depresiva haya reducido nuestro nivel de satisfacción por las cosas que antes hacíamos, recuerda que: **aunque la satisfacción es menor que la que proporcionaba la actividad antes, es mayor al placer nulo de no hacer nada. Además, la satisfacción es acumulativa y va en aumento.**

El médico te verá y te recetará los medicamentos necesarios para que lleves, en general, una vida disciplinada y totalmente satisfactoria, sin embargo, si no haces nada por mejorar tu estado de ánimo, se te dificultará seguir al pie de la letra las indicaciones médicas y no lograrás tratarte adecuadamente ante tu enfermedad.

Por último:

Es mejor pensar en cuánto tiempo vamos a dedicar a cada actividad en lugar de qué tan eficientes o efectivos vamos a ser al realizarla. Lo importante es hacerlo para vencer la inercia, no que el rendimiento sea perfecto.

¡¡ Hacerlo bien!! Significa realizar las actividades que hemos planeado y no la realización sobresaliente en ellas.

## ¿Qué te gustaría hacer hoy?

Si no se nos ocurren actividades para realizar podemos tomar ideas del siguiente listado:



### Familiar, social y relaciones cercanas

- Invitar a amigos o familiares a casa
- Salir a cenar o comer con pareja, amigos...
- Hablar por teléfono con alguien cercano
- Salir a tomar algo (café, etc.) con amigos, familiares...
- Salir a bailar con amigas
- Ir a una fiesta
- Expresar mi amor a alguien
- Hacer un cumplido
- Mantener relaciones sexuales
- Preparar una comida apetitosa para alguien



### Educación, trabajo y carrera

- Leer novelas, revistas...
- Leer sobre mi trabajo
- Talleres o cursos en grupo (clases de inglés, baile...)
- Ir a un museo, exposición
- Hablar sobre temas que me interesan
- Ir a la biblioteca
- Aprender algo nuevo
- Leer el periódico
- Ver las noticias
- Leer sobre un tema de mi interés.



### Recreación, ocio e intereses

- Pasear
- Pasatiempos, sudokus, crucigramas, sopas de letras
- Ver TV o series
- Alquilar una película
- Juegos de ordenador, internet
- Escuchar música
- Escuchar la radio
- Ver las noticias
- Cuidar plantas
- Sentarse o tumbarse al sol
- Mirar el cielo por la noche
- Ir al cine
- Ir al teatro



### Salud y espiritualidad

- Ayudar a alguien o realizar alguna actividad solidaria
- Vestirme con ropa que me gusta
- Ir a la peluquería o cuidarme el pelo en casa
- Tomar mi medicamento
- Ir a mis consultas médicas.
- Visitar a un nutriólogo y seguir una dieta.
- Salir a correr
- Hacer deporte
- Ir al gimnasio
- Pensar en la gente que me agrada
- Pensar en tres cosas positivas que me hayan ocurrido hoy
- Relajarme unos minutos

- Ir de compras
- Ir al tianguis, o a la plaza...
- Ir al zoo, parque de atracciones, ...
- Ordenar o hacer las tareas de la casa
- Ir al fútbol
- Ir a un parque
- Ir a un concierto
- Cantar solo
- Hacer o ver fotos o álbumes
- Escribir cartas, notas, mails...

- Meditar
- Practicar Yoga
- Que me den un masaje
- Observar un paisaje bonito
- Ir a misa o asistir al sermón

### **Actividades para casa.**

- Monitorear sus actividades, su estado de ánimo y sus síntomas diariamente empleando los autorregistros: Registro de adherencia a antirretrovirales y Registro de actividades agradables.
- Empezar a incorporar actividades agradables en nuestra rutina diaria.
- Si no se terminaron los ejercicios, realizarlos en casa antes de la primera llamada telefónica dentro de una semana.

**PROHIBIDA  
su reproducción  
Total o parcial**

## Segunda Sesión

### Objetivo de la sesión:

Buscar soluciones a aquellos problemas que no hemos podido resolver apropiadamente al día de hoy; especialmente aquellos relacionados con la adherencia a nuestra terapia médica y aquellos que nos producen malestar y sufrimiento.

### Agenda de la sesión de hoy:

- Me contarás cómo has estado estas pasadas semanas.
- Veremos una técnica que nos ayudará a solucionar nuestros problemas.
- Aplicaremos la técnica aprendida para mejorar nuestra salud, y
- Se indicarán qué actividades realizaremos en casa.
- 

### Pasos Vitales y Solución de Problemas

A continuación, veremos algunos testimonios que se relacionan con la sesión de hoy:

Hola, mi nombre es Juan y hace 12 años que me realicé el examen y salió positivo; pero sólo llevo 9 años tomando retrovirales.

La verdad es que me va muy mal, pese a que trato de llevar una vida sana suelo olvidarme de tomar mis medicamentos. Creo que gran parte del problema se debe a los profesionales que están para “ayudarme”, principalmente la Enfermera Jefe Martha.

Por lo general me suelen hacer comentarios que me traumatizan, es muy difícil decirles lo que me pasa, en especial a los médicos; por ello suelo no ir a la clínica ni a recoger mis medicamentos... me da miedo lo que me puedan decir. La verdad es que no he logrado sobreponerme a la adversidad, he intentado hacer ejercicio, dormir bien y alimentarme mejor pero no me ha sido posible mantenerme saludable, las cosas sólo han ido a peor; cada vez me enfermo con mayor facilidad. Paso mucho tiempo preocupándome por mis síntomas como la diarrea, la gripe...

También empecé a notar que perdía mucho peso cuando llevaba cerca de un año con mi tratamiento antirretroviral. En mi trabajo todo el mundo empezó a notar que estaba disminuyendo de peso y cada vez que me hacen los comentarios me siento muy mal, ya que sé que es por causa de los medicamentos; sin embargo, qué puedo hacer, si los dejo de tomar es peor. Se lo comenté a mi doctor y él me dijo que no era mucho, pero cada día yo siento que sigue avanzando. Por recomendaciones de él ingresé en un gimnasio para hacer pesas y poder disimular un poco el efecto, pero lo dejé.

Hola, me llamo José:

Soy cero positivo desde hace 4 meses. Mi contagio fue por llevar un desorden sexual y por abuso excesivo de alcohol. ¡No sabes cuánto te arriesgas cuando estás en estado etílico!

Ahora que soy VIH+, me está costando demasiado llevar una vida normal como cualquier otro individuo: tomar con responsabilidad

tus medicamentos, ir a tus citas con tu médico, los efectos secundarios de los medicamentos, la diarrea, el dolor de estómago y demás me hacen sentir mal por ser portador.

He intentado a toda costa mantener mi enfermedad en secreto y llevar mi vida como antes, pero me es muy difícil. Ahora tengo una calidad de vida mermada a raíz de ser VIH+.

**¿Por qué son importantes la adherencia las indicaciones médicas y el autocuidado?**

Lo que realizamos en casa o en el trabajo es más importante para nuestra salud que lo que hacemos con nuestro médico en nuestras consultas; específicamente en VIH, tomarnos nuestros medicamentos de forma adecuada y en sus horarios es la mejor manera de bajar nuestra carga viral y de mantener altos nuestros conteos de células CD4.

¿Acaso hay otros comportamientos de autocuidado que su doctor le ha dicho que son importantes, dieta, ejercicio, descanso?

¡Gran parte de mantenerse sano está bajo nuestro control!

***Primer paso para trabajar nuestra adherencia (o fidelidad al tratamiento)***

¿Cuáles son las razones más importantes para seguir mi tratamiento médico y cuidar de mi salud?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Hagamos una lista de metas y objetivos relacionados con nuestra adherencia y autocuidado.

Meta 1:

---

---

Meta 2:

---

---

Meta 3:

---

---

Meta 4:

---

---

**Asegurando nuestra adherencia.**

Seguir nuestro tratamiento médico implica resolver un gran número de problemas. Usaremos una técnica para la “Solución de Problemas” que nos permitirá resolver algunas de las barreras que nos impiden tener una óptima adherencia a nuestras actividades de autocuidado y con la toma de nuestro medicamento.

## ¿Qué es un problema?

Un problema es todo aquello que nos dificulta alcanzar nuestros objetivos y metas.

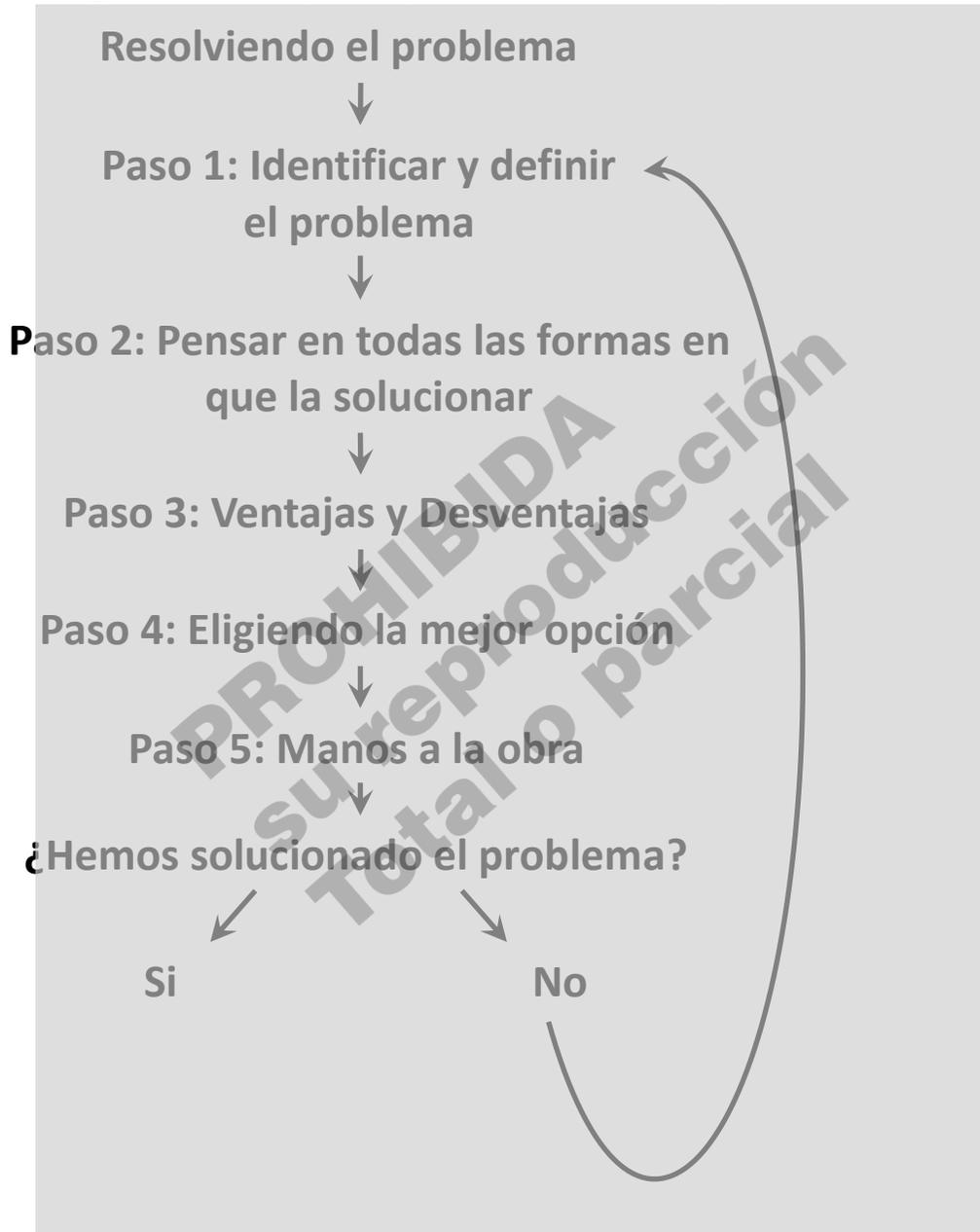
Una vez que reconocemos que tenemos un problema necesitamos dos habilidades:

1. Desarmar (o dividir) una tarea muy complicada en pasos pequeños y manejables, y
2. Seleccionar un plan de acción.

Un problema NO es	Un problema SÍ es
Los pensamientos, ideas u opiniones de los demás.	Cómo me hace sentir a mi todo esto.
Cosas que pasan en la naturaleza que son incontrolables.	Lo que hago y sus consecuencias.
Aquello que no depende de mí.	Las cosas que dependen de mí.

El día de hoy veremos un método práctico para realizar un plan de acción de forma sistemática, el cual consta de 5 pasos bien definidos:

*Diagrama de los pasos para solucionar un problema*



## **Paso 1: Definir y formular el problema**

Al tratar de mejorar nuestra adherencia podemos encontrarnos con un gran número de problemas, pues son muchos los pasos que hay que seguir para lograr tomar nuestro medicamento, a estos pasos los llamaremos Pasos de Vida.

### *Trabajando nuestros Pasos de Vida*

A continuación, se enlistan las distintas áreas que debemos trabajar para mejorar nuestra adherencia. Para cada una de ellas identificaremos las barreras que nos impiden mejorar nuestra adherencia:

**Paso de Vida 1 - Tengo problemas para llegar a las citas con mi médico:**

---

---

**Paso de Vida 2 - Tengo algún problema al hablar con mi médico:**

*¿Me siento incómodo hablando con mi médico?*

*¿Siento que mi médico está demasiado ocupado para hablar conmigo?*

*¿A veces se me olvidan las preguntas que quiero hacer a mi médico?*

---

---

**Paso de Vida 3 - Confío en el personal de salud que me atiende:**

*¿Cómo es mi relación con el personal que me trata en la clínica?*

---

---

**Paso de Vida 4 - Tengo problemas con los efectos secundarios que me producen mis medicamentos:**

*¿Han interferido los efectos secundarios con la toma de mi medicación?*

---

---

**Paso de Vida 5 - Tengo dificultades para obtener mis medicamentos:**

*¿En ocasiones me quedo sin medicamento?*

---

---

**Paso de Vida 6 - Sigo un horario para tomar mis medicamentos:**

*¿Me cuesta seguir un horario?, ¿por qué?*

---

---

**Paso de Vida 7 - Tengo problemas al guardar mi medicamento o para refrigerarlo:**

---

---

**Paso de Vida 8 - No tengo un sistema para recordarme que ya es hora de tomar mi medicamento:**

*¿Olvido con facilidad tomar mi medicamento?*

*¿Necesito algo que me recuerde tomar mi medicamento?*

---

---

**Paso de Vida 9 - Sé qué debo hacer si algún día olvido tomar mi medicación:**

*¿Qué me impediría volver a mi régimen si algún día fallo?*

---

---

Para esta sesión trabajaremos alguno de los problemas que hemos descrito en los pasos de vida.

El primer paso es definir el problema y recopilar información sobre el mismo. Para ello debemos poder contestar:

¿Qué?

¿Quién?

¿Dónde?

¿Cuándo?

¿Cómo?

¿Por qué?

¿Con quién?

¿Qué problema tengo? ¿Qué puedo hacer para...?

## **Paso 2: Pensar en todas las soluciones posibles**

Es momento de que busquemos todas las posibles soluciones que se nos ocurran, aunque parezcan imposibles o ridículas:

- Cuantas más soluciones pensemos mejor
- Entre más concretas sean las acciones mejor

1.	8.
2.	9.
3.	10.
4.	11.
5.	12.
6.	13.
7.	14.

**PROHIBIDA  
su reproducción  
Total o parcial**

### Paso 3: Ventajas y Desventajas

Ha llegado el momento de escoger la mejor solución de las que hemos pensado en el paso anterior.

Es momento de deshacernos de las que a simple vista no podamos poner en práctica o que tengan consecuencias negativas muy notables.

Ahora evaluemos cada una de nuestras alternativas:

- **Pregúntate para cada solución:** ¿Consigo mi meta con ella? ¿Cuáles son las consecuencias personales de esa solución en tiempo, esfuerzo, costos o ganancias emocionales? ¿Cuáles son los efectos sobre la familia, amigos o compañeros de trabajo, vecinos, etc. de realizar esta solución? ¿Qué tan difícil es de llevarse a cabo esta solución? ¿Cuáles son sus costos en tiempo, esfuerzo y dinero? ¿Cuáles serán las consecuencias de esta solución en un día, una semana, un mes, tres meses?

	Ventajas	-	Desventajas	=	Total
1.					
2.					

3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					

**PROHIBIDA**  
su reproducción  
Total o parcial

12.					
13.					
14					

Una vez que hemos valorado las ventajas y desventajas nos será de gran ayuda dar una puntuación de 0 a 10 a cada ventaja y desventaja para cada alternativa propuesta.

A continuación, sumamos los valores de las ventajas y desventajas de cada alternativa, y obtendremos una puntuación total para las ventajas y una total para las desventajas.

Por último, debemos restar el valor total de las desventajas del valor total de las ventajas.

#### **Paso 4: Eligiendo la mejor opción**

Para elegir una solución sólo tenemos que buscar aquella solución con el mejor puntaje. Es momento de elegir una solución:

*¿Qué decisión o decisiones voy a escoger? ¿Puedo combinar soluciones para obtener una solución más eficaz? ¿Pudiera obtener una mejor combinando dos o más soluciones? ¿Cuáles? ¿Cómo?:*

---

---

#### **Paso 5: Manos a la obra**

Por último, ya que hemos elegido una solución debemos de pensar qué tenemos que hacer para llevarla a cabo.

*Debemos poder contestar: ¿Qué es lo que tendría que hacer para que mi solución se lleve a cabo?*

---

---

---

---

---

---

- ¿Cuándo lo vamos a poner a en práctica?

Fecha: \_\_\_\_\_

- ¿Durante cuánto tiempo pondré en práctica esta solución?

Fecha: Del \_\_\_\_\_ Hasta el \_\_\_\_\_

Tener en cuenta las dificultades con las que puedo encontrarme y cómo las solventaré. *¿Qué dificultades creo que encontraré al poner en marcha mi solución?*

---



---



---

Escoger el momento adecuado en el que se evaluará si la solución ha sido o no eficaz y decidir cómo voy a valorar si la solución ha sido efectiva.

- Al poner en práctica la solución, el resultado ha sido:
  - Bueno o positivo: ¡Felicidades! hemos concluido.
  - Malo o negativo: Debemos de buscar otra solución o ver en qué fase hemos fallado.

En qué medida la solución ha permitido alcanzar el objetivo que pretendía cubrir:

Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Totalmente

Grado de satisfacción con la solución:

Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Totalmente

## Consideraciones finales

- NO tratar de resolver varios problemas al mismo tiempo. Solucionamos uno, y cuando esté resuelto pasamos a valorar otro (por lo menos al principio cuando estamos aprendiendo la técnica).
- Recuerda que cuanto más explícito seas en la definición de problemas, en las alternativas y en la ejecución, más fácil te será valorar los resultados.
- Cuando tomes una decisión debes estar dispuesto a ponerla en práctica cada vez que aparezca el problema y siempre de la misma manera, sino, no podrás saber si tu solución es la adecuada y efectiva.

Por último, ten presente que los fallos son normales y no son un problema grande; sólo se convierten en un problema grande cuando provocan que abandones por completo tu régimen de auto-cuidado.

¡Recuerda!: Levantarse en la mañana con el propósito de seguir siendo adherente (sólo por hoy) es la mejor forma de evitar tropiezos (caídas).

¡La recompensa será un resultado positivo a largo plazo!

## Pasos de Vida: Planes de Acción

En esta hoja anotaremos todas las soluciones que vayamos a poner en marcha para mejorar nuestra adherencia y nuestro autocuidado.

1.

---

---

2.

---

---

---

3.

---

---

---

4.

---

---

---

5.

---

---

---

6.

---

---

---

7.

---

---

---

8.

---

---

---

**PROHIBIDA  
su reproducción  
Total o parcial**

**Actividades para casa.**

- Realizar la solución de problemas de los pasos vitales restantes

- Indicar las soluciones dadas en la hoja de “Pasos de Vida: Planes de acción”
- Continuar con la incorporación de actividades agradables en su rutina diaria
- Monitorear sus actividades y su estado de ánimo diariamente empleando los autorregistros: “Registro de adherencia a antirretrovirales” y “Registro de actividades agradables”

**PROHIBIDA  
su reproducción  
Total o parcial**

## Tercera Sesión

### Objetivo de la sesión:

Facilitar el control voluntario de nuestra respiración para disminuir nuestro malestar en situaciones de ansiedad o estrés.

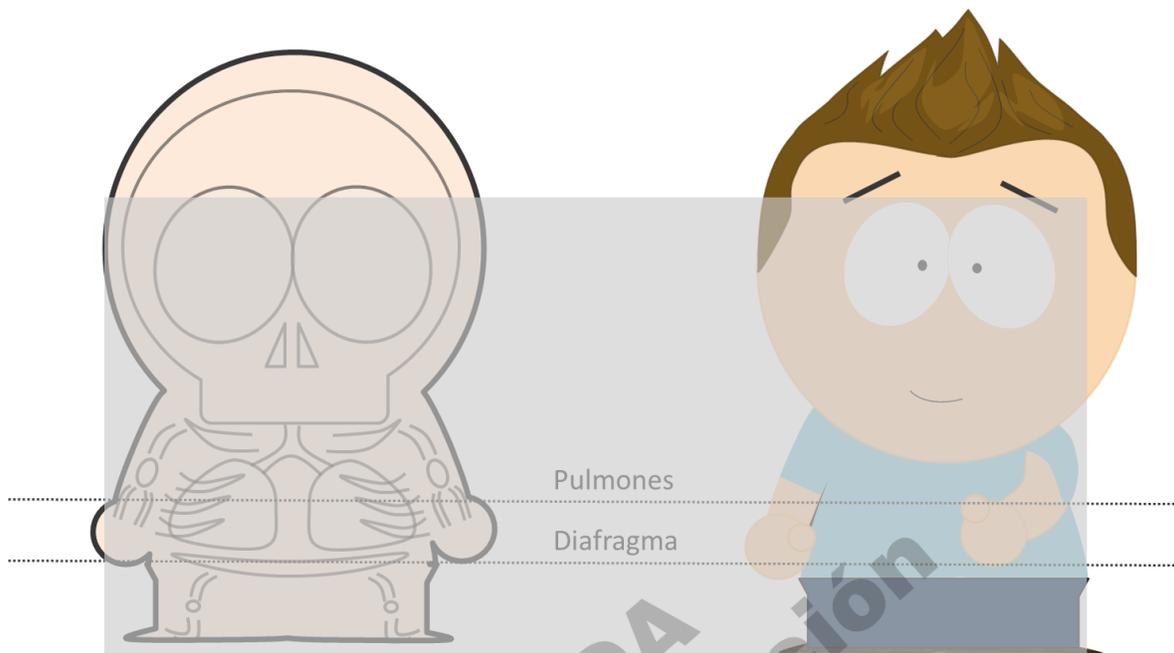
### Agenda de la sesión de hoy:

- Me contarás cómo te has sentido estas pasadas semanas.
- Veremos una técnica que nos ayudará a disminuir nuestros niveles de ansiedad a través de la respiración.
- Realizaremos algunos ejercicios que nos ayudarán a aprender la técnica.
- Se indicarán qué actividades realizaremos en casa.
- 

### La respiración

Como todos sabemos, la respiración es esencial para la vida. Todos respiramos, pero muy pocos conservamos el hábito de respiración natural de un bebé.

El ritmo de vida al que estamos acostumbrados a vivir en la actualidad facilita la aparición de una respiración acelerada y de escasa intensidad, es decir, una respiración más superficial donde sólo se utiliza la parte alta de los pulmones, la zona del pecho. Esta forma de respirar es la que empleamos cuando estamos ansiosos, y puede empeorar los síntomas de la ansiedad disminuyendo la cantidad de



oxígeno en sangre y aumentando el esfuerzo que hace nuestro corazón y demás órganos.

Si respiramos con todo el pulmón, éste se hinchará por completo y entonces, el músculo inferior que separa la cavidad torácica de la abdominal, el diafragma, se desplazaría hacia abajo y las costillas saldrían hacia afuera, para permitir que los pulmones se expandan.

- Facilitaríamos una mejor oxigenación,
- Mejor funcionamiento de los tejidos,
- Menor trabajo cardiaco y dificultaríamos la aparición de la fatiga muscular, y
- Disminuiríamos las sensaciones de ansiedad.

El control voluntario de la respiración es posible y nos ayudará a disminuir la ansiedad que experimentamos, permitiéndonos enfrentarnos mejor a las situaciones problemáticas de nuestra vida.

#### La respiración diafragmática lenta

Es una técnica muy empleada contra el estrés desde la antigüedad. Es muy utilizada para la reducción de la ansiedad, la sintomatología depresiva, la irritabilidad, la tensión muscular y la fatiga.

En ella, es muy importante el diafragma (el músculo que separa la cavidad torácica del abdomen y colabora sobre todo en la inspiración) y la técnica nos ayudará a aprender a controlarlo.

El ejercicio se aprende en minutos y sus resultados se experimentan de forma inmediata; sin embargo, los efectos profundos del ejercicio no los veremos sino hasta después de varios meses de práctica constante.

Es preferible que las primeras veces realicemos el ejercicio en condiciones de tranquilidad: escaso ruido exterior, con poca luz, con ropa que no nos moleste, y adoptando una postura cómoda, preferentemente acostado y con los ojos cerrados.

### Información general para aprender a respirar lentamente:

1. Siéntese o tumbese cómodamente. Ponga una mano en el pecho y otra sobre el estómago.
2. Tome el aire lenta y profundamente por la nariz hasta llegar al abdomen (3-4 seg.) levantando la mano que había colocada sobre él. El pecho apenas debe moverse.
3. Mantenga el aire dentro (2-3 seg.).
4. Expulse el aire lentamente por la boca con los labios casi cerrados para que se escuche un soplido. Saque todo el aire de sus pulmones, puede ayudarse metiendo el estómago hacia dentro.
5. Haga una pausa de 4 segundos antes de iniciar otra inspiración.



Ahora que sabemos la información general de la técnica, realicemos algunos ejercicios que nos enseñarán a controlar nuestra respiración de forma gradual:

- Ejercicio previo: identificación de la propia respiración.

Observaciones:

---

---

- Ejercicio 1: dirigir el aire inhalado a la parte inferior de los pulmones.

Observaciones:

---

---

- Ejercicio 2: dirigir la inhalación a la parte inferior y media de los pulmones.

Observaciones:

---

---

- Ejercicio 3: realizar una inhalación completa en tres tiempos (parte inferior y media de los pulmones y caja torácica).

Observaciones:

---

---

- Ejercicio 4: hacer una inspiración más completa, regular y lenta.

Observaciones:

---

---

- Ejercicio 5: realizar una respiración completa en un solo tiempo.

Observaciones:

---

---

Al final de cada sesión de respiración, dedique un poco de tiempo a explorar su cuerpo una vez más en busca de signos de tensión. Compare la tensión que siente al acabar el ejercicio con la que sentía al empezarlo.

#### Consejos para el uso de esta técnica:

- Como apenas estamos aprendiendo la técnica, nos será más fácil practicarla cuando estemos más tranquilos, será más sencillo si nos acostamos en un lugar cómodo, silencioso y con temperatura agradable.
- Es importante que no tomemos mucha cantidad de aire pues podríamos marearnos.
- Practicaremos al menos 3 ó 4 sesiones de 5 min. al día (cuantas más veces mejor).
- Una vez que hayamos dominado la técnica recostado, será hora de que la comencemos a practicar en diferentes posiciones y lugares, comenzando por los que nos parezcan los más sencillos.
- No la realice después de las comidas.

¡Recuerda!: la respiración puede ayudarnos a reducir de manera voluntaria los síntomas de tensión y de nervios, y, por lo tanto, también nos ayudará a comprobar que podemos controlar nuestra ansiedad, sobre todo en situaciones difíciles.

Para concluir...

Es importante en las primeras semanas, realizar el entrenamiento varias veces al día. No es necesario que los períodos de entrenamiento sean largos, pero sí que sean frecuentes. Una vez que se ha aprendido es importante aplicarla de forma sistemática, en especial en momentos en que sus niveles de ansiedad sean elevados.

### Actividades para casa

- Realizar por lo menos 1 práctica de respiración diaria a lo largo de la semana y registrar sus efectos en el “Registro de prácticas de respiración”
- Continuar con la incorporación de actividades agradables en su rutina diaria
- Seguir practicando las habilidades de adherencia del módulo anterior (Pasos de Vida) tomando en cuenta las soluciones indicadas en la hoja de “Pasos de Vida: Planes de acción”
- Monitorear sus actividades y su estado de ánimo diariamente empleando los autorregistros: “Registro de adherencia a antirretrovirales” y “Registro de actividades agradables”

## Cuarta Sesión

### Objetivo de la sesión:

Resumir nuestros logros y lo que hemos aprendido hasta el momento en sesiones pasadas de cara a enfrentar situaciones complicadas en nuestro futuro.

### Agenda de la sesión de hoy:

- Me contarás cómo te has sentido estas pasadas semanas.
- Veremos una técnica que nos ayudará a solucionar nuestros problemas.
- Aplicaremos la técnica aprendida para mejorar nuestra salud, y
- Se indicarán qué actividades realizaremos en casa.
- 

### Prevención de Recaídas

Confiamos que si estás leyendo estas líneas es porque tu sintomatología depresiva ha desaparecido, o por lo menos ha disminuido notablemente, y porque tu adherencia ha alcanzado niveles muy elevados.

Existen dos conceptos muy importantes que creemos te ayudarán en los meses venideros:

**Caída:** La caída es la ocurrencia de nuestro problema una sola vez en el tiempo sin que se vuelva a repetir. La caída es un acontecimiento puntual, singular, único y no implica necesariamente la

recaída. Si nos damos cuenta de ello y empleamos todas las técnicas que hemos aprendido hasta el momento para que el problema no se vuelva mayor, entonces, estaríamos hablando de caída; es como un pequeño “desliz”.

**Recaída:** hablamos de recaída cuando volvemos a estar como o casi como estábamos al comienzo; no ponemos en práctica todas las técnicas que hemos aprendido y dejamos que el problema crezca de nuevo.

Debemos de saber cuándo nos encontramos frente a una caída o una recaída para poner en marcha las técnicas que sabemos y poder hacerles frente, aprendiendo siempre de éstas.

Si nos ocurre una caída o recaída lo que debemos de hacer es lo siguiente:

- Detenernos a observar lo ocurrido.
- Tranquilizarnos para no dejarnos llevar por los aspectos negativos de la situación.
- Revisar la situación que nos ha llevado a esta caída o recaída.
- Recuperar las técnicas aprendidas para ponerlas en práctica de nuevo.
- Pedir ayuda si no nos vemos capaces de solucionar la situación por nosotros mismos.

¡Recuerda!: La caída es algo normal y previsible en nuestro intento de cambiar o mejorar

Lo importante es lograr reponernos después de una caída, reiniciando nuestro camino aprendiendo de ella:

- Aprender cuál es la situación de riesgo donde puede caer  
¿Qué es lo que me hace débil?
- Analizar en qué fallamos, es decir: ¿Qué habilidades debería poner en práctica la próxima vez para no volver a caer?
- Tengamos en cuenta que los factores de riesgo y las señales de alerta siempre surgen antes de una caída. Habitualmente, el proceso de recaída se inicia con cualquier cosa que nos recuerda nuestros problemas anteriores. Por ejemplo: conflictos familiares, estados de ánimo como ansiedad o rabia, tener sueños o relacionados con el problema, problemas laborales o periodos de estrés.
- Al tomar la caída como un aprendizaje generamos expectativas positivas que nos ayudarán a cambiar.

Es momento de que cerremos nuestro trabajo y de que pensemos en cómo podemos prevenir las caídas y recaídas.

### **Previniendo las Caídas**

**Situaciones de riesgo:** Describe detalladamente las situaciones de riesgo; el hacerlo facilita identificarlas y responder efectivamente ante ellas. Es importante anticiparse y prepararse para saber qué hacer ante estas situaciones. *¿Qué situaciones de riesgo podrían hacer que sufra de*

*mucha ansiedad o hacerme sentir con estado de ánimo muy bajo?, ¿Qué problemas podrían resurgir?*

---

---

---

---

---

*Posibles estrategias para prevenir: ¿Qué puedo hacer para prevenirlas?*

---

---

---

---

---

*Posibles estrategias para mejorar el estado de ánimo: Recuerda las estrategias que hemos aprendido. ¿Cuáles son las técnicas más valiosas que he aprendido?, ¿Qué puedo hacer para solucionarlas?*

---

---

---

---

---

**Metas a futuro:** Recuerda las metas que te planteaste para tu salud. *¿Cuáles son mis objetivos más importantes para el próximo año?*

---

---

---

---

---

## Actividades para casa

- Continuar con la incorporación de actividades agradables en su rutina diaria.
- Seguir practicando las habilidades de adherencia del módulo anterior (Pasos de Vida) tomando en cuenta las soluciones indicadas en la hoja de “Pasos de Vida: Planes de acción”.
- Monitorear sus actividades y su estado de ánimo diariamente empleando los autorregistros: “Registro de adherencia a antirretrovirales” y “Registro de actividades agradables” por las siguientes dos semanas.

- 

**PROHIBIDA  
su reproducción  
Total o parcial**

## Apéndice G - Consentimiento informado

Mi nombre es \_\_\_\_\_, soy (puesto)

\_\_\_\_\_. En este documento le explicaré todo lo que implica su participación en la presente investigación. Léalo atentamente y consúlteme todas las dudas que le puedan surgir. Veremos juntos lo que se espera de su participación en la investigación, se le explicará cómo se utilizará su información, y se le explicarán los beneficios que usted y otros obtendrán del proyecto.

1. OBJETIVO DE LA INVESTIGACION Y BENEFICIOS PARA EL PARTICIPANTE. El objetivo de la investigación es ayudarle a mejorar sus habilidades para sobrellevar su situación. Al participar se le facilitará la información necesaria para aprender nuevas habilidades que le ayudarán en su vida; se le brindará el apoyo necesario para que obtenga los mayores beneficios de dichas habilidades; y se le dará un seguimiento individualizado a lo largo de todo el proceso.
2. ¿QUÉ SE ESPERA DE USTED SI DECIDE PARTICIPAR? La participación en el presente proyecto de investigación es TOTALMENTE voluntaria e implica la asistencia a cuatro sesiones educativas llevadas a cabo cada dos semanas con una duración aproximada de una hora, y a dos sesiones de seguimiento meses después. Así mismo, el participante realizará sencillos registros de sus conductas a lo largo de la investigación. ¿Cuáles conductas mediremos y cuáles serán las habilidades que desarrollaremos? Esto lo iremos viendo conforme avancen las sesiones.

3. COTERAPEUTA. De ser posible, usted invitará a algún allegado suyo a participar en los registros conductuales anteriormente mencionados con el fin de corroborar información. Si no desea o no puede invitar a nadie aún puede seguir participando en la investigación.
4. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS. En ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre garantizando la plena confidencialidad de toda la información obtenida a lo largo de su participación. En ningún momento se escribirá su nombre en el material empleado durante el proyecto y se le otorgará un número de identificación para proteger su identidad a lo largo de la investigación. Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente por el equipo de investigación conformado por 6 psicólogos con nivel doctoral y maestría (si así lo desea, se le brindará información más detallada sobre el equipo). Toda la información obtenida se empleará para generar conocimiento que ayude a otros pacientes. Así mismo, de solicitarlo, se le entregará un resumen con los principales resultados de la investigación, así como los materiales que se hayan podido generar gracias a su colaboración (manuales, trípticos, entre otros).

5. INFORMACIÓN ACERCA DE LA GRABACIÓN DE LAS SESIONES. Con el fin de asegurar la integridad, la eficacia y eficiencia del proceso, se realizará a algunos participantes una grabación (solamente en audio) de las sesiones llevadas a cabo con el investigador principal del proyecto. *Se emplearán todos los medios técnicos necesarios para que quede grabada solo la voz del investigador, asegurando de ese modo su confidencialidad.* Dichas grabaciones serán escuchadas solo por el equipo de la investigación. Al cabo de un tiempo y tras la conclusión del proyecto, las grabaciones serán eliminadas.
  
6. OBSERVADOR. Con el fin de asegurar la integridad, la eficacia y eficiencia del proceso, en algunas sesiones se invitará a un observador a que evalúe el desempeño del investigador principal, poniendo atención y tomando nota sólo de las intervenciones que éste realice y de la forma en que el proceso es llevado a cabo. *El interés del observador en ningún momento será usted o lo que diga durante las sesiones.*
  
7. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO. Si decide participar inicialmente, pero al cabo de un tiempo usted desea dejar de participar, lo puede hacer sin que ello represente algún problema. Así mismo, durante el proceso no se abordarán temas sensibles, pero si usted nota algún síntoma ansioso o del ánimo que le

moleste, puede informarlo en cualquier momento para ofrecerle la atención pertinente.

8. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO. Yo, \_\_\_\_\_ he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente para fines académicos. Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en la presente investigación.

En CDMX, al \_\_ de \_\_ de 201\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante.

\_\_\_\_\_  
Firma:  
Cel.  
e-mail: