



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**ACTIVACIÓN CONDUCTUAL VÍA TELEFÓNICA PARA DISMINUIR
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y AUMENTAR ADHERENCIA A
ANTIRRETROVIRALES EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH**

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
LUIS DANIEL PÉREZ LÓPEZ

DIRECTORA:
DRA. NANCY PATRICIA CABALLERO SUÁREZ
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

COMITÉ:
DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS
FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN
DRA. CARMEN LIZETTE GÁLVEZ HERNÁNDEZ
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
DRA. REBECA ROBLES GARCÍA
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
DRA. SOFÍA SÁNCHEZ ROMÁN
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Índice

Resumen	4
Abstract	5
Introducción	6
Capítulo 1. VIH	8
Capítulo 2. Depresión	14
Capítulo 3. Intervenciones cognitivo-conductuales encaminadas a reducir sintomatología depresiva	20
Tratamientos basados en evidencia dirigidos a disminuir sintomatología depresiva en PVVIH	20
Planteamiento del problema	30
Justificación	30
Pregunta de investigación	32
Objetivos de investigación.....	32
Método	34
Participantes	34
Diseño.....	35
Medición.....	35
Datos sociodemográficos	35
Procedimiento.....	37
Análisis de datos	40
Resultados	41
Datos sociodemográficos	41

Datos clínicos descriptivos.....	42
Cambios a partir de la intervención	42
<i>Discusión</i>	54
<i>Conclusiones</i>	61
<i>Referencias</i>	62
<i>Apéndices</i>	75
Apéndice A.....	75
Apéndice B.....	77
Escala de medición de sintomatología depresiva	77
Apéndice C.....	81
Apéndice D.....	91
Cartas descriptivas	91
Apéndice E	94
Presentación de diapositivas.	94

Resumen

Introducción: la depresión representa una de las principales barreras para la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) en personas que viven con VIH (PVVIH). El objetivo de este estudio fue medir el efecto de una intervención telefónica basada en activación conductual (AC) para disminuir sintomatología depresiva y aumentar adherencia al TAR. **Método:** diseño cuasiexperimental intrasujetos (n=1) con 10 réplicas, 3 mediciones de línea base retrospectiva ($A_r - B$), 8-10 medidas de intervención y 2 de seguimiento. La sintomatología depresiva fue medida a través del *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) y los niveles de adherencia a TAR por auto reporte. Los criterios de inclusión fueron ser mayor de 18 años, puntuación mayor a 10 en el PHQ-9, y menos de 95% de adherencia al TAR. La intervención consistió en 8-10 sesiones de AC vía telefónica. El tamaño del efecto de la intervención se calculó con el índice de no superposición de todos los pares. **Resultados:** se presentan los resultados de 11 participantes: 9 hombres y 2 mujeres, de entre 23 y 74 años; con síntomas depresivos entre moderados y moderados-severos y adherencia de 83 a 93%. En la mayoría de los participantes hubo una disminución de síntomas depresivos y un aumento de la adherencia al TAR, con tamaños del efecto moderados y fuertes. **Conclusión:** se sugiere que la AC aplicada vía telefónica puede ser efectiva en la reducción de sintomatología depresiva y aumento de adherencia a TAR como se ha demostrado en otros estudios, posicionándose como una alternativa de bajo coste.

Palabras clave

Activación conductual, depresión, adherencia al tratamiento, tratamiento antirretroviral, VIH.

Abstract

Background: Depression is one of the main barriers to adherence behavior to antiretroviral therapy (ART) on PLWHA. The objective of this study was to assess the effect of a telephone-based behavioral activation (BA) intervention to decrease depressive symptoms and increase ART adherence in PLWHA.

Method: A quasi-experimental intrasubject design (n=1) with ten replications was performed, including three retrospective baseline measurements (Ar – B), 8-10 measurements corresponding to the treatment and two follow-up measures. Depressive symptoms were assessed using the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) and adherence to ART through self-report. Inclusion criteria included: being over 18 years old, a score of 10 or more points on the PHQ-9 (moderate or severe depression) and less than 95% adherence to ART. The intervention consisted of 8-10 weekly telephone behavioral activation sessions. The nonoverlap of all pairs (NAP) index was calculated to measure the intervention's effect size.

Results: 11 participants are presented; 9 men and two women, between 23 and 74 years old; with moderate to moderate-severe depressive symptoms and inadequate adherence from 83 to 93%. In most of the participants, there was a decrease in depressive symptoms and increased adherence to ART, with moderate and strong effect size.

Discussion: The findings suggest that telephone-based behavioral activation is an effective treatment to reduce depressive symptoms and increase TAR adherence in PLWHA, being a cost-effective alternative.

Keywords

Behavioral activation, depression, adherence to treatment, antiretroviral therapy, HIV.

Introducción

La infección causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una enfermedad prioritaria en materia de salud pública (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2020), se considera una enfermedad crónica para la cual el único tratamiento eficaz en la reducción de complicaciones, transmisión y mortalidad es el tratamiento antirretroviral (Lozano & Domingo, 2011). Este tratamiento requiere una adherencia de al menos el 95% de toma adecuada de las dosis, con la finalidad de evitar resistencia al tratamiento, aparición de enfermedades oportunistas y la muerte (Safren et al., 2015). En 2014 se estableció la iniciativa 90-90-90, que incluye 3 objetivos clave para lograr el control del VIH a nivel mundial (UNAIDS, 2013), lograr que 90% de las personas que viven con VIH conozcan su diagnóstico, de estas que el 90% tenga acceso al tratamiento antirretroviral y que el 90% alcance el control de la infección con supresión viral sostenida.

En el mundo hay 37.7 millones de personas que viven con VIH, gracias a los esfuerzos y al cumplimiento, aunque de forma parcial de los objetivos 90-90-90, se han reducido en 31% las nuevas infecciones y ha aumentado de forma significativa el acceso al tratamiento antirretroviral de 7.8 millones de personas en el 2010 a 27.5 millones de personas en 2020 (UNAIDS, 2021). Sin embargo, el VIH aun representa un reto en salud pública. En México, es una epidemia concentrada, con una prevalencia de 0.24% en población general y 0.79% a 24.1% en poblaciones clave: hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores sexuales, mujeres transgénero y usuarios de drogas (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA, 2018),.

Debido al papel tan importante que juega la adherencia a los medicamentos antirretrovirales para que el tratamiento sea efectivo, existen una gran cantidad de estudios (Chesney, 2003; DHHS, 2018) que han identificado las variables asociadas a este comportamiento. Una de las variables con mayor asociación a problemas de adherencia al tratamiento antirretroviral es la depresión (Gwadz et al., 2015; Nachega et al., 2012; Sin & DiMatteo, 2014; G. J. Wagner et al., 2020). Además la depresión representa una de los problemas de salud mental más frecuente en las personas que viven con VIH (Nanni et al., 2015), presentándose de 2 a 3 veces más en estas personas en comparación con la población general (Magis &

Cruz, 2014). Por ello resulta crucial el diseño de intervenciones en salud mental que logren reducir la sintomatología depresiva en personas que viven con VIH.

La activación conductual para la depresión se ha consolidado como una intervención basada en evidencia, de bajo coste, adaptable a diferentes contextos culturales y parsimoniosa. Sus efectos se han probado tanto en población general (Barraca Mairal, 2010; Dimidjian et al., 2006; Hopko et al., 2003; Kanter & Puspitasari, 2016; Lejuez et al., 2011; Richards et al., 2016), como en personas que viven con VIH (Magidson et al., 2014; Valle-Soto et al., 2018). Ha mostrado reducción significativa de la sintomatología depresiva y cuya aceptabilidad y versatilidad que se aplique en formatos de telemedicina, con resultados similares (Au et al., 2015), características que son cruciales ante el contexto de distanciamiento social derivado de la pandemia por SARS-CoV-2.

Con la finalidad de contribuir en el desarrollo de intervenciones psicológicas que permitan realizar un abordaje costo-efectivo de la sintomatología depresiva, mejorando también la conducta de adherencia al tratamiento antirretroviral, en el presente documento se evaluará el efecto de una intervención telefónica basada en activación conductual que será aplicada en un Instituto Nacional de Salud reconvertido a hospital COVID-19 debido a la pandemia.

En el primer apartado de este trabajo se describirán elementos teóricos relacionados al VIH, la terapia antirretroviral y la depresión para conocer la forma en la que estas variables interactúan y los elementos más útiles en el desarrollo de intervenciones. Posteriormente, y con el propósito de conocer los hallazgos realizados en investigación psicológica aplicada, se expondrán las intervenciones que han funcionado para reducir sintomatología depresiva y aumentar adherencia en personas que viven con VIH, así como las bases teóricas de la terapia de activación conductual y las principales características por la que fue seleccionada para este estudio. Posteriormente, se describirá el método empleado y se hará énfasis en los resultados más relevantes de la investigación, culminando con la discusión de los resultados, sus limitaciones y su posible impacto teórico y clínico.

Capítulo 1. VIH

Definición de VIH

El VIH o virus de la inmunodeficiencia humana pertenece a la familia de los retrovirus, que se caracteriza por poseer la enzima transcriptasa reversa en su estructura, misma que le permite completar su ciclo vital al crear DNA a partir de su propio RNA y el DNA de la célula huésped. A nivel estructural, se conforma de dos copias idénticas de RNA viral de una sola cadena empacadas en una cápside, que, a su vez, se encuentra rodeada por una cubierta lipídica de glicoproteínas, entre las cuales se encuentran la gp120 y gp41; abundantemente glicosiladas y cruciales para la detección de las células blanco. Debido a su estructura, es capaz de infectar diferentes tipos de células como macrófagos, células de sostén, neuronas, células dendríticas, células enterocromafines del intestino y especialmente, linfocitos T CD4+ (Soto-Ramírez, 2004). Los linfocitos T CD4+, al disminuir significativamente en número, dado una alta y continua replicación viral, crea las condiciones necesarias para la aparición de infecciones oportunistas características del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (O’Cofaigh & Lewthwaite, 2013).

Historia natural del VIH

El VIH entra al organismo a través de mecanismos bien establecidos. Estos mecanismos son interacciones entre fluidos como sangre, leche materna, líquido pre eyaculatorio, semen y secreciones vaginales; con “puertas de entrada” como mucosas y heridas abiertas (Centros para el control y la prevención de enfermedades, CDC, 2018). Una vez que el VIH entra al organismo hace contacto con sus células blanco, gracias a su membrana lipídica, provocando una fusión entre las membranas viral y celular que da como resultado la entrada del virión al interior de la célula (Soto-Ramírez, 2004).

En promedio, el VIH es detectable a partir de anticuerpos pasados tres meses. Su primera fase, después de la entrada al organismo y su replicación se caracterizan por un aumento en carga viral y aparición de signos y síntomas inespecíficos con una duración de al menos siete días y la resolución de éstos en un mes, como: fiebre (96%), adenopatía (74%), faringitis (70%), sarpullido (70%), dolor muscular o de articulaciones (54%), diarrea, dolor de cabeza y náuseas. Después de este periodo, el conteo de CD4+ vuelve a aumentar sin llegar a niveles previos a la infección. En la mayoría de los casos,

la disminución de CD4+, hasta la aparición de infecciones oportunistas, es un proceso que suele demorar entre seis y ocho años (O’Cofaigh & Lewthwaite, 2013).

A pesar de lo anterior, las particularidades del sistema inmune del huésped, las características del virus y las características ambientales pueden provocar variaciones en la historia natural (Sabin & Lundgren, 2013). Por ejemplo, algunos casos clínicos conocidos como progresores rápidos se caracterizan por tener una disminución de CD4+ en periodos entre seis y doce meses; en contraste con los controladores élite y no progresores quienes pueden mantener una carga viral menor a 50 copias y un número alto de CD4+ sin tratamiento antirretroviral (O’Cofaigh & Lewthwaite, 2013). Sin embargo, las variaciones de estos tres grupos estos casos se explican a través de mutaciones genéticas y cambios en el ADN mitocondrial y únicamente representan entre el 1 y el 5% de la totalidad de los casos (O’Cofaigh & Lewthwaite, 2013; Sabin & Lundgren, 2013).

La disminución de linfocitos T CD4+ y el aumento de carga viral son variables que se ven traducidas en la progresión de la infección y en un mayor riesgo de aparición de enfermedades oportunistas, y se conoce como SIDA, fase tardía de la infección por VIH. Esta fase se caracteriza por un conteo de CD4+ menor a 200 células/mm³ o la aparición de una o más infecciones oportunistas (Global Information and Education on HIV and AIDS, 2020), siendo las más comunes la neumonía por pneumocystis, candidiasis esofágica, síndrome de Guillian-Barré, Mycobacterium tuberculosis, sarcoma de kapossi, herpes zóster, entre otras (O’Cofaigh & Lewthwaite, 2013).

Epidemiología del VIH a nivel mundial y en México

El VIH se encuentra distribuido en el mundo en dos subtipos: el tipo 1 (responsable de la mayor parte de las infecciones) y tipo 2 (focalizado en África Oeste) (Soto-Ramírez, 2004). A nivel mundial se estima que 38.0 millones de personas viven con VIH (PVVIH), de las cuales 3.7 se encuentran en América; identificándose el 62% de los casos en grupos de riesgo: personas que realizan trabajo sexual, personas que se inyectan drogas, mujeres transgénero, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas usuarias de trabajo sexual y parejas sexuales de personas que forman parte de grupos de alto riesgo (World Health Organization, 2020).

En México, el panorama epidemiológico es similar; encontrándose una prevalencia aproximada de 0.3 % en mayores de 15 años concentrada en personas transgénero (15-20%), HSH (17.3%), mujeres trabajadoras sexuales (24.1%), personas que se inyectan drogas (5.8%) y personas privadas de su libertad (0.7%) (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA, CENSIDA, 2018). Las cifras más recientes a nivel nacional indican que del año 1983 al 2020 se han reportado 313,969 casos; identificándose que en el año 2020 se diagnosticaron alrededor de 7,459 casos nuevos. Del total de casos notificados, el 81.20% corresponde a hombres y el 18.80 a mujeres. Los estados de la república con mayor tasa de nuevos casos diagnosticados son Quintana Roo (22.96), Colima (21.33), Yucatán (15.05), Veracruz (11.97) y Morelos (10.49) (Dirección de vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles, 2020).

Tratamiento antirretroviral

El tratamiento antirretroviral (TAR) es la primera línea de tratamiento para la infección por VIH, logrando suprimir la replicación viral de forma indefinida, así como la ocurrencia de mutaciones. Su surgimiento y evolución han marcado un parteaguas en la historia natural del VIH, reduciendo significativamente la morbi-mortalidad y provocando un ambiente propenso para la recuperación de linfocitos T CD4+. Este tratamiento ha tenido un gran impacto en la supervivencia acumulada de las personas que viven con VIH, así como en su calidad de vida, convirtiéndose en factores determinantes para considerar al VIH una enfermedad crónica. Del mismo modo, se ha posicionado como una estrategia costo-efectiva a nivel epidemiológico ya que es eficaz en la prevención de transmisión por contacto sexual. Debido a que el VIH tiene la capacidad de alojarse en reservorios naturales, donde el TAR no tiene efecto, es necesario tomarlo de por vida; lo que provoca una alta probabilidad de incumplimiento terapéutico y de resistencia en los pacientes (Lozano & Domingo, 2011).

Según Lozano y Domingo (2011), el TAR se clasifica según la fase de replicación viral en la que actúa, dividiéndose en antagonistas de correceptor celular, inhibidores de la fusión, inhibidores de la proteasa, inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleótidos, inhibidores de la transcriptasa inversa no-análogos de nucleótidos e inhibidores de integrasa. Según la Organización Mundial de la Salud

(WHO, 2017), los inhibidores de integrasa poseen ventajas sobre los demás subtipos: mayor eficacia, menos incidencia de efectos secundarios y una mayor barrera genética, esta última característica los vuelve menos susceptibles a la aparición de resistencias; por todo lo anterior se le considera la primera línea de tratamiento antirretroviral.

En México, el seguimiento de esquemas co-formulados de una sola tableta de inhibidores de integrasa de segunda generación está recomendado como tratamiento de primera y segunda línea para todas las PVVIH, independientemente del conteo de linfocitos T CD4+ o la presencia o ausencia de síntomas. Lo anterior ayuda a reducir el riesgo de progresión, de exposición a estados inflamatorios, así como de probabilidades de transmisión de la enfermedad. Se recomienda que los esquemas sean iniciados con un conteo de CD4+ mayor a 500, ya que permite reducir la incidencia de eventos graves asociados al SIDA (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA, 2019). El TAR, en conjunción con su correcta toma, es un requerimiento fundamental para lograr la supresión viral y evitar el desarrollo de complicaciones (Safren et al., 2015); por esta razón resulta crucial la conducta de adherencia, misma que se abordará en el siguiente apartado

Definición de adherencia al tratamiento

La adherencia se ha conceptualizado desde diversos enfoques. Algunos de estos, enfatizan la concurrencia de diversas conductas como contactar con el proveedor de salud, asistir a citas con regularidad y tomar adecuadamente el tratamiento (DHHS, 2018); mientras otras se focalizan en conductas específicas como la medida en la que un paciente toma sus medicamentos, según las instrucciones de su proveedor de salud (Safren et al., 2015). Esta última se expresa como el porcentaje de dosis prescritas que el paciente toma en un determinado periodo de tiempo (Stirratt et al., 2015), definición que además de ser medible, es congruente con los requerimientos del tratamiento antirretroviral (Safren et al., 2015), que, para evitar falla virológica y evitar el desarrollo de complicaciones, debe de abarcar el 95% por mes.

Diversas variables pueden aumentar las probabilidades de que la conducta de adherencia se emita: las variables relacionadas al proveedor de salud (de las más estudiadas), como preguntar directamente

sobre la adherencia, la calidez, la empatía y el seguimiento; variables relacionadas al sistema de salud, como lo son la accesibilidad y disponibilidad de servicios, la educación para la salud brindada por la institución y la capacitación a los proveedores. Por último, se identifica a las variables relacionadas con el paciente como la presencia de alteraciones de salud mental, creencias relacionadas con el padecimiento y el tratamiento y habilidades relacionadas a éste (DHHS, 2018). Las variables relacionadas con el paciente encajan con diversos modelos explicativos que permiten vislumbrar las probabilidades en las que un paciente pueda, o no, adherirse a su tratamiento. Por ejemplo, 1) el modelo información-motivación-habilidades conductuales, en las que el papel de los conocimientos, las creencias y las variables relacionadas al proveedor de salud son cruciales, o 2) el modelo transteórico de la motivación al cambio (De Geest & Sabaté, 2003), que puede posicionar a las variables del sistema y del proveedor de salud como facilitadores que puedan coadyuvar a que el paciente se mueva a través de las diferentes etapas de cambio.

Barreras para adherencia a TAR

La adherencia a TAR se puede ver afectada por la presencia o ausencia de diversas variables, como lo son el aumento en la complejidad del régimen farmacológico, la presencia de efectos secundarios o toxicidad del medicamento, la presencia de olvidos, estrés, uso de sustancias, falta de apoyo social, creencias del paciente asociadas al padecimiento o al tratamiento y falta de habilidades de comunicación por parte del proveedor de salud (Chesney, 2003). Del mismo modo, se ha identificado a la depresión (Safren et al., 2016) como una de las principales barreras al TAR, documentada de forma consistente en diversas investigaciones (Gwadz et al., 2015; Nachega et al., 2012; Sin & DiMatteo, 2014; G. J. Wagner et al., 2020).

Debido al amplio repertorio de variables que pueden impactar negativamente en la adherencia a TAR, resulta crucial que el paciente tenga información suficiente de objetivos de tratamiento (carga viral indetectable y menos probabilidad de complicaciones o transmisión); detalles del esquema (efectos secundarios, número de dosis al día, contraindicaciones, entre otras); importancia de adherirse (impacto positivo en calidad de vida), y riesgos de mantener una adherencia inadecuada (mayor probabilidad de

falla virológica, complicaciones, cambio de esquema, entre otras) (DHHS, 2018). Del mismo modo, resulta importante que los proveedores de salud se mantengan alerta de indicadores conductuales de adherencia inadecuada como: no seguir prescripciones adecuadamente, tomar dosis incorrectas, tomar medicamentos en horarios inadecuados, olvidar dosis, auto-ajustar tratamiento debido a efectos secundarios y abandonar el tratamiento (Chesney, 2003).

Como se explicó con anterioridad, la adherencia a TAR es una conducta que requiere ser mantenida con un porcentaje de cumplimiento del 95% por el resto de la vida de la PVVIH; por lo que detectar barreras que puedan comprometer su realización y empeorar la calidad de vida del paciente resulta determinante. La presencia de sintomatología depresiva ha presentado consistencia como una de las principales barreras, por lo que resulta necesario explicar su participación como agente en la modificación de conducta.

Capítulo 2. Depresión

Definición de depresión

La depresión se ha definido de diferentes formas a lo largo de la historia. En primera instancia, existe un consenso en la comunidad médica-psiquiátrica para definirla como un conjunto de signos y síntomas en un determinado plazo de tiempo que abarcan: disminución de interés o placer por realizar actividades, aumento o pérdida significativa de peso o apetito, insomnio o hipersomnias, agitación o retardo psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultades para concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. Dichos síntomas abarcan un periodo mínimo de dos semanas y afectan el funcionamiento de la persona en sus diferentes áreas de vida (American Psychiatric Association, 2013; OMS, 2018).

La definición médica-psiquiátrica de la depresión se encuentra precedida por explicaciones biomédicas que buscan explicar su origen y mantenimiento. Dichas explicaciones tienen sus bases en investigación animal y humana, encontrando implicación de diversas estructuras como el bulbo olfatorio, que al ser removido conduce al organismo a experimentar síntomas homólogos a la depresión; también una correlación negativa entre el volumen del bulbo olfatorio y la gravedad de la sintomatología depresiva (Ménard et al., 2016). Otros hallazgos en investigación humana aportan información sobre el papel del sistema inmune y los procesos de inflamación en la etiología de la depresión; por ejemplo, que la hiperactivación del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal y la desregulación del sistema inmune, traducida en una mayor emisión de citosinas proinflamatorias como la interleucina-6, interleucina-8 y factor de necrosis tumoral- α se encuentran relacionadas en una disminución en la concentración de dopamina, noradrenalina y serotonina, fenómeno relacionado con la aparición de síntomas y signos propios del trastorno depresivo mayor (Gałecki & Talarowska, 2018; Lu et al., 2019; Ménard et al., 2016). La hipótesis de la inflamación juega un papel importante al establecer una relación entre la infección por VIH y la sintomatología depresiva. Con respecto a esto se ha encontrado que la presencia de proteínas como el factor de necrosis tumoral, el receptor de membrana de la interleucina-2, factor de activación de

células B, entre otras; se encuentran significativamente relacionadas con 9% más probabilidades de padecer sintomatología depresiva en población general, porcentaje que aumenta hasta 33% en PVVIH. Siendo lo anterior una hipótesis que podría explicar porque las PVVIH tienen una mayor prevalencia de depresión que la población general al encontrarse naturalmente con perfiles inflamatorios más elevados. Cabe recalcar que dichas diferencias en perfiles inflamatorios entre PVVIH y población general parecen anularse ante la supresión de carga viral debido al TAR (Lu et al., 2019).

A pesar de que dicha definición aporta elementos sólidos para identificar personas con sintomatología depresiva y promover un acercamiento oportuno a servicios de salud, parece aportar explicaciones circulares entre la conducta depresiva y su correlato biológico, siendo difícil diferenciar si el correlato está presente debido a la conducta depresiva o si la conducta depresiva está presente debido al correlato. Debido a las limitaciones encontradas en las teorías biomédicas de la depresión, se han gestado diversas aproximaciones que pretenden explicar el fenómeno siendo una de ellas la teoría conductual-contextual de la depresión. Dicha teoría, que nace del análisis conductual aplicado y del análisis experimental de la conducta, menciona que la sintomatología depresiva se origina y se mantiene por mecanismos subyacentes de aprendizaje que surgen de la diada conducta-contexto; dicha teoría será explicada a detalle a continuación.

El modelo contextual de la depresión, que parte de la diada conducta-contexto, postula que la depresión puede relacionarse con la falta o reducción de fuentes de reforzamiento positivo, conduciendo a la extinción de un amplio repertorio de conductas asociadas a esos reforzadores. Este modelo, también incluye explicaciones relacionadas a la erosión del reforzamiento que enfatizan cómo éste “pierde fuerza” o su capacidad para ser reforzante. Del mismo modo, se han considerado variables como el castigo de parte del contexto hacia conductas “antidepresivas” y conductas de evitación-huida (control aversivo) que surgen como consecuencia hacia el castigo contingente y generalizado. Dichas conductas, se refuerzan de forma negativa; mientras las conductas “depresivas” se refuerzan de forma positiva. También se ha considerado el papel de constructos orientados a la conducta verbal como la evitación experiencial y las reglas verbales, explicando que la falta de reglas o estímulos discriminativos relacionados con las

conductas antidepresivas se encontraría relacionado con menos probabilidades de entrar en contacto con reforzadores positivos; mientras que el exceso de reglas verbales estaría relacionado con inflexibilidad psicológica y dificultades para regular la conducta ante contingencias ambientales cambiantes (Kanter et al., 2011), provocando que las personas busquen acceder al reforzamiento positivo a través de las mismas conductas, independientemente del contexto, dando como resultado un repertorio conductual menor.

Además de conocer modelos que explican la patogénesis de la sintomatología depresiva, resulta crucial explicar la forma en la que la depresión interactúa con otras variables cruciales para las PVVIH como lo es la adherencia a TAR; interacción que se describirá a continuación.

Depresión y adherencia a TAR

La depresión funge como una variable relevante en el abordaje de problemas de salud relacionados al VIH debido a su impacto en los niveles de adherencia a TAR, posicionándose como una barrera para esta conducta que se presente en más del 15% de las PVVIH independientemente de su grupo de edad (Shubber et al., 2016), encontrando una relación entre estas variables (Gonzalez et al., 2011) que se mantiene en todas las muestras estudiadas, independientemente del tiempo, nivel de sintomatología depresiva y limitaciones en el uso de auto-reporte como escala de adherencia.

La influencia de la sintomatología depresiva en la conducta de adherencia a TAR, puede explicarse si se conceptualiza a la depresión como una operación motivadora de la conducta de adherencia, es decir, como una variable que su presencia puede causar una disminución de probabilidades de emisión de conductas terapéuticas (como tomar el medicamento en una dosis y horario correcto), debido a la disminución en el valor discriminativo de estímulos que normalmente controlarían dicha conducta (por ejemplo: verbalizaciones asociadas a las consecuencias positivas de tener una adherencia óptima a TAR, verbalizaciones para recordar conducta de tomar medicamento, entre otros) (Froxán-Praga, 2020).

A nivel clínico, se ha encontrado que las PVVIH que tienen depresión son 14% más susceptibles a tener dificultades de adherencia (Tao et al., 2018); otros estudios mencionan que esta susceptibilidad es del 42% (Uthman et al., 2014) y aumenta cuanto más severa es la depresión. Diversas investigaciones, como la realizada por Sin y DiMatteo (2014), postulan que una mejoría en la sintomatología depresiva trae

consigo un aumento en la adherencia en PVVIH de un 83%, teniendo un mayor impacto en aquellos participantes con niveles más altos de depresión y un conteo menor de linfocitos T CD4+. Dicho argumento es reforzado por Gwadz (2015), quienes encontraron que el abordaje a la depresión en PVVIH aumenta el criterio de adherencia a “bueno” quedando este en ingesta de medicamento diario, en la dosis adecuada, durante los siete días a la semana, disminuyendo también la carga viral de forma significativa; los datos fueron obtenidos en población negra y latina con un conteo basal de CD4 menor a 500 por milímetro cúbico de sangre, valor que se encuentra por debajo de la normalidad en una persona adulta. Así mismo, se ha encontrado que la relación existente entre adherencia y sintomatología depresiva es bidireccional (G. J. Wagner et al., 2020), por lo que los cambios en una de las variables afectarán a la otra, independientemente de la dirección de los mismos.

En consecuencia, a los datos aportados por la investigación aplicada, la sintomatología depresiva es una variable relevante en el manejo de complicaciones asociadas al VIH y el abordaje de la misma resulta prioritario desde los servicios de salud mental.

Una vez que se conoce la interacción existente entre depresión y sintomatología depresiva, resulta necesario clarificar los factores de riesgo que pueden probabilizar la ocurrencia de ambas variables. Elementos que se describen en los siguientes párrafos.

Factores de riesgo para sintomatología depresiva y adherencia inadecuada en pandemia por COVID-19

La pandemia por COVID-19 ha marcado un parteaguas en la atención a la salud. En especial, en la atención dirigida hacia personas con enfermedades-crónicas en contextos de vulnerabilidad que viven en países en vías de desarrollo. Esta vulnerabilidad puede traducirse en mayores dificultades para acceder a servicios de salud como citas médicas, seguimientos, revisiones, surtido de recetas, exámenes de laboratorio, entre otros servicios; a las variables anteriores se le suman las políticas de confinamiento social, que, en interacción con altos niveles de malestar emocional relacionado a la pandemia; puede tener consecuencias negativas en la conducta de adherencia (Kretchy et al., 2021).

Con respecto a las alteraciones de salud mental asociadas a la pandemia por COVID-19, se ha encontrado una prevalencia en la sintomatología depresiva entre 14.6 y 48.3% (Xiong et al., 2020) en población general. Se han identificado factores de riesgo de las alteraciones, como: ser mujer, tener menos de cuarenta años, presencia de enfermedades crónicas o psiquiátricas, ser estudiantes y tener mayor exposición a noticias asociadas al COVID-19. Otros estudios en población general establecen prevalencias entre 28 y 55% (Luo et al., 2020; Salari et al., 2020), coincidiendo en la identificación de factores de riesgo como poseer condiciones de salud previas al COVID-19, ser mujer, tener un estatus socioeconómico bajo, aislamiento social y estar en mayor riesgo de contraer la infección. En estudios realizados en población mexicana, se encontró un porcentaje de 27.5% de personas con depresión grave de un total de 1508 participantes con factores de riesgo como ser mujer, ser soltera(o), no tener hijos, presentar alguna comorbilidad médica y antecedentes en atención a la salud mental (Galindo Vázquez et al., 2020).

Lo anterior permite ilustrar el impacto que el COVID-19 y la depresión han tenido en población general, pudiendo identificar factores de vulnerabilidad relacionados con PVVIH, como la presencia de enfermedades crónicas y el aislamiento debido a medidas de confinamiento social. Con respecto a estos datos, se ha encontrado que el COVID-19 está relacionado con sintomatología depresiva en PVVIH (Siewe Fodjo et al., 2020), sin embargo, debido a las limitaciones de los estudios transversales es difícil estimar con exactitud la medición del impacto.

Dada la importancia de atender la sintomatología depresiva en PVVIH, resulta necesario implementar mediciones válidas y confiables que permitan identificar dichos síntomas, discriminando a aquellas personas que sean candidatas de recibir atención psiquiátrica o psicológica de forma oportuna. A continuación, se describen herramientas que permiten realizar dicha medición.

Escalas utilizadas en la medición de sintomatología depresiva

Diversas escalas han sido utilizadas para operacionalizar la sintomatología depresiva y poder tomar muestras conductuales representativas que puedan indicar cambios después de suministrar una intervención psiquiátrica o psicológica. En el apéndice B se describen las más pertinentes tomando en

cuenta criterios de población utilizada para proceso de validación, propiedades psicométricas y consideraciones clínicas.

De las escalas incluidas se puede observar que la Escala de Depresión de Zung (Rivera I et al., 2007), Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Orozco et al., 2013), Escala de Depresión de Beck (Rodríguez-Pérez et al., 2021) y el *Patient Health Questionnaire-9* (Barrientos-Casarrubias et al., 2020) se encuentran validadas en PVVIH; identificando que la escala PHQ-9 tiene un menor número de ítems, considerándose una ventaja para su aplicación telefónica. Del mismo modo, cuenta con evidencias de validez concurrente y una muestra mayormente representativa en su proceso de validación.

Capítulo 3. Intervenciones cognitivo-conductuales encaminadas a reducir sintomatología depresiva

Tratamientos basados en evidencia dirigidos a disminuir sintomatología depresiva en PVVIH

La Práctica Basada en Evidencia en Psicología es definida por la Asociación Americana de Psicología [APA] (American Psychological Association, 2005) como la integración de la investigación clínica de mejor calidad con los conocimientos del prestador de servicios, y las características y preferencias del paciente. Con respecto a este apartado, se han identificado diversas tecnologías terapéuticas que tienen el objetivo de disminuir sintomatología depresiva población general y en PVVIH.

De forma general, y a nivel meta-analítico, se ha encontrado que la psicoterapia (terapia de grupo, terapia interpersonal, terapia de solución de problemas y la consejería) es efectiva en la reducción de sintomatología depresiva en PVVIH (Asrat et al., 2020). Estos hallazgos han sido similares a los encontrados en tecnologías terapéuticas más específicas como la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) impartida de forma presencial (Shi et al., 2019) y a través de telemedicina (Castro et al., 2020).

La TCC ha mostrado su efectividad en la reducción de sintomatología depresiva en PVVIH; del mismo modo, ha demostrado ser útil para mejorar la adherencia al TAR; beneficios identificados después de recibir tratamientos protocolizados con una duración aproximada de 10 a 14 sesiones, y cuyos cambios se mantienen en seguimientos de 6 a 12 meses (Kennard et al., 2014; Safren et al., 2009). Dichos protocolos incluyen módulos como activación conductual, solución de problemas, pasos vitales (intervención psicoeducativa conformada por componentes de solución de problemas y entrevista motivacional con el objetivo de disminuir barreras asociadas a adherencia inadecuada a TAR), reestructuración cognitiva y entrenamiento en relajación (Safren et al., 2004). Siendo el componente de activación conductual congruente con la conceptualización contextual de la depresión al retomar, como componentes explicativos de la depresión, variables como: reforzamiento positivo, reforzamiento negativo, castigo, entre otros. Dichas variables, explicadas en capítulos anteriores, se posicionan como los mecanismos de cambio detrás de la activación conductual, tecnología terapéutica que será explicada a continuación.

Activación conductual para la depresión

La terapia de activación conductual (AC) se define como un modelo de intervención estructurado, de corta duración y centrado en principios del aprendizaje, que, a través de la aplicación de técnicas robustas (programación de actividades, aceptación, manejo de contingencias, contratos conductuales, entrenamiento en habilidades, entre otras); busca “activar” a pacientes con depresión aumentando la probabilidad de que éstos entren en contacto con reforzamiento positivo de su contexto. Lo anterior, a través de la realización de conductas gratificantes, valiosas o importantes para el sujeto que son identificadas a través del análisis funcional de la conducta. Así mismo y tomando como referencia la ley de igualación, se identifican los mecanismos del aprendizaje que pueden estar coadyuvando en el mantenimiento de la sintomatología depresiva, aumentando las ventajas que ésta puede traer para el individuo (Barraca Mairal, 2010; Hopko et al., 2003). Permitiendo así, un tratamiento que no solo se centre en aumentar las probabilidades de entrar en contacto con reforzamiento positivo a través de conductas saludables y “anti-depresivas”; sino que también disminuya la probabilidad de que la conducta depresiva se siga emitiendo.

Principios básicos del aprendizaje aplicados a AC

Con la finalidad de explicar los mecanismos de cambio detrás de la efectividad de la AC, resulta necesario describir los procesos básicos de aprendizaje que la integran. En primer lugar, resulta importante clarificar el mecanismo del reforzamiento diferencial que permite brindar reforzamiento positivo a conductas saludables, valiosas, importantes o gratificantes para el paciente, haciendo que las mismas tengan una mayor probabilidad de ser emitidas en el futuro. Mientras que de forma simultánea, las conductas orientadas a la evitación y conductas depresivas reforzadas positiva o negativamente, se someten a extinción retirando dichos reforzadores; en consecuencia, provocando que las mismas disminuyan su probabilidad de ocurrencia hasta desaparecer (Hopko et al., 2003). Resulta importante clarificar las diferencias entre un castigo negativo y la extinción; mientras el primero consiste en la

retirada de un reforzador positivo, la segunda consiste en la retirada de todos los reforzadores. Dicha precisión conceptual será de gran utilidad, ya que los procesos de reforzamiento, castigo y extinción serán considerados tomando como referencia sus efectos en la conducta (Froxán-Praga, 2020). Es decir, un reforzador (positivo o negativo) será considerado así solo si aumenta la probabilidad de ocurrencia de una conducta; un castigo (positivo o negativo), si disminuye la probabilidad de ocurrencia de alguna conducta; la extinción, solo si disminuye la probabilidad de ocurrencia de una conducta hasta su desaparición.

Otro de los procesos con gran participación en terapia de activación conductual es el desvanecimiento, que consiste en modificar los estímulos que controlan una conducta por otros, desvaneciendo o desapareciendo progresivamente los primeros (Padilla Beltrán et al., 2009). Esto se consigue a través de la disminución de requerimientos y ayudas por parte del terapeuta, conforme el paciente adquiere dominio en los mismos (Hopko et al., 2003). Así, por ejemplo, se pueden ir retirando algunos requisitos, como la elaboración de autorregistros o la práctica intensiva de ciertas habilidades, conforme el paciente las integre a su repertorio conductual con naturalidad.

Para utilizar el proceso de desvanecimiento, resulta importante señalar su utilidad en la consolidación de nuevas conductas. Sin embargo, un proceso que generalmente lo antecede es el moldeado, que consiste en un mecanismo que permite crear conductas nuevas a partir del establecimiento de una conducta meta u objetivo y el reforzamiento de conductas cada vez más cercanas a ésta (Padilla Beltrán et al., 2009). Dicho proceso es compatible con los principios de la activación conductual y la realización de conductas “pequeñas”, “menos difíciles” o con un menor requisito de respuesta para progresivamente alcanzar conductas meta más complejas.

Las operaciones motivadoras poseen una gran relevancia dentro de la terapia de la conducta, definiéndose como variables antecedentes que tienen la propiedad de alterar la probabilidad de emisión de alguna conducta; esto se consigue a través de la modificación momentánea del efecto del reforzador (Froxán-Praga, 2020). Teniendo así, que una persona que ha estado confinada durante mucho tiempo debido a la pandemia, incrementará temporalmente el valor reforzante de las salidas y las reuniones sociales y una persona con una alta disponibilidad de recursos económicos verá reducido el valor

reforzante del dinero. La comprensión de las operaciones motivadoras resulta crucial en la terapia de activación conductual, ya que permite explicar el papel que la depresión tiene para disminuir la emisión de ciertas conductas al alterar el valor de ciertos reforzadores y estímulos discriminativos (Froxán-Praga, 2020). Así mismo y al considerar a la activación como el mecanismo de cambio de AC permite conceptualizar la aplicación de otras técnicas (como el entrenamiento en habilidades sociales, regulación emocional, aceptación, exposición, moldeamiento verbal, entre otras) como operaciones motivadoras que momentáneamente alteran el valor del reforzador, haciendo que éste sea más atractivo para el paciente, lo que aumentara sus conductas de aproximación hacia el mismo.

Componentes de la AC

Siendo congruente al conductismo, la AC no sigue un guion fijo ni un protocolo inamovible. Consiste en una tecnología terapéutica altamente estructurada y adecuada a las necesidades y al contexto del paciente. El tratamiento puede dividirse en fase de evaluación y de intervención, así como integrar componentes como áreas de vida, valores y actividades. Sus fases o componentes se describen a continuación:

Fase de evaluación

Se ubica al inicio del tratamiento. Permite obtener una muestra representativa de la conducta del paciente, posibles reforzadores en favor a la activación, mecanismos de evitación conductual que probabilizan la huida de respuestas emocionales y la obtención de reforzamiento negativo, y los posibles reforzamientos positivos a la conducta depresiva por parte del contexto (Barraca Mairal, 2010; Hopko et al., 2003). Lo anterior, a través de diversos métodos como la aplicación de escalas para medir sintomatología depresiva, el uso de autorregistros y el análisis funcional de la conducta. Barraca (2010) realiza una distinción entre esta fase y la fase de establecimiento de objetivos, que consiste en la identificación de conductas meta y en el plan de tratamiento para aproximarse a ellas. Sin embargo, otros protocolos sugieren que dichos objetivos son compatibles con la fase de evaluación (Hopko et al., 2003; Lejuez et al., 2011).

Fase de intervención

En la fase de intervención se prioriza que el paciente pueda comprender la racionalidad del tratamiento, es decir, cuáles son los mecanismos de cambio detrás de éste. Encontrándose que una mayor comprensión de la misma contribuye en la consolidación de la alianza terapéutica, logrando flexibilizar el tratamiento a los objetivos, historia y habilidades del paciente (Lejuez et al., 2011). Posteriormente, se clarifican conceptos como áreas de vida, valores y actividades. Mismos que serán cruciales en la selección de conductas potencialmente reforzantes para el paciente y desarrollados en los siguientes párrafos:

Áreas de vida

Consisten en un grupo de cinco esferas dentro de las cuales se engloban todas las posibles conductas del tratamiento. Siendo estas esferas: relaciones interpersonales (familia, amigos, compañeros de trabajo, pareja, entre otras relaciones humanas); educación, carrera y trabajo (educación formal, informal y actividad remunerada); recreación e intereses (tiempo libre, administración de tiempo de ocio y voluntariado); mente, cuerpo y espiritualidad (espiritualidad, salud física, salud mental, fe, entre otras cosas), y responsabilidades diarias (Lejuez et al., 2011).

Valores

Son descripciones de cómo le gustaría a cada paciente vivir en todas sus áreas de vida (Lejuez et al., 2011). Al ser la AC una tecnología terapéutica con bases contextuales, se retoma la importancia de los valores, que son contenidos, que a lo largo de la historia de aprendizaje del individuo han sido condicionados con respuestas apetitivas; por lo tanto, las conductas que eliciten estos contenidos tienen una mayor probabilidad de reaccionar a ciertos estímulos discriminativos y de experimentar contingencias de reforzamiento positivo.

Actividades

Por último, las actividades son definidas como manifestaciones concretas de los valores, es decir, conductas específicas que el paciente puede llevar a cabo en su vida cotidiana para poner en práctica el valor identificado (Lejuez et al., 2011). Es importante enfatizar que las actividades tienen características observables, medibles y son congruentes a las habilidades y recursos del paciente.

Con el fin de probabilizar la puesta en práctica de la activación, se hacen uso de técnicas propias de la terapia de la conducta como el auto-reforzamiento, obtenido por el paciente después de haber llevado a cabo actividades relacionadas a la activación e incompatible con conductas que mantienen la depresión; el moldeamiento, al jerarquizar las actividades según su nivel de dificultad; el juego de roles, entrenamiento atencional; entrenamiento en habilidades sociales; solución de problemas; aceptación de eventos privados aversivos, entre otras. Dicha práctica se lleva a cabo en un estimado entre 8 y 15 sesiones de 60 minutos de duración, y se reduce progresivamente mediante desvanecimiento, conforme el paciente va adquiriendo dominio de las habilidades y por lo tanto, menor apoyo externo (Barraca Mairal, 2010; Hopko et al., 2003).

Evidencia de AC en el abordaje de sintomatología depresiva

La activación conductual ha mostrado efectividad en el abordaje de sintomatología depresiva en comparación con diversos tratamientos. Por ejemplo, en un ensayo controlado aleatorizado (ECA) se comparó AC (n=221) y TCC (n=219), con componentes de psicoeducación, detección y modificación de pensamientos automáticos y programación de actividades, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas en la reducción de sintomatología depresiva entre ambas intervenciones, mostrándose ambas igual de efectivas. Caben mencionar, que existían diferencias en formación académica de los profesionistas que brindaron ambos tratamientos; encontrando profesionales menos experimentados del lado de la AC y profesionales altamente entrenados del lado de la TCC, demostrando así, que a pesar de ser igualmente efectivas; la AC es menos costosa al requerir profesionales con un entrenamiento menor (Richards et al., 2016). Del mismo modo, ha sido comparada con terapia cognitiva y tratamiento farmacológico (paroxetina); encontrando que si bien, todos los tratamientos fueron igual de efectivos al abordar sintomatología depresiva leve, la AC y la paroxetina mostraron mejores resultados post-tratamiento y a dos años de seguimiento en casos de depresión moderada y severa (Dimidjian et al., 2006). Lo anterior ha llevado a considerar a la AC como un tratamiento que mantiene los mismos beneficios de otras intervenciones más complejas, mostrando ventajas en cuanto a su costo-beneficio. Como el poderse

aplicar en lugares con pocos recursos económicos, al requerir proveedores de salud con poco entrenamiento y ser compatible con diversas configuraciones culturales (Kanter & Puspitasari, 2016).

Debido a la pandemia por SARS-CoV-2, resulta necesario contemplar intervenciones congruentes con las medidas de distanciamiento social propuestas a nivel mundial (Pan American Health Organization, 2020). Para cumplir este cometido, la AC se ha probado en configuraciones a distancia y en presencia de diversas condiciones médicas. En una revisión sistemática dirigida a medir el impacto de la AC en la reducción de sintomatología depresiva en personas con condiciones neurológicas (demencia, Parkinson, epilepsia y daño cerebral), se encontró que AC tuvo tamaños del efecto de débiles a grandes, incluyendo módulos de actividades placenteras, psicoeducación y solución de problemas. Dicho estudio incluyó adaptaciones vía telefónica, psicoeducación e intervención a cuidadores primarios (Oates et al., 2020).

En cuanto a adaptaciones estrictamente telefónicas, se encontró que en un formato de nueve sesiones impartidas por personal de psicología, enfermería, farmacia y trabajo social, la AC mostró una reducción significativa en los niveles de sintomatología depresiva de personas con diabetes mellitus sin impactar en el control glicémico (Naik et al., 2019). En un segundo estudio, se comparó una intervención de AC con componente psicoeducativo, contra otra intervención compuesta únicamente por psicoeducación, en cuidadores primarios informales de personas con demencia. Con una duración de cuatro meses de duración, el grupo de AC presentó una disminución significativa de sintomatología depresiva (Au et al., 2015).

La AC a distancia se ha probado también en formato grupal y a través de internet. En un ECA, se comparó TCC (con componentes de psicoeducación, entrenamiento en respiración, programación de actividades, entrenamiento en habilidades sociales y modificación de pensamientos distorsionados), AC y tratamiento usual (basado en terapia farmacológica e intervenciones de psicología y trabajo social), en intervenciones de cinco sesiones grupales para prevenir la incidencia post-tratamiento de sintomatología depresiva. Se encontró que el grupo de TCC y AC mostraron resultados equiparables con incidencias postratamiento de 1.5 y 1.4 personas que presentaron un episodio de depresión mayor, respectivamente; en comparación de una incidencia de 8.8 que obtuvo el tratamiento usual (Vázquez et al., 2020). Así mismo,

se comparó AC y componentes de Terapia de aceptación y compromiso (ACT) con lista de espera en un formato de tratamiento de ocho semanas, que incluyó elementos de entrenamiento atencional, aceptación y retroalimentación escrita. Al terminar el tratamiento se encontró un tamaño del efecto grande ($d=0.98$) en la disminución de la sintomatología depresiva que fue medida a través del inventario de depresión de Beck. (Carlbring et al., 2013).

Como se pudo observar, la terapia de activación conductual para la depresión se ha posicionado a nivel mundial como un tratamiento costo-efectivo y parsimonioso, debido a sus cualidades que le permiten ser aplicado por profesionistas con poco entrenamiento, en regiones con poco acceso a recursos económicos y con la versatilidad de funcionar en configuraciones a distancia. Siendo los puntos anteriores, ventajosos en un contexto de pandemia por SARS-CoV-2 en un país en vías de desarrollo como México.

Evidencia de AC en PVVIH

La activación conductual, como tratamiento basado en evidencia para el abordaje de sintomatología depresiva, ha mostrado su efectividad en personas con diversas condiciones médicas, entre ellas el VIH. En un ensayo clínico se suministró AC a 10 PVVIH con sintomatología depresiva severa, encontrando una reducción significativa de síntomas de ansiedad y conductas de evitación hacia estados internos aversivos (pensamientos y emociones desagradables para los participantes). A pesar de que los resultados de depresión, estrés, adherencia al TAR, conteo de linfocitos T CD4+ y dificultades laborales, escolares y sociales no fueron estadísticamente significativos, sí mostraron mejoría clínica con un tamaño del efecto moderado (Tull et al., 2018). En otro ensayo clínico, se aplicó una intervención basada en AC y pasos vitales, calculando resultados preliminares en 4 PVVIH. Se identificó una reducción clínica significativa de síntomas de depresión, mejora en funcionamiento físico, salud mental en general y aumento en niveles de adherencia al TAR. Así mismo, se encontró que las 4 personas que participaron en el estudio presentaron una disminución en el número de razones para no adherirse adecuadamente al TAR (Magidson et al., 2014).

Dado el número reducido de participantes en ensayos clínicos, pareciera poco concienzudo afirmar el efecto de la AC en PVVIH, por lo que resulta necesario recurrir a diseños sólidos de caso único que provean de certeza a tal afirmación. En un diseño de caso único con 8 réplicas y mediciones de línea base, post-tratamiento y seguimiento, se combinaron módulos de AC, psicoeducación y relajación muscular progresiva. Se observaron cambios post-tratamiento, como una disminución en sintomatología depresiva y aumento en conducta de adherencia al TAR y actividades de agrado, atribuibles a los módulos de AC y solución de problemas (Valle-Soto et al., 2018).

Los datos expuestos con anterioridad coadyuvan a considerar a la AC como un tratamiento para la depresión, que puede ser aplicado en PVVIH, en especial, en contextos de confinamiento y distanciamiento social en el que los tratamientos estructurados, abreviados y a distancia juegan un papel crucial.

Limitaciones identificadas

Al igual que otras tecnologías terapéuticas, los estudios que respaldan la aplicación de la AC cuentan con limitaciones metodológicas y de disponibilidad que provocan que sea complejo generalizar sus resultados. En diversas revisiones sistemáticas se ha encontrado que la evidencia de las terapias de tercera generación y la activación conductual no es suficiente, debido a fuentes de sesgo en los ECA que las componen como lo son: incertidumbre en el acomodo de los participantes, mediciones incompletas, falta de fidelidad del tratamiento, imposibilidad para determinar el entrenamiento de los terapeutas, posibles conflictos de intereses, entre otras fuentes de sesgo. El papel de las fuentes de sesgo ha provocado no encontrar resultados concluyentes con respecto a la efectividad de la AC comparada con TCC y a afirmar hallazgos controvertidos como que la AC es más efectiva que el tratamiento usual, medicación y terapias humanistas, pero no menos efectiva que TCC, terapia psicodinámica y lista de espera (Churchill et al., 2013; Uphoff et al., 2019). Del mismo modo, y como se pudo observar en el apartado de evidencia de AC aplicada en PVVIH, la disponibilidad de ensayos clínicos es limitada, y estos calculan el tamaño del efecto de la intervención utilizando inspección visual y estadística inferencial a pesar de las muestras reducidas (Magidson et al., 2014; Tull et al., 2018). Lo anterior abre la puerta al desarrollo de estudios con

metodologías sólidas, como los diseños experimentales de caso único ($n=1$), que, a pesar de utilizar tamaños de muestra pequeños, permiten esclarecer las controversias planteadas mediante la obtención de resultados que permitan al clínico seleccionar y adecuar el tratamiento especializado a las necesidades y demandas de cada paciente.

Planteamiento del problema

Justificación

El VIH se ha consolidado a nivel nacional como una problemática de salud pública que requiere atención prioritaria (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA, 2018). Al ser TAR el único tratamiento efectivo en la reducción de complicaciones, transmisión y mortalidad, ha convertido al VIH en una condición crónica (Lozano & Domingo, 2011). Sin embargo, debido a sus características morfológicas, la supresión viral requiere una adherencia al TAR del 95%, con el objetivo de evitar falla virológica, resistencia al tratamiento, aparición de enfermedades oportunistas y la muerte (Safren et al., 2015). Al ser la adherencia al TAR una conducta con un amplio requisito de respuesta (Sánchez-Sosa et al., 2009), resulta preciso clarificar las barreras para su realización. La depresión se ha consolidado en numerosas investigaciones como una de las principales barreras para la adherencia a TAR (Gwadz et al., 2015; Nachege et al., 2012; Sin & DiMatteo, 2014; Wagner et al., 2020), presente en más del 15% de las PVVIH, independientemente de su grupo de edad (Shubber et al., 2016). La depresión tiene implicaciones clínicas relevantes; por ejemplo, las PVVIH que tienen sintomatología depresiva son entre 14 y 42% y son más susceptibles de presentar problemas de adherencia (Tao et al., 2018; Uthman et al., 2014).

Resulta relevante estudiar los efectos de la sintomatología depresiva en la conducta de adherencia en un contexto de pandemia por SARS-CoV-2, que en México, acumula más de 200,000 muertes (Johns Hopkins University & Medicine, 2020). Los efectos de la pandemia en el continuo de atención médica son numerosos, entre ellos se pueden identificar dificultades para acceder a: servicios de salud, citas médicas, seguimientos, revisiones, surtido de recetas, exámenes de laboratorio, entre otros servicios.

El Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI) del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) es un centro de investigación y atención multidisciplinaria que, al año 2020, atendía aproximadamente a 1,500 PVVIH a través de sus servicios de consulta externa y hospitalización, servicios modificados y, posteriormente, suspendidos a partir de marzo del mismo año dado el proceso de reconversión hospitalaria del INER a hospital exclusivo para atención a COVID-19

(Ávila-Ríos & Caballero-Suárez, 2020). Dicho proceso se traduce en barreras de atención médica y psicológica para las PVVIH, aunado a las vulnerabilidades asociadas a las políticas de confinamiento social, se pueden relacionar con altos niveles de distrés psicológico (Kretchy et al., 2021). Variables mencionadas con anterioridad como las políticas de confinamiento, dificultades para acceder a servicios de salud, entre otras; podrían fungir como factores de riesgo para la aparición o el mantenimiento de la sintomatología depresiva o la adherencia inadecuada a TAR.

Dado lo anterior, resulta necesario implementar intervenciones psicológicas que, además de disminuir sintomatología depresiva y aumentar adherencia a TAR, permitan aplicarse a distancia siguiendo las recomendaciones internacionales de distanciamiento social (Pan American Health Organization, 2020), en especial en un contexto de reconversión hospitalaria por COVID-19, que imposibilita el continuo de la atención médica y psicológica presencial. Aunado a esta necesidad, las intervenciones telefónicas para la depresión han mostrado ser eficaces (Au et al., 2015; Naik et al., 2019) y se caracterizan por ser costo-beneficio para proveedores de salud y pacientes. Estas intervenciones tendrían que garantizar la atención psicológica de las PVVIH atendidas en el CIENI-INER, coadyuvando a la prevención y atención de problemas de la salud mental, problemas que, no podrán ser atendidos de forma habitual.

Además del diseño de intervenciones costo-efectivas que permitan incidir en los niveles de sintomatología depresiva de los participantes, resultan cruciales las mediciones objetivas de variables dependientes como lo es la adherencia al tratamiento. Dicha importancia radica en las limitaciones de las mediciones de autoreporte para estimar correlatos biológicos (Kagee & Nel, 2012) y en los sesgos comunes asociados a estas como lo son la memoria, atención, seguimiento de rutina diaria y deseabilidad social (G. Wagner & Miller, 2004). Siendo la carga viral el correlato biológico que muestra una mayor dependencia con la conducta de adherencia (Bonner et al., 2013), razón por la cual se consolida como una variable medular en las estimaciones de adherencia.

La activación conductual para la depresión se ha consolidado como un tratamiento estructurado, centrado en procesos del aprendizaje y de corta duración, que, a través de la ejecución de conductas

gratificantes, importantes o valiosas para el paciente (reforzamiento positivo), conduce a la reducción de sintomatología depresiva (Barraca Mairal, 2010; Cuijpers et al., 2007; Hopko et al., 2003; Lehmann & Bördlein, 2020). Se considera una opción costo-beneficio al ser igual de efectiva que la TCC y el tratamiento farmacológico, requiriendo menos entrenamiento por parte del clínico que la suministra; a la vez es compatible con diversas configuraciones culturales (Dimidjian et al., 2006; Kanter & Puspitasari, 2016; Richards et al., 2016). Así mismo, su efectividad ha sido probada en configuraciones de telemedicina (Au et al., 2015), y en PVVIH ha demostrado un impacto positivo en la reducción de sintomatología depresiva, ansiosa, estrés y evitación a estados internos aversivos, así como un aumento en la conducta de adherencia a TAR (Magidson et al., 2014; Valle-Soto et al., 2018).

A pesar de lo anterior, se han identificado limitaciones en la aplicación de AC en PVVIH como lo son una disponibilidad limitada de ensayos clínicos y el uso de procedimientos poco adecuados para calcular el tamaño del efecto de la intervención en grupos de participantes reducidos, como la estadística inferencial (Magidson et al., 2014; Tull et al., 2018). Estos antecedentes abren la puerta al diseño de tratamientos con diseños sólidos y mediciones pertinentes del tamaño del efecto, como los diseños experimentales de caso único (n=1), que permitan evaluar la efectividad de la AC a distancia. Esto, para comprobar su viabilidad en la reducción de sintomatología depresiva y aumento de adherencia en un contexto de pandemia por SARS-CoV-2 en un Instituto Nacional de Salud reconvertido a hospital COVID-19.

Pregunta de investigación

¿Es la terapia de AC vía telefónica efectiva en la reducción de sintomatología depresiva y aumento de adherencia a TAR en PVVIH?

Objetivos de investigación

Objetivo general de investigación

Medir el impacto de la AC vía telefónica en la reducción de sintomatología depresiva y aumento de adherencia a TAR en PVVIH que se atienden en un Instituto Nacional de Salud reconvertido a hospital COVID-19.

Objetivos específicos

- Calcular la magnitud del cambio clínico de la AC en los niveles de sintomatología depresiva y adherencia a TAR.
- Evaluar los cambios en niveles de carga viral a partir de los cambios de síntomas depresivos a través de la AC.
- Evaluar los cambios en niveles de sintomatología depresiva y adherencia a TAR en seguimientos de uno y tres meses.

Método

Participantes

PVVIH mayores de 18 años que reciban seguimiento médico en el Centro de Investigación de Enfermedades Infecciosas (CIENI) del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas” (INER) ubicado en la Ciudad de México. Se incluyeron hombres y mujeres dado que según la literatura, la prevalencia de sintomatología depresiva es mayor en mujeres que viven con VIH que en hombres (Caballero-Suárez et al., 2017). Para determinar su participación en el estudio se consideraron los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Encontrarse bajo TAR al momento de la realización del estudio.
- Auto reporte de adherencia inadecuada (inferior al criterio del 95% mensual).
- Presentar sintomatología depresiva moderada, moderada-severa o severa (puntuación obtenida en el PHQ-9 ≥ 10).
- Proporcionar consentimiento verbal para la realización del estudio.
- Contar con línea telefónica para recibir una llamada semanal.

Criterios de exclusión

- Diagnóstico de trastornos psicóticos o de personalidad (información obtenida de los expedientes clínicos de los participantes).

Otras variables que no fungieron como criterios de exclusión fueron el consumo problemático de alcohol y otras sustancias y la presencia de pensamientos de muerte o ideación suicida, variables evaluadas durante la fase de valoración psicológica, que se explica con detalle en la sección de procedimiento. La inclusión de participantes con estas comorbilidades es derivado de que tanto el consumo de sustancias como la ideación suicida son consideradas altamente prevalentes en PVVIH (Magis & Cruz, 2014; Schlebusch & Govender, 2015) y utilizar estas variables como criterios de exclusión consolidaría una barrera para recibir servicios de salud para gran parte de los participantes incluidos.

Diseño

Debido a las características del estudio se empleó un diseño experimental de caso único ($n=1$), mismo que ha sido exhaustivamente utilizado en ciencias del comportamiento y permite establecer relaciones causales entre variables (Kazdin, 2011). Debido a los tiempos de espera que implica elegir una línea base múltiple para el acceso al tratamiento y las implicaciones éticas de un diseño de reversión A-B-A, se optó por un diseño de línea base retrospectiva A_r -B con seguimiento a uno y tres meses. Este diseño consiste en que los participantes proporcionen, por vía autoreporte sus niveles de variable dependiente previos al contacto con el investigador. Este diseño ha mostrado su efectividad (Nugent, 1991) y permite reducir los tiempos de espera para la aplicación del tratamiento, crucial en condiciones que causan altos niveles de malestar emocional, como lo es la sintomatología depresiva en un contexto de pandemia por SARS-CoV-2. Del mismo modo, el diseño se adecuó a las características de la investigación, ya que permite incluir a participantes que cumplan criterios en diversos momentos de ésta.

Medición

Datos sociodemográficos

Se recolectaron los siguientes datos sociodemográficos: edad, sexo, ocupación, nivel educativo, nivel socioeconómico y estado civil. Para la recolección de estas variables, se utilizó la entrevista semiestructurada que forma parte de la evaluación psicológica de tamizaje del CIENI (Apéndice B) aplicada a todos los usuarios vía telefónica.

Variables dependientes

Sintomatología depresiva.

Para la medición de la sintomatología depresiva se utilizó el PHQ-9, escala conformada por 9 ítems basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR. Mide la presencia de síntomas de depresión en las últimas dos semanas. La escala cuenta con cuatro opciones de respuesta que van de “para nada” a “casi todos los días” con una puntuación total entre 0 y 27 puntos, permitiendo diferenciar la gravedad de la sintomatología depresiva con los siguientes puntos de corte de: ningún síntoma (0-4 puntos), sintomatología leve (5-9 puntos), sintomatología moderada (10-14 puntos), sintomatología moderada-

severa (15-19 puntos) y sintomatología severa (20-27 puntos). La escala se encuentra validada en PVVIH de México mostrando una buena consistencia interna (alfa de Cronbach = 0.83), evidencias de validez de constructo (43.7% de la varianza explicada por análisis factorial exploratorio), validez concurrente (correlación significativa con sintomatología ansiosa $r(347) = .743, p < .001$) y validez de criterio (puntuaciones más altas en PHQ se encuentran en participantes diagnosticados con depresión por psiquiatría) (Barrientos-Casarrubias et al., 2020).

Adherencia a TAR.

Para la medición de adherencia, y dada la necesidad de un indicador que permita realizar medidas repetidas se utilizaron preguntas estructuradas, que se encuentran integradas en la evaluación de tamizaje de salud mental del CIENI. Miden el número de dosis olvidadas, número de dosis fuera de horario (con diferencia de dos horas) y dosis incompletas; en un periodo de 7 días. Permitiendo obtener un porcentaje de adherencia semanal utilizando la fórmula: $\text{adherencia semanal} = (\text{dosis olvidadas} / 7 \text{ días}) * 100$ (Pan American Health Organization, 2011).

Carga viral.

Con la finalidad de comprobar la efectividad del tratamiento se tomó el conteo de carga viral que se expresa como el número de copias de ARN viral/ml de sangre, obtenido del expediente clínico de cada participante. Dado que la periodicidad de análisis de laboratorio dentro del CIENI es de cada 6 meses, se tomaron en cuenta los conteos de carga viral más cercanos a las evaluaciones del pre y post-tratamiento.

Variable independiente

Activación conductual para la depresión vía telefónica.

Se implementó un tratamiento psicológico para el abordaje de sintomatología depresiva en PVVIH basado en activación conductual, para el cual se adaptó el protocolo sugerido por Lejuez et al. (2011) a un manual que cumplió los propósitos de asegurar la integridad del tratamiento y adecuar la intervención a las necesidades identificadas en la población del CIENI-INER. En primer lugar, se realizó la traducción y adaptación del protocolo que fue evaluado por tres psicólogas con un nivel mínimo de maestría, expertas en el abordaje de trastornos del estado de ánimo y adscritas al CIENI para asegurar la

validez de contenido. La adaptación del protocolo consistió en cambiar el formato de intervención de presencial a vía telefónica dado el proceso de reconversión hospitalaria. De la misma forma, se eliminó el requisito de elaborar un auto registro conductual diario en el que se detallaban todas las actividades del participante. Dicha adecuación se llevó a cabo ya que el formato del tratamiento imposibilitó la entrega de formatos pre-elaborados y las características sociodemográficas de los participantes (bajo nivel educativo y socioeconómico) limitaban su acceso a Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) que les permitieran la recepción e impresión de formatos para autorregistro a través de aplicaciones móviles o de escritorio. La elaboración de auto registros sin condiciones tecnológicas apropiadas, daba a esta tarea un alto requisito de respuesta (Sánchez-Sosa et al., 2009), que podría comprometer la conducta de adherencia al tratamiento psicológico.

El protocolo de activación conductual se conformó de tres fases: psicoeducación, tratamiento y prevención de recaídas; las mismas se detallan en el apartado de procedimiento y fueron conformadas entre ocho y diez sesiones. Posterior a la fase de tratamiento, se incluyeron dos seguimientos pasados un mes y tres meses con la finalidad de comprobar que los cambios se mantuvieran a lo largo del tiempo y reentrenar, de ser necesario, habilidades que redujeran la probabilidad de recaídas.

Procedimiento

Selección de participantes

Debido al proceso de reconversión hospitalaria del INER a hospital COVID-19 y al alto riesgo de problemas de salud mental y adherencia inadecuada que la restricción en el seguimiento médico podría acarrear para los pacientes, el equipo de salud mental implementó un protocolo de investigación aprobado por el Comité de Investigación y Ética del INER (C31-20) con la finalidad de realizar una valoración vía telefónica de la salud mental de tamizaje. Se priorizaron aquellos pacientes con factores de vulnerabilidad identificados como: nivel socioeconómico bajo, tratamiento psiquiátrico y/o psicológico 12 meses antes de la reconversión hospitalaria. Durante la llamada telefónica se ofreció el servicio de valoración psicológica y se dio lectura al consentimiento informado, incluyendo únicamente a aquellos pacientes que aceptaron ser valorados y recibir la intervención. A lo largo de dicho proceso 4 pacientes se negaron a participar, de

los cuales 2 refirieron tener dificultades en ajustarse a los horarios disponibles debido a sus jornadas de trabajo, las cuales tendían a ser irregulares en cuanto a días y horarios de descanso, y 2 aceptaron participar, pero no contestaron a ninguna llamada, por lo que fueron referidos a otros miembros del equipo de salud mental para su seguimiento. La valoración consistió en una entrevista estructurada y la aplicación de instrumentos psicológicos para obtener datos sociodemográficos, de adherencia inadecuada, sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa, consumo de sustancias y riesgo suicida. Las mediciones referentes a sintomatología depresiva y adherencia inadecuada se realizaron de forma retrospectiva; midiendo, en el caso de sintomatología depresiva la presencia de síntomas desde dos semanas atrás y hasta la fecha de la llamada telefónica. Por otro lado, la adherencia fue medida desde un mes atrás y hasta la fecha de la misma llamada. Dichas mediciones, permitieron obtener datos retrospectivos para incluir la participación inmediata de las personas al estudio. Además de los objetivos del estudio, las mediciones realizadas a través de la entrevista estructurada y la aplicación de instrumentos psicológicos permitió ofrecer intervenciones psicológicas vía telefónica a pacientes con necesidades de salud mental identificadas por el equipo del CIENI como parte de las estrategias derivadas de la reconversión hospitalaria. En dicho proceso se identificaron aquellos pacientes que cumplían criterios de participación para este estudio, ofreciéndoles la posibilidad de recibir una intervención psicológica especializada para el manejo de la depresión, colocándolos en espera de llamada para inicio de tratamiento por un periodo máximo de una semana. Lo anterior, con la finalidad de agilizar los tiempos de espera y comenzar el tratamiento tan pronto como fue posible, dadas las necesidades de los participantes.

Implementación de la activación conductual para la depresión

Para la aplicación del tratamiento semanal y vía telefónica de AC para la depresión, se realizó una adaptación del protocolo sugerido por Lejuez et al. (2011). Se dividió el tratamiento en módulo psicoeducativo, módulo de intervención, módulo de prevención de recaídas y seguimientos al mes y a los tres meses posteriores al cierre de la intervención. Al tratarse de un diseño de caso único, la medición de las variables dependientes sintomatología depresiva y nivel de adherencia fue realizada en todas las sesiones. A continuación, se explicarán los componentes de cada módulo.

Módulo psicoeducativo.

El módulo psicoeducativo tuvo una duración de una sesión y en él se buscó el cumplimiento de objetivos específicos como: la realización del encuadre explicando la periodicidad, la aplicación semanal de escalas y la duración de las sesiones de intervención. Así mismo, se brindó la explicación contextual de la depresión, sus síntomas, sus consecuencias en PVVIH, la racionalidad del tratamiento de AC, los conceptos de áreas de vida, valores y actividades. Lo anterior, para poder programar de 2 a 3 actividades con altas probabilidades de otorgar reforzamiento positivo, las mismas fueron acordadas entre el paciente y el terapeuta.

Módulo de intervención.

El módulo de intervención tuvo una duración comprendida entre 8 a 9 sesiones, cumpliendo con los objetivos específicos de programar actividades con altas probabilidades de otorgar reforzamiento positivo, revisar los progresos en dichas actividades por área de vida y de identificar y solucionar barreras a la activación. Se utilizaron diversas técnicas de modificación de conducta como: entrenamiento en habilidades sociales, regulación emocional, solución de problemas, exposición, moldeamiento verbal, entre otras.

Módulo de prevención de recaídas.

El módulo de prevención de recaídas tuvo una duración de una sesión. Tuvo como objetivo revisar el progreso del tratamiento, explicar el proceso de recaída, identificar y solucionar posibles variables que aumenten la probabilidad de recaída (por ejemplo: estrategias para manejar emociones aversivas, solución de problemas, estrategias basadas en control de estímulos, entre otras), explicar el proceso de seguimiento y realizar el cierre del tratamiento.

Seguimiento.

Con la finalidad de comprobar que los efectos de la intervención se mantuvieran a lo largo del tiempo, se programaron dos seguimientos al mes y a los tres meses de terminado el tratamiento. En ambos se revisaron si ocurrieron o no recaídas, las habilidades o conductas empleadas por los pacientes para prevenir recaídas o hacer frente a situaciones aversivas. Del mismo modo, de identificarse recaídas se

procedió a repasar habilidades aprendidas en la fase de tratamiento y a realizar ensayos de las mismas con la finalidad de que el participante pudiera llevarlas a la práctica en el contexto extra-clínico.

Análisis de datos

Debido al diseño de investigación resulta preciso recurrir a herramientas de análisis de datos confiables que permitan calcular el tamaño del efecto de la intervención comparando todos los puntos de la línea base retrospectiva con todos los puntos del tratamiento. Para esto se seleccionó el índice de no superposición de todos los pares, por sus siglas en inglés NAP (*Nonoverlap of all pairs*), que permite realizar dicha comparación entre línea base y tratamiento obteniendo un porcentaje de datos sin solapamiento, siendo de gran utilidad en diseños intrasujetos. La interpretación del mismo se realiza a través de puntos de corte que clasifican el tamaño del efecto en débil (0 a 65%), moderado (66 a 92%) y grande (93 a 100%) (Parker & Vannest, 2009).

Por otro lado, para la medición de la variable dependiente carga viral se compararon los análisis de laboratorio más cercanos al inicio del tratamiento de cada participante y posteriores a su última sesión de tratamiento. Dicha comparación se realizó visualmente con la finalidad de detectar incrementos, decrementos o ausencia de diferencias en los niveles de carga viral, expresados en valores absolutos y logarítmicos (National Institute of Health, 2021).

Resultados

Datos sociodemográficos

En la tabla 1, se describen los datos sociodemográficos de los 11 participantes incluidos en el estudio, 9 hombres y 2 mujeres con un rango de edad entre 28 y 74 años.

Tabla 1

Datos Sociodemográficos de los Participantes

Participante	Edad	Sexo	Ocupación	Nivel educativo	Vulnerabilidad	Estado civil
1	28	M	Hogar	Primaria terminada	0	Unión libre
2	36	H	Empleo informal	Secundaria terminada	1	Soltero
3	48	H	Empleo informal	Secundaria terminada	1	Soltero
4	41	H	Empleo formal	Preparatoria terminada	0	Divorciado
5	43	M	Empleo formal	Secundaria terminada	2	Divorciada
6	38	H	Empleo informal	Secundaria terminada	0	Soltero
7	74	H	Desempleado	Primaria terminada	1	Soltero
8	31	H	Estudiante	Preparatoria terminada	0	Soltero
9	45	H	Empleo informal	Primaria terminada	1	Viudo
10	46	H	Empleo informal	Licenciatura terminada	1	Unión libre
11	23	H	Empleo informal	Primaria terminada	1	Soltero

Nota: Vulnerabilidad = nivel socioeconómico 1X y tratamiento psicológico o psiquiátrico 12 meses antes de la reconversión hospitalaria donde 0 (ningún elemento presente), 1 (nivel socioeconómico o tratamiento psicológico/psiquiátrico) y 2 (nivel socioeconómico y tratamiento psicológico/psiquiátrico).

Como se puede observar en la tabla 1, el empleo informal (estilista, vendedor de periódicos, construcción, entre otros) es el tipo de ocupación que reportó mayor frecuencia (n=6). Con respecto al nivel educativo, la mayoría de los participantes (n=8) contaban con formación básica comprendida por primaria o secundaria. Así mismo, se identifican indicadores de vulnerabilidad en 7 participantes, que se traducen en tratamiento en los 12 meses previos a la reconversión hospitalaria por parte del servicio de salud mental o nivel socioeconómico bajo.

Datos clínicos descriptivos

En la tabla 2, se presentan los datos clínicos descriptivos de los 11 participantes del estudio indicando las mediciones pre-tratamiento de sintomatología depresiva, adherencia y carga viral.

Tabla 2

Datos Clínicos Descriptivos Pre-tratamiento

Participante	Sintomatología depresiva	Adherencia (%)	Dosis FH	Carga viral (copias/ml)
1	10*	80	0	167
2	11*	83	0	Indetectable
3	12*	93	0	Indetectable
4	18**	83	0	69
5	19**	90	0	Indetectable
6	12*	93	0	Indetectable
7	12*	90	0	<40
8	14*	93	0	Indetectable
9	13*	90	0	<40
10	26***	100	20	Indetectable
11	16**	90	0	Indetectable

Nota: Sintomatología depresiva = Puntuación PHQ-9. *Sintomatología moderada, **Sintomatología moderada-severa, ***Sintomatología severa. Dosis FH = Dosis fuera de horario (± 2 horas de horario prescrito). Adherencia = Porcentaje en último mes

Se observa que la totalidad de los participantes reportan niveles de sintomatología depresiva moderados, moderados-severos y severos. Del mismo modo, la mayoría (n=10) reportan niveles de adherencia inferiores al 95%. A pesar de que su nivel de adherencia fue de 100%, el participante 10 fue incluido en el estudio al mostrar un indicador de adherencia inadecuada expresado en 20 dosis tomadas fuera de horario en el último mes.

Cambios a partir de la intervención

En congruencia al diseño de caso único y con la finalidad de comunicar los cambios que los participantes tuvieron a lo largo de la intervención, se expondrán los resultados de cada participante, así como una síntesis de los mismos para facilitar su análisis.

Participante 1.

Como se puede observar en la figura 1, posterior a las mediciones de línea base retrospectiva se implementaron 8 sesiones de intervención. Se obtiene una puntuación máxima de sintomatología depresiva en la medición 3 de línea base igual a 16 puntos, así mismo, se identifica una tendencia a la baja a partir de la incorporación al tratamiento que culmina en la sesión 8 de intervención con una puntuación de 0. Resultados sub-clínicos que se mantienen en la fase de seguimiento.

En cuanto a porcentaje de adherencia, se obtiene un nivel mínimo de 80% en línea base, conforme avanza el tratamiento se observa una tendencia en incremento que culmina en la sesión 8 con una adherencia del 100%, que se mantiene en la fase de seguimiento.

Al término de la intervención, la participante reporta indicadores cualitativos de cambio clínico como sentirse “más cómoda” y “menos presionada” por su familia debido a que las actividades en las que centró la activación estuvieron relacionadas al aumento de actividades proveedoras de reforzamiento positivo y al entrenamiento de habilidades que le permitieran delegar tareas a los miembros de su familia.

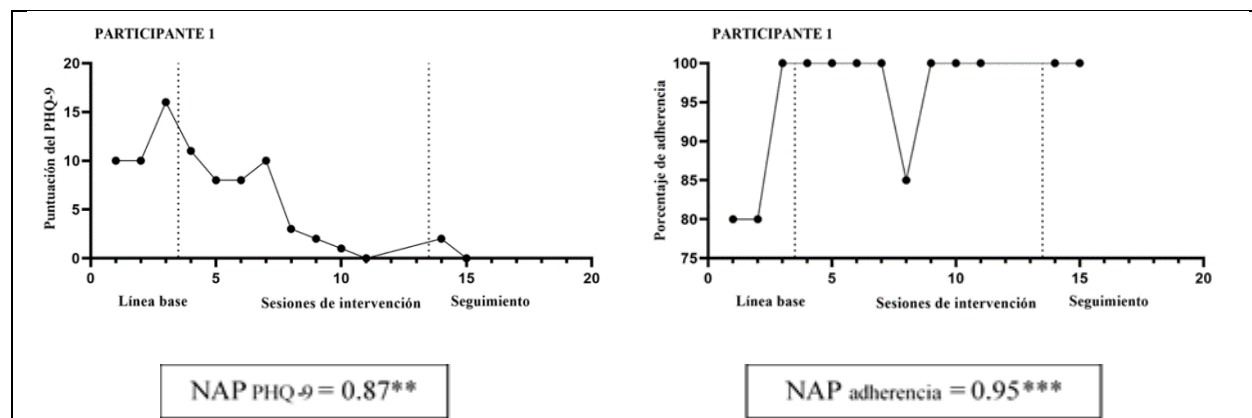


Figura 1.

Cambios en sintomatología depresiva y porcentaje de adherencia del participante 1. ** tamaño del efecto moderado, ***tamaño del efecto grande.

Participante 2.

Posterior a las mediciones de línea base retrospectiva, se proporcionaron 9 sesiones de intervención. Si bien, se observa una tendencia a la baja en sintomatología depresiva que concluye con 4 puntos en la sesión 9; se observan varios picos correspondientes a las sesiones 4, 6, 8 y 9 de la fase de

intervención que resaltan con esta tendencia. Dichos datos corresponden históricamente a la emisión de conductas de consumo de marihuana y a dificultades interpersonales con familia y compañeros de trabajo.

En cuanto a indicadores de adherencia se observan picos a la baja en sesiones 2 y 4 de la fase de intervención, que se estabilizan en 100% a partir de la sesión 5 y que caen en los seguimientos a 1 mes y 3 meses con niveles inadecuados de adherencia.

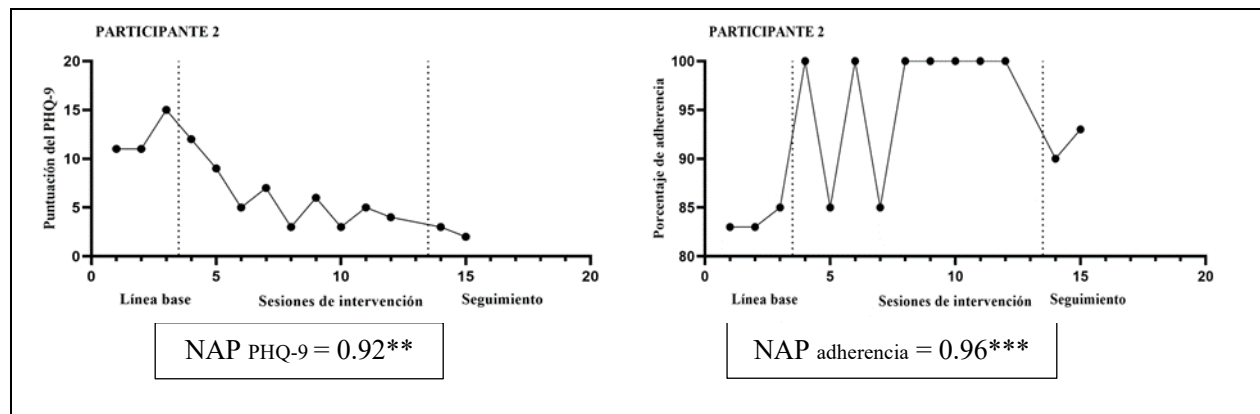


Figura 2. Cambios en sintomatología depresiva y porcentaje de adherencia del participante 2. NAP interpretación: ** tamaño del efecto moderado, *** tamaño del efecto grande.

Participante 3.

Posterior a las mediciones de línea base retrospectiva, se proporcionaron 10 sesiones de intervención. Se observa una tendencia a la baja en la puntuación de PHQ-9, con valores máximos de 12 puntos en línea base y 3 puntos al final del tratamiento. Dichos cambios se mantienen en fase de seguimiento donde se observan niveles subclínicos de sintomatología depresiva menores o iguales a 4 puntos.

Con respecto a porcentaje de adherencia, se observan picos en las sesiones 2 y 7 de la fase de tratamiento respectivamente; dichos picos corresponden históricamente a largas jornadas de trabajo por parte del paciente en las que olvidaba tomar su medicamento. Posterior al entrenamiento de habilidades específicas para llevar y recordar tomar su medicamento en el trabajo, se estabiliza en porcentajes de adherencia adecuados que se mantienen en la fase de seguimiento.

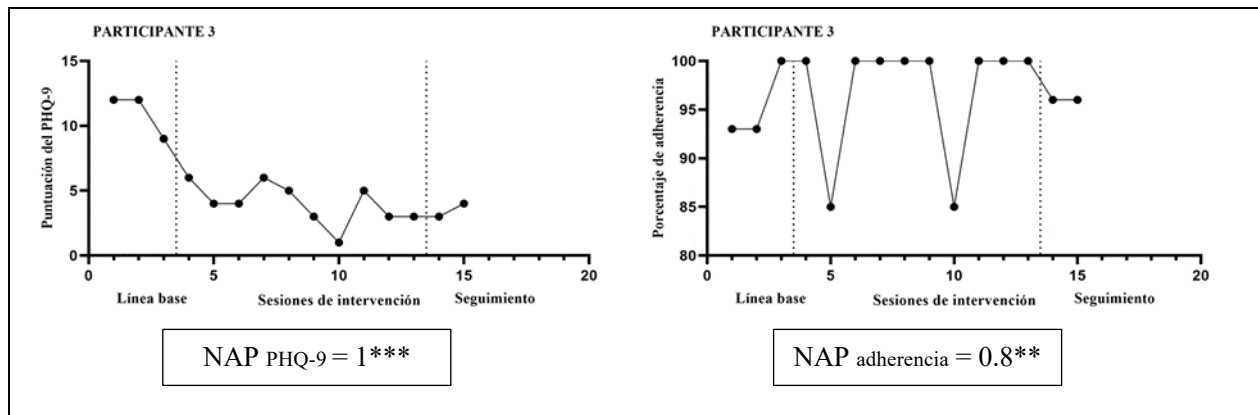


Figura 3. Cambios en sintomatología depresiva y porcentaje de adherencia del participante 3. NAP interpretación: *** tamaño del efecto grande, ** tamaño del efecto moderado

Participante 4.

Se muestran cambios a lo largo de la intervención del participante 4. Se observa una tendencia a la baja en sintomatología depresiva, que se mantiene a lo largo de 10 sesiones de intervención. Se identifica una recaída al primer mes de seguimiento por lo que se entrena en habilidades de regulación emocional que le permitan afrontar de forma efectiva los estresores de su vida cotidiana. Para la segunda sesión de seguimiento la recaída se revierte y se vuelven a registrar niveles subclínicos de esta variable.

En cuanto a adherencia se observa una tendencia de aumento que cae de forma abrupta en la sesión 4 de intervención, caída que corresponde históricamente con un viaje de vacaciones del paciente con consumo de alcohol, por lo que decide no tomar su medicamento en esa semana. Además de las conductas orientadas al reforzamiento positivo, se brindó psicoeducación al paciente en estrategias para reducir riesgos de adherencia inadecuada en próximos periodos vacacionales. Posterior a esta sesión, la caída se revierte con cambios que se mantienen en fase de seguimiento.

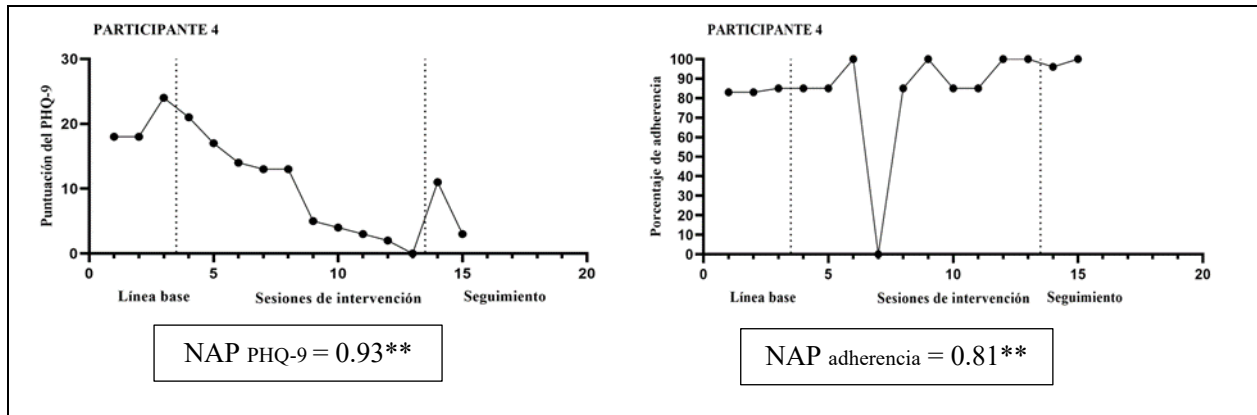


Figura 4. Cambios en sintomatología depresiva y porcentaje de adherencia del participante 4. NAP interpretación: ** tamaño del efecto moderado.

Participante 5.

Se muestran cambios a lo largo de la intervención de la participante 5. Se observa una tendencia a la baja de sintomatología depresiva, que se mantiene a lo largo de 10 sesiones de intervención y en la fase de seguimiento.

Con respecto al porcentaje de adherencia se inicia con niveles inadecuados durante las evaluaciones retrospectivas de línea base. Esta tendencia se revierte con el inicio del tratamiento y se estabiliza en 100% a lo largo de éste y la fase de seguimiento.

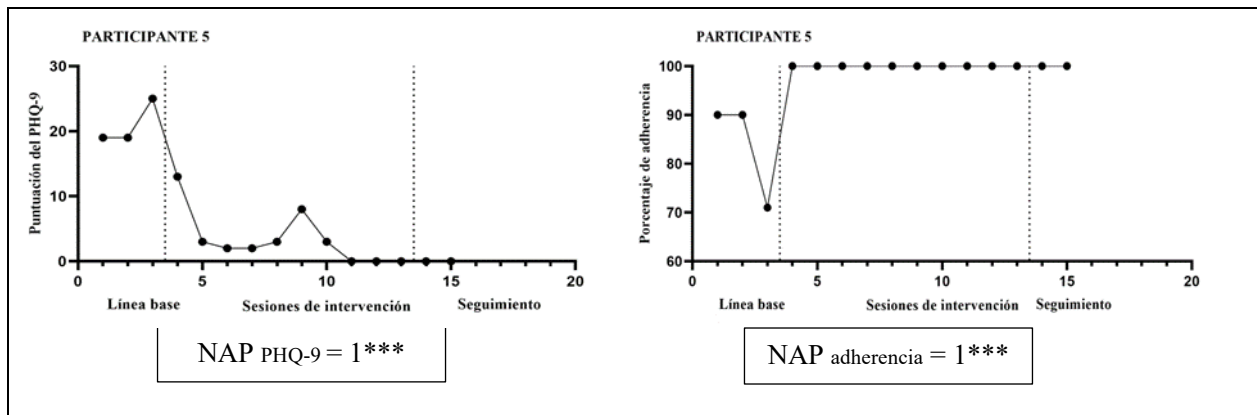


Figura 5. Cambios en sintomatología depresiva y porcentaje de adherencia del participante 5. NAP interpretación: *** tamaño del efecto grande

Participante 6.

Se muestran resultados de la intervención en el participante 6 a lo largo de 10 sesiones de intervención. Se observa una tendencia a la baja en niveles de sintomatología depresiva que coinciden con el inicio del tratamiento y que se mantienen en la fase de seguimiento con niveles subclínicos reportados en el PHQ-9.

En cuanto a porcentaje de adherencia se identifica una tendencia al incremento al inicio del tratamiento con picos en las sesiones 3 y 8 de la fase de intervención; tendencia que se revierte en la sesión 9 y se mantiene en las mediciones de seguimiento.

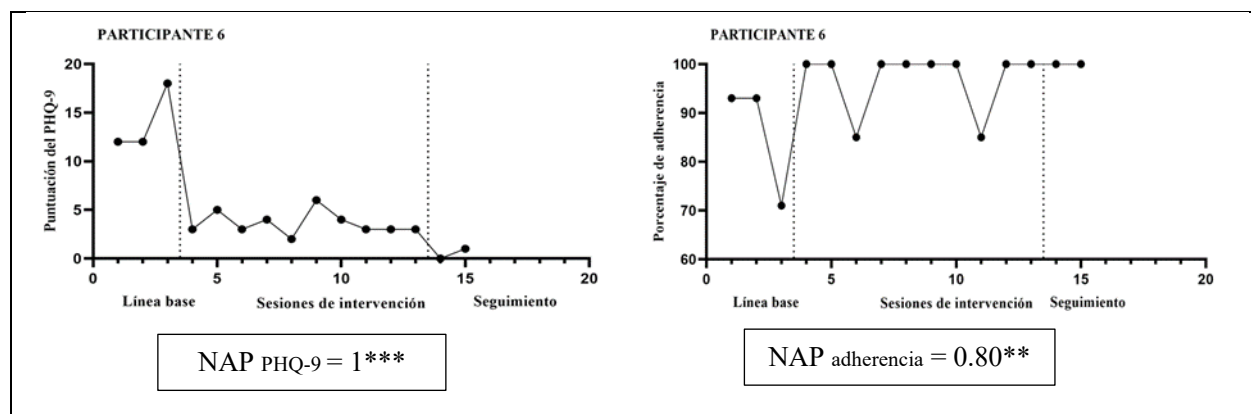


Figura 6.

Cambios en sintomatología depresiva y porcentaje de adherencia del participante 6. NAP interpretación: *** tamaño del efecto grande, ** tamaño del efecto moderado.

Participante 7.

Los cambios identificados en el participante 7 muestran una tendencia a la baja mantenida en las 10 sesiones de tratamiento y en el seguimiento a 1 mes con respecto a niveles de sintomatología depresiva. Sin embargo, se identifica una recaída en el seguimiento a 3 meses que lo posiciona en etapas pre-tratamiento, misma que coincide históricamente con acontecimientos vitales estresantes relacionados a la pandemia por SARS-CoV-2, como la pérdida de familiares y amigos, la enfermedad terminal avanzada de una persona valiosa para él, entre otros. Dada la finalización del tratamiento se procede a referirlo al servicio de salud mental del CIENI para recibir atención oportuna.

A pesar de la recaída identificada, no se observan cambios en el porcentaje de adherencia reportado, que se establece en 100% a partir de la tercera sesión y se mantiene a lo largo del tratamiento y fase de seguimiento.

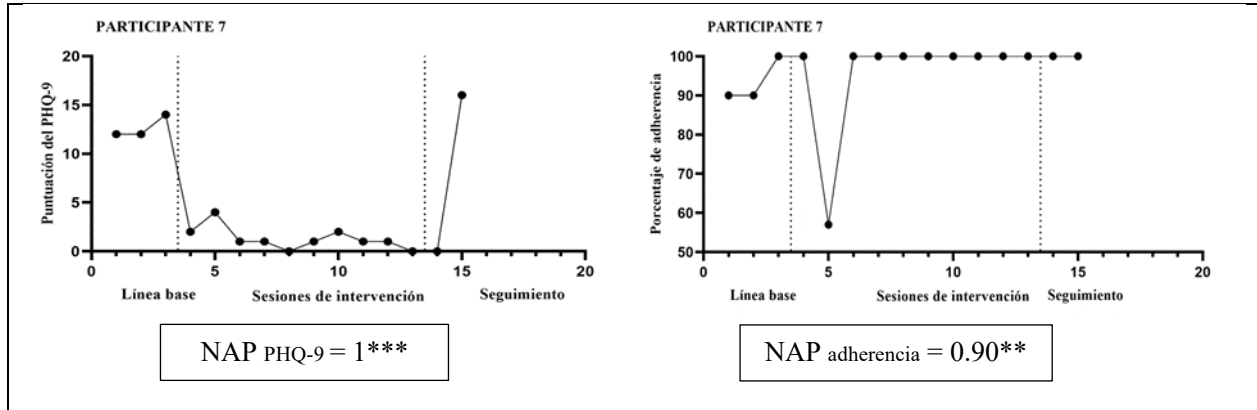


Figura 7. Cambios en sintomatología depresiva y porcentaje de adherencia del participante 7. NAP interpretación: *** tamaño del efecto grande, ** tamaño del efecto moderado

Participante 8.

Se presentan los cambios mostrados por el participante 8 a lo largo del tratamiento. Se destaca una tendencia a la baja en sintomatología depresiva desde la primera sesión de tratamiento que se mantiene hasta el final del mismo en un total de 8 sesiones, cambios que se pueden observar en la fase de seguimiento.

Con respecto al porcentaje de adherencia, se observa el punto más bajo en la tercera medición de línea base retrospectiva (70%); sin embargo, esta tendencia se revierte iniciando el tratamiento con cambios que se mantienen hasta la fase de seguimiento.

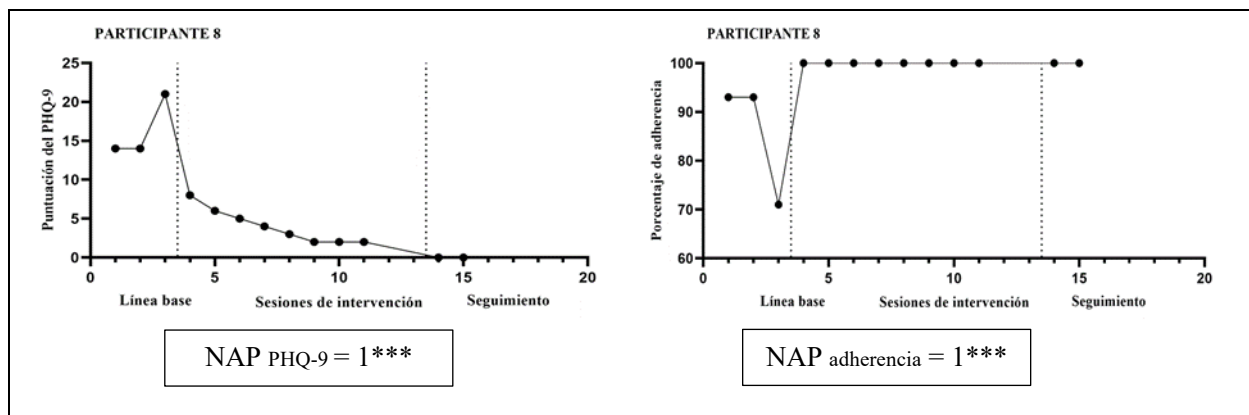


Figura 8.

Cambios en sintomatología depresiva y porcentaje de adherencia del participante 8. NAP interpretación: *** tamaño del efecto grande.

Participante 9.

Se presentan los cambios a lo largo de la intervención del participante 9. Con respecto a ambas variables, se pueden identificar tendencias que están caracterizadas por cambios abruptos. Dichos cambios en los niveles de sintomatología depresiva y carga viral coinciden temporalmente con la presentación de cólicos nefríticos a causa de litiasis renal¹, padecimiento con el que el paciente vivió a lo largo del tratamiento debido a la reconversión hospitalaria dada la pandemia por SARS-CoV-2 y, por ende, la imposibilidad de someterlo a cirugía y hospitalización.

Dichos elementos, aunados a condiciones distales de vulnerabilidad (pobreza, poco acceso a servicios de salud, dificultades laborales, entre otras), se convirtieron en elementos decisivos para ampliar la fase de tratamiento de 10 a 19 sesiones para entrenar habilidades que fungieran como factores de protección ante las condiciones distales de vulnerabilidad mencionadas con anterioridad, así como la comorbilidad renal presente y permitieran el acompañamiento del paciente.

¹ Enfermedad caracterizada por la formación de cálculos en el aparato urinario superior, siendo la manifestación más común de esta afección el cólico nefrítico (Gómez-Ayala, 2008). El cólico renal o nefrítico se describe como una de las formas más angustiantes de dolor para el ser humano, siendo una urgencia urológica frecuente y contando con una tasa de recurrencia superior al 50% (Esquena et al., 2006).

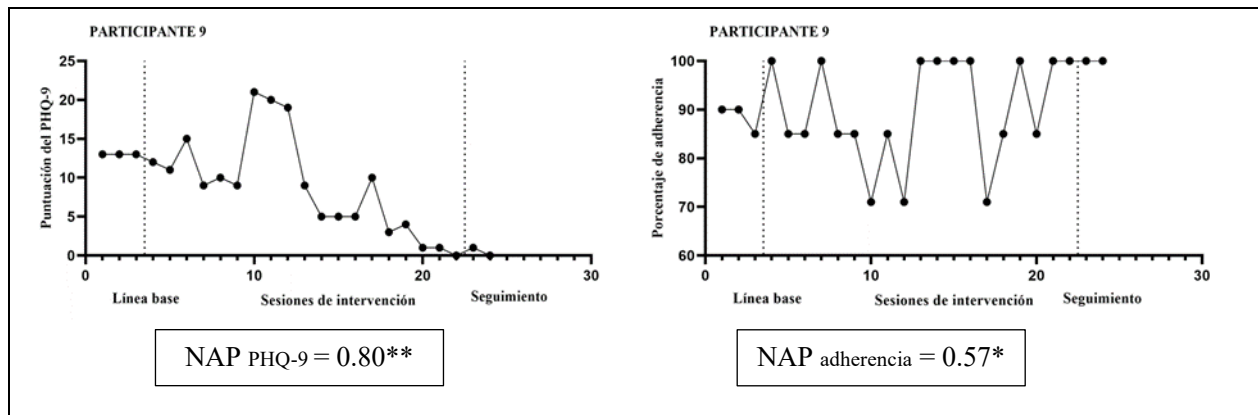


Figura 9. Cambios en sintomatología depresiva y porcentaje de adherencia del participante 9. NAP interpretación: ** tamaño del efecto moderado, * tamaño del efecto débil.

Participante 10.

Se presenta la evolución a lo largo del tratamiento del participante 10. Con respecto a ambas variables se identifican tendencias a la baja a partir de la incorporación del tratamiento, más acentuados en la variable de adherencia. Se cuantifica el número de dosis tomadas fuera de horario en cada medición, al considerarse una conducta de riesgo para adherencia inadecuada.

Los cambios del participante en cuanto a adherencia se mantienen en la fase de seguimiento. Con respecto a la sintomatología depresiva se identifica un incremento en la segunda sesión de seguimiento relacionado con la agudización de síntomas de otros problemas de salud (diabetes mellitus, hipertensión arterial y trastorno del sueño), así como la ocurrencia de dificultades interpersonales que coincidieron temporalmente con la medición.

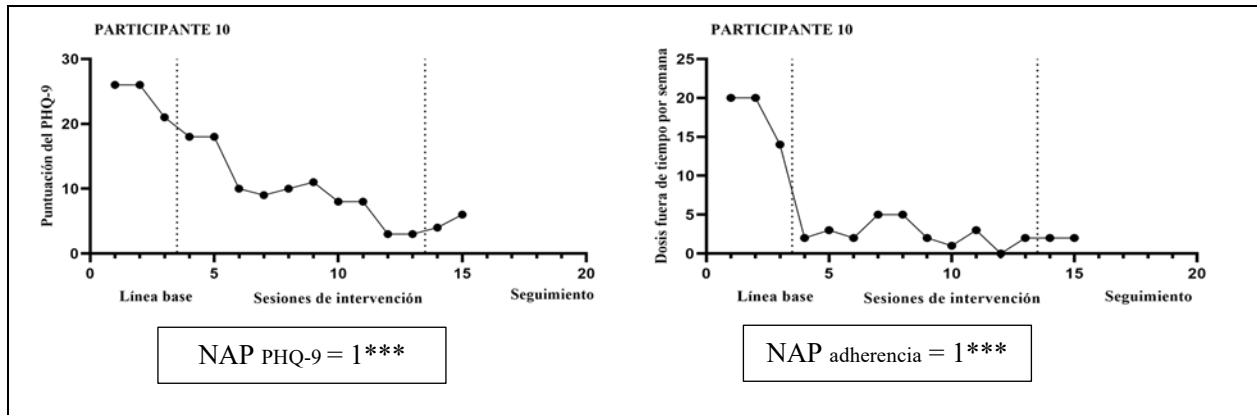


Figura 10. Cambios en sintomatología depresiva y porcentaje de adherencia del participante 10. NAP interpretación: *** tamaño del efecto grande.

Participante 11.

Se reportan resultados del participante 11 en cuanto a sintomatología depresiva, se observa una tendencia a la baja desde la primera sesión de la intervención que se mantiene hasta la etapa de seguimiento.

Con respecto al porcentaje de adherencia, se muestra una estabilización en niveles de adherencia adecuada a partir de la primera sesión de tratamiento. Sin embargo, se identifica un pico de adherencia inadecuada en la sesión 6 de la etapa de intervención que coincide temporalmente con un episodio de consumo de marihuana en la que el participante refirió no recordar si tomó o no su tratamiento antirretroviral durante 3 días en una semana.

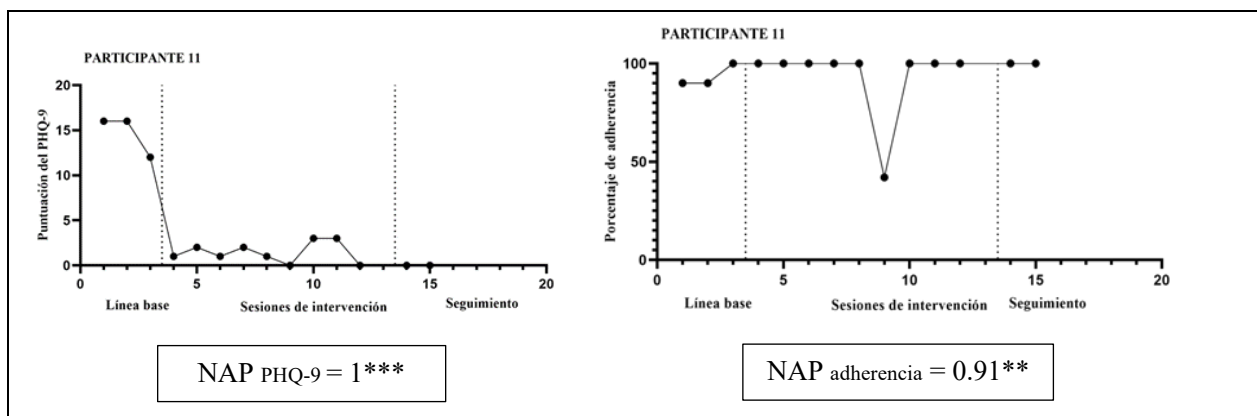


Figura 11. Cambios en sintomatología depresiva y porcentaje de adherencia del participante 11. NAP interpretación: *** tamaño del efecto grande, ** tamaño del efecto moderado.

Sumario.

Con la finalidad de facilitar el análisis de los datos se realiza un resumen de los principales resultados en la tabla 3 ordenados de mayor a menor cambio.

Tabla 3

Cambios clínicos observados durante el tratamiento ordenados de mayor a menor cambio

P	PHQ-9 (pre)	PHQ-9 (post)	NAP-PHQ	ADH% (pre)	ADH% (post)	NAP-ADH
5	19	0	1***	90	100	1***
10	26	3	1***	20d	2d	1***
8	14	2	1***	93	100	1***
11	16	0	1***	90	100	0.91**
7	12	0	1***	90	100	0.9**
3	12	3	1***	93	100	0.8**
6	12	3	1***	93	100	0.8**
4	10	0	0.93**	83	100	0.81**
2	11	4	0.92**	83	100	0.96***
1	10	0	0.87**	80	100	0.95***
9	13	0	0.8**	90	100	0.57*

Nota: P= Número de participante, (pre) = medición pre-tratamiento de variable dependiente, (post) = medición post-tratamiento de variable dependiente ADH% = Porcentaje de adherencia. d=dosis fuera de horario *tamaño del efecto débil, **tamaño del efecto moderado, ***tamaño del efecto grande

Como se puede observar en la tabla anterior, la mayoría de los participantes mostraron cambios clínicos que corresponden a tamaños del efecto moderados y grandes en ambas variables dependientes.

Así mismo, se muestran los cambios obtenidos por los participantes en la variable de carga viral expresados en número absoluto y exponencial.

Tabla 4

Cambios en niveles de carga viral de mayor a menor cambio

P	Carga viral pre	Log pre	Carga viral post	Log post
1	167	2.22	Indetectable	-
9	<40	<1.6	Indetectable	-
3	Indetectable	-	Indetectable	-
5	Indetectable	-	Indetectable	-
6	Indetectable	-	Indetectable	-
10	Indetectable	-	Indetectable	-
11	Indetectable	-	Indetectable	-
7	<40	<1.6	<40	<1.6
4	69	1.84	166	2.22
8	Indetectable	-	<40	<1.6
2	Indetectable	-	35184	4.55

Notas: Carga viral = Copias ARN viral / ml sangre, Log = Medición de carga viral expresada en Logaritmos, se presentan equivalentes de medición logarítmica y número absoluto

Los resultados de carga viral indican mejoría en los participantes 1 y 9, quienes comenzaron el tratamiento con niveles observables de esta variable y lo terminaron con carga viral indetectable. Del mismo modo, se identifica que los participantes 3, 5, 6, 10, 11 y 7 se mantuvieron con los mismos niveles de carga viral a lo largo del tratamiento. Por otro lado, se observa que los participantes 8, 4 y 2 empeoraron, mostrando un aumento en sus niveles de la variable dependiente para el final de la intervención.

Discusión

El objetivo principal de este trabajo fue medir el impacto de una intervención basada en activación conductual (AC) vía telefónica en la sintomatología depresiva y adherencia a TAR en PVVIH que se atienden en un Instituto Nacional de Salud reconvertido a hospital COVID-19. Se encontró evidencia que sugiere que la AC vía telefónica en PVVIH es efectiva, con tamaños del efecto moderados y fuertes, tanto en la reducción de sintomatología depresiva como en el aumento de conducta de adherencia. Dichos resultados son congruentes a los encontrados en diversas investigaciones en las que se probó la efectividad de la AC en la reducción de sintomatología depresiva en población general (Dimidjian et al., 2006; Oates et al., 2020; Richards et al., 2016) y en PVVIH (Magidson et al., 2014; Tull et al., 2018; Valle-Soto et al., 2018).

Una de las implicaciones identificadas a raíz de los hallazgos del estudio fue la capacidad de la AC para ajustarse a diferentes configuraciones, dependientes de variables socioeconómicas como pertenecer a diferentes grupos de edad, nivel de ingresos o nivel educativo. Lo anterior permitió adecuar la identificación de reforzadores positivos y la puesta en práctica de la programación de actividades en todos los participantes, a pesar de que 7 de éstos contaban con algún indicador de vulnerabilidad, ya sea tratamiento psicológico o psiquiátrico anterior a su ingreso al protocolo, o un bajo nivel de ingresos, que únicamente permitía cubrir necesidades básicas. Estos resultados hacen referencia a la parsimonia del tratamiento, misma que ya había sido documentada con anterioridad (Kanter & Puspitasari, 2016), volviéndola una tecnología costo-efectiva.

Una de las variables que puede explicar la versatilidad de la AC para adecuarse a diferentes configuraciones son sus raíces en el conductismo radical y en procesos universales del aprendizaje como el reforzamiento, el castigo o la extinción. Elementos que ha sido discutidos con anterioridad (Kanter et al., 2011) y que permitieron que las estrategias de modificación de conducta fueran aplicadas de forma uniforme en todos los participantes. Contar con el análisis funcional de la conducta como pilar (Barraca Mairal, 2010) permitió que conductas de diferentes topografías (como establecer límites en casa, convivir con amigos o familia, realizar actividad física u otras que fueron usadas en el estudio) tuvieran

consecuencias con la función de reforzamiento positivo, independientemente de la forma de las mismas. Por ejemplo: recibir validación de integrantes de la familia, recibir atención por parte de amigos, obtener un mejor rendimiento escolar, entre otras.

Además del papel que las estrategias de modificación de conducta jugaron durante la fase de intervención, se resalta su participación en los componentes de psicoeducación y prevención de recaídas. Con respecto al primero, la psicoeducación se establece como un conjunto de estrategias a través de las cuales se provee de información, materiales educativos, consejería o retroalimentación al paciente sobre su padecimiento; encontrando evidencia que sugiere que las intervenciones basadas en psicoeducación, para la reducción de sintomatología depresiva, son efectivas y podrían formar parte de la intervención de primer contacto para individuos con esta sintomatología (Donker et al., 2009). Los resultados del estudio muestran congruencia con la evidencia con respecto al papel de la psicoeducación, pues se identificó una reducción en la sintomatología depresiva de la totalidad de los participantes a partir de la primera sesión de tratamiento que estuvo focalizada en el componente psicoeducativo. Lo anterior se puede atribuir a que, en esta, se clarifican valores, primeras actividades a realizar y se explica el papel de la evitación en el mantenimiento de los síntomas, pudiendo dar elementos informativos que coadyuven al cambio conductual de los participantes.

Por otro lado, tanto el módulo de prevención de recaídas como los seguimientos tuvieron el objetivo de aumentar la probabilidad de que los cambios asociados a la intervención se mantuvieran en el tiempo. Por lo que resultaba crucial identificar las variables que pudieran fungir como factores de riesgo de recaída. En una revisión sistemática con meta-análisis, se identificó que la presencia de sintomatología depresiva residual post-tratamiento y la historia de episodios depresivos previos, fueron variables predictoras de recaída (Wojnarowski et al., 2019). Dicha información coincide con los resultados de los participantes 7 y 10, cuya historia de episodios depresivos previos pudo ser una variable relevante en las recaídas identificadas en la segunda sesión de seguimiento.

A lo largo del estudio, se identificaron barreras consistentes a la activación y a la obtención de reforzamiento natural por parte de los participantes. Estas fueron la afectación en la recepción de servicios

de salud debido a la reconversión hospitalaria, la presencia de comorbilidades, el consumo de sustancias y la ocurrencia de acontecimientos vitales estresantes relacionados a la pandemia por SARS-CoV-2. Dichas variables serán discutidas en el contexto de la intervención con cada participante en las que se presentaron.

Los resultados del participante 9, cuyo tratamiento se vio alargado por la presencia de dolor asociado a litiasis renal, parecen obedecer a la influencia de barreras a la activación como lo son la presencia de comorbilidades y la afectación de los servicios de salud. Con respecto a las primeras, se encuentra documentado el papel que juega el dolor en la aparición de sintomatología depresiva, siendo uno de sus principales factores de riesgo; añadiendo que si estas condiciones se presentan al mismo tiempo hay altas probabilidades de que ambas empeoren (Sheng et al., 2017). Dolor que era descrito por el participante como intenso, impredecible e incapacitante, mismo, que afectaba significativamente su calidad de vida y su funcionamiento diario. Por otro lado, en cuanto a la afectación de servicios de salud, el paciente se encontraba en espera de un procedimiento quirúrgico curativo de la litiasis renal, que estaba suspendido debido a la reconversión hospitalaria por COVID-19. Con respecto a estos determinantes sociales, se conoce que a nivel mundial los servicios de visitas, admisiones, diagnóstico y tratamiento de condiciones no graves, se redujeron en un 30% (Moynihan et al., 2021) a causa de la pandemia. La interacción entre estas variables pudo coadyuvar en el empeoramiento de la sintomatología depresiva y en la conducta de adherencia inadecuada a lo largo del tratamiento del participante 9.

Otras comorbilidades como diabetes mellitus, hipertensión arterial y trastornos del dormir, también se convirtieron en aspectos relevantes en la intervención dirigida al participante 10, debido a que existe una relación entre sintomatología depresiva y el agravamiento de estas comorbilidades (Bădescu et al., 2016; Nutt et al., 2008; Rubio-Guerra et al., 2013); la presencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial y trastornos del dormir pueden coadyuvar a la explicación de la sintomatología del participante caracterizada por insomnio, cansancio, mareos, dolor de cabeza, entre otros.

Los resultados del estudio indican que el impacto de la pandemia va más allá de las dificultades de acceso a la atención médica para comorbilidades no transmisibles. Este impacto parece traducirse también en afectaciones en salud mental debido al confinamiento o a la ocurrencia de acontecimientos vitales

estresantes; variables que jugaron un papel determinante en el abordaje de los participantes 4 y 7, que presentaron una recaída en la fase de seguimiento. Con respecto al participante 4, el confinamiento y, en consecuencia, la pérdida de actividades disfrutadas por éste como asistir a fiestas, reuniones, lugares cerrados, entre otras, se consolidó como una variable explicativa de la recaída en la primera sesión de seguimiento. Por otro lado, y en lo que respecta al participante 7, se observó que la recaída registrada en la segunda sesión de seguimiento, y que colocó al participante en niveles de sintomatología depresiva superiores a los registrados en línea base, estuvo relacionada con acontecimientos vitales estresantes, como: la muerte de seres queridos por COVID-19, la enfermedad crónica avanzada por parte uno de sus familiares y el cierre de grupos de apoyo a los que solía asistir. Los datos anteriores muestran congruencia teórica con los postulados de la activación conductual que mencionan que la pérdida de reforzamiento positivo natural está relacionado con la incidencia de sintomatología depresiva (Hopko et al., 2003). Así mismo, corresponde al impacto que la pandemia ha tenido a nivel nacional, en donde se identificó en un estudio transversal de 1508 participantes que el 27.5% tenía sintomatología depresiva grave (Galindo-Vázquez et al., 2020).

Las barreras presentes en la activación, también parecieron tener una influencia negativa en la conducta de adherencia. El consumo de sustancias estuvo relacionado con la ocurrencia de adherencia inadecuada en los participantes 2, 4 y 11; apareciendo contingentemente en los momentos en los que más se agravaba esta conducta. Estos resultados son congruentes con hallazgos de una revisión sistemática con meta-análisis, donde se encontró que el consumo de alcohol está relacionado con adherencia inadecuada a terapia antirretroviral (Velloza et al., 2020); así mismo, se explica que el consumo de sustancias funge como una barrera en el continuo de atención médica a PVVIH y es un facilitador de las conductas de pérdida de seguimiento y de dificultades para adherirse al TAR (Lucas, 2011). Por lo anterior, siendo el consumo de sustancias una variable de gran poder explicativo en la conducta de adherencia de los participantes mencionados.

Con el fin de contar con un marcador biológico relacionado directamente con la conducta de adherencia al TAR, se incluyó la medición pre-intervención y post-intervención de carga viral (CV). Los

resultados indicaron mejoría en 2 participantes, empeoramiento en 3 y mantenimiento de carga viral indetectable en el resto. Dichos cambios parecen explicarse por diversas variables que serán abordadas a continuación.

De forma general, resulta relevante visibilizar la participación del paso del tiempo. Lo anterior cobra relevancia en este estudio, ya que las mediciones de carga viral no fueron contingentes a la administración del tratamiento por AC, debido a que la Guía de Manejo Antirretroviral (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA, 2019) estipula que estas mediciones en pacientes con más de dos años en TAR y carga viral indetectable pueden extenderse a cada seis meses. Lo anterior, hizo que fuera imposible contar con mediciones contingentes añadiendo un periodo en el cual la conducta de adherencia de los participantes pudo haberse modificado.

Además del paso del tiempo, otras variables pudieron interactuar en los cambios medidos. Los resultados de los participantes que mostraron mejoría y que se mantuvieron indetectables son congruentes a lo reportado en la literatura médica con respecto a los inhibidores de integrasa: antirretrovirales que pueden reducir la carga viral más rápido que otros esquemas, contando adicionalmente con una mayor barrera genética que los vuelve menos susceptibles a generar resistencia (Zhu et al., 2019). Se remarca que estos cambios beneficiaron a los participantes 1, 9, 3, 6 y 10, quienes tuvieron momentos a lo largo de la intervención en los que no tomaron su tratamiento de forma adecuada. Dicho efecto puede asociarse a los hallazgos realizados en un modelado matemático en donde se encontró que, gracias al surgimiento de esquemas más efectivos de TAR, los niveles de adherencia necesarios para lograr supresión viral podrían ubicarse por debajo del 95% (Byrd et al., 2019). Eso quiere decir, que participantes que tienen una adherencia subóptima para dicho punto de corte podrían beneficiarse de los efectos del TAR. La aportación realizada por Byrd et al. (2019) parece explicar también la variación mostrada en el empeoramiento participantes 4, y 8, quienes siguieron beneficiándose del tratamiento a pesar de que, probablemente, tuvieron conductas de adherencia inadecuada a lo largo de la intervención.

Los resultados de los niveles de carga viral permiten ilustrar las posibles desventajas del método de auto-reporte para la medición de adherencia a TAR. Las mediciones con autorreporte, si bien cuentan

con evidencia a favor con respecto a su confiabilidad, comparándolo con otros procedimientos como el rellenado de receta en farmacia y el contador electrónico de píldoras (Mekuria et al., 2016; Stirratt et al., 2015; Wagner, 2002), cuentan con desventajas mostradas en la literatura, como la vulnerabilidad al sesgo de memoria y deseabilidad social. Datos que han sido reportados en diversas investigaciones, en las que se ha encontrado que a pesar de tener buenas propiedades psicométricas y poder identificar a pacientes con niveles de adherencia adecuados; las mediciones de auto reporte muestran dificultades para identificar a pacientes con adherencia inadecuada, quienes suelen sobrestimar dicho indicador debido a alteraciones en procesos como memoria, atención, deseabilidad social y el seguimiento de la rutina diaria (Wagner & Miller, 2004). Así mismo, muestran dificultades para predecir correlatos biológicos traducidos en cambios en los niveles de carga viral (Kagee & Nel, 2012). Evidencia que podría explicar las barreras a las que se enfrentaron los participantes 7, 4 y 8, al reportar posibles eventos de adherencia inadecuada, y que sugiere la posibilidad de incorporar otro tipo de procedimientos con los cuales se puedan obtener más beneficios, como lo son la integración de correlatos biológicos siendo relevante para este estudio la medición de la carga viral.

A pesar de identificar elementos que sugieren la efectividad de la AC en la reducción de sintomatología depresiva y aumento de adherencia a TAR, los resultados del estudio están lejos de ser concluyentes, debido a la participación de variables de confusión o limitaciones que pudieron mermar el poder explicativo de los hallazgos, siendo la primera limitación identificada el uso de línea base retrospectiva. Diseño que a pesar de haber sido seleccionado para reducir los tiempos de espera de acceso al tratamiento y evitar el malestar de los participantes al retirar la intervención antes de su conclusión en un modelo de reversión A-B-A, ofrece limitaciones metodológicas como dificultades para establecer una línea base al depender del reporte del participante (Kazdin, 2021) y por ende, riesgo de omitir efectos de piso y techo.

En el apartado metodológico se identifican otras limitaciones en la medición de variables dependientes, específicamente en los niveles de adherencia a TAR y carga viral, que, como se expuso anteriormente en este mismo apartado; la medición por auto reporte de adherencia y las mediciones no

contingentes de carga viral pueden producir sesgos relevantes en el estudio debido a la participación de posibles alteraciones en memoria, atención, deseabilidad social y rutina diaria por el lado de adherencia (Wagner & Miller, 2004); y el papel del paso del tiempo, así como las dificultades para predecir correlatos biológicos a través de la medición de auto reporte, en lo que respecta a las variables de confusión identificadas en la medición de carga viral (Kagee & Nel, 2012).

Más allá del apartado metodológico, se identifican otras limitaciones en la administración del tratamiento, entre éstas se encuentran la carencia de componentes específicos para reducir riesgos de consumo de sustancias y el repertorio limitado de habilidades encaminadas a la prevención de recaídas, mismas que consistieron en recordar técnicas practicadas a lo largo del tratamiento como identificación de valores, aceptación de estados aversivos internos, solución de problemas, habilidades de regulación emocional, entre otras. Sin embargo, dado a la modalidad abreviada del tratamiento sólo se dedicó una sesión encaminada a prevención de recaídas. Por otro lado, en lo que respecta a los riesgos asociados al consumo de sustancias se ha identificado que éste, desempeña un papel de facilitador de conductas de pérdida de seguimiento (Lucas, 2011) y como una de las principales barreras para la conducta de adherencia (Velloza et al., 2020). Por lo que se recomienda incluir en futuros estudios, componentes específicos de reducción de riesgos de consumo en aquellos participantes con esos factores de riesgo como consumo problemático de tabaco, alcohol u otras sustancias. Del mismo modo se recomienda que la presentación del módulo de prevención de recaídas cubra más de una sesión y seguimientos para aquellos participantes con factores de riesgo, como episodios depresivos previos y sintomatología residual post-intervención (Wojnarowski et al., 2019), añadiendo que pueda nutrirse de tecnologías terapéuticas basadas en evidencia para este cometido, como aquellas que integran consciencia plena como uno de sus componentes. Siendo la consciencia plena una tecnología terapéutica que ha mostrado ser efectiva en la prevención de recaídas con pacientes que presentan sintomatología depresiva residual (Kuyken et al., 2016; Piet & Hougaard, 2011)

Conclusiones

Dados los hallazgos y las limitaciones identificadas en este estudio sobre el efecto de una intervención basada en activación conductual vía telefónica sobre la sintomatología depresiva y la adherencia al tratamiento antirretroviral en personas que viven con VIH, es posible concluir lo siguiente. Resulta imprescindible implementar intervenciones dirigidas a modificar la conducta y favorecer la salud mental en el abordaje multidisciplinario de las personas que viven con VIH, lo que ha demostrado tener un impacto significativo en la calidad de vida y es congruente con la misión del Departamento de Investigación en Enfermedades Infecciosas. En específico, con la línea de investigación “evaluación de modelos de intervención integral en personas con VIH, sobre la adherencia a tratamiento antirretroviral y pérdida de seguimiento clínico” (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 2017).

De forma más específica y de acuerdo a los hallazgos, la activación conductual parece consolidarse como una tecnología terapéutica, de raíces conductuales-contextuales, efectiva en el manejo de la sintomatología depresiva y en la adherencia inadecuada a TAR de PVVIH en un contexto hospitalario; al ser un tratamiento parsimonioso, abreviado y ajustado a las necesidades de las personas usuarias del servicio. Dicho hallazgo cobra especial relevancia en un contexto de pandemia por COVID-19, que coadyuvó en el surgimiento de barreras a lo largo del tratamiento y que imposibilitó la impartición presencial del mismo. La modalidad telefónica, si bien representó un reto en el seguimiento de los participantes, también aportó implicaciones valiosas en el tratamiento como lo fue la necesidad de adecuar la intervención a cada uno de los contextos de los participantes, mismos que se encontraban caracterizados por variables como la pobreza, dificultades para acceder a tecnologías, horarios laborales irregulares, entre otras características sociales.

En cuanto a la relación entre sintomatología depresiva y conducta de adherencia a TAR los resultados se mostraron en la misma dirección que otros estudios, coadyuvando a los datos que sostienen a la sintomatología depresiva como una variable que aumenta las probabilidades de adherencia inadecuada. Además de lo anterior, se identificó la participación de otras variables, tanto orgánicas como ambientales, ya sea la presencia de comorbilidades, el consumo de sustancias, acontecimientos vitales

estresantes, desempleo, dificultades para acceder a servicios de salud en contexto de pandemia, entre otras que parecieron incidir en la adherencia a TAR.

El empleo de medidas basadas en marcadores biológicos, como lo es la carga viral, resultó crucial para este proyecto de investigación. Su inclusión permitió contar con datos objetivos que midieran el impacto de la intervención sobre la variable de adherencia a TAR de forma adicional a la medida de autorreporte. La medición de carga viral también ayudó a distinguir a aquellos participantes que se beneficiaron más de la intervención, aquellos que mantuvieron su carga viral indetectable a lo largo de ésta y aquellos que empeoraron su nivel de carga viral posterior a la intervención.

Por otro lado y a nivel metodológico, se identificaron las principales implicaciones del diseño intrasujetos N=1 AB con línea base retrospectiva; confirmando que este ofrece ventajas como la posibilidad de establecer relaciones claras entre las variables identificadas, realizar ajustes en la intervención conforme a los resultados de las mediciones, identificar de forma precisa las variables que pueden fungir como barreras y proporcionar información útil para la estimación del tamaño del efecto de la intervención. Sin embargo, el uso de línea base retrospectiva dio como resultado la inclusión de sesgos como dificultades para estimar efectos de piso y techo en línea base, así como mediciones iniciales que pudieron estar influidas por procesos de atención y memoria de los participantes. A pesar de lo anterior, el uso de línea base retrospectiva representó, para este estudio, la posibilidad de ofrecer tratamiento oportuno a PVVIH, reduciendo las barreras propias de la reconversión hospitalaria como lo son los retrasos en tiempos de atención y pérdida de seguimiento clínico.

Si bien, y debido a las limitaciones asociadas al diseño de estudio, no es posible establecer causalidad entre las variables analizadas, los resultados aportan evidencia sólida para el trabajo de líneas de investigación que permitan desarrollar estudios con mayor robustez metodológica y puedan coadyuvar a mejorar el continuo de atención médica de las PVVIH.

Referencias

American Psychiatric Association. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®. In

Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®.

<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425657>

American Psychological Association. (2005). Statement Policy Statement on Evidence-Based Practice in Psychology. *Policy*.

Asrat, B., Schneider, M., Ambaw, F., & Lund, C. (2020). Effectiveness of psychological treatments for depressive symptoms among people living with HIV/AIDS in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. In *Journal of Affective Disorders*.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.068>

Au, A., Gallagher-Thompson, D., Wong, M. K., Leung, J., Chan, W. C., Chan, C. C., Lu, H. J., Lai, M. K., & Chan, K. (2015). Behavioral activation for dementia caregivers: Scheduling pleasant events and enhancing communications. *Clinical Interventions in Aging*. <https://doi.org/10.2147/CIA.S72348>

AVERT. (2020). *What Are HIV and AIDS?* | *HIV.gov*. HIV.Gov.

Ávila-Ríos, S., & Caballero-Suárez, N. P. (2020). *Salud mental de personas que viven con VIH atendidas en un Instituto Nacional de Salud reconvertido en hospital COVID-19: intervenciones para mantener la adherencia al tratamiento antirretroviral y evitar su abandono*.

Bădescu, S. V., Tătaru, C., Kobylinska, L., Georgescu, E. L., Zahiu, D. M., Zăgrean, A. M., & Zăgrean, L. (2016). The association between Diabetes mellitus and Depression. In *Journal of medicine and life* (Vol. 9, Issue 2).

Barraca Mairal, J. (2010). Tratamiento de activación conductual para la depresión (TACD). Descripción, técnicas y aplicación. *Prolepsis*.

Barrientos-Casarrubias, V., Gutiérrez-Velilla, E., Pérez-López, L. D., Cruz-Maycott, R., Perrusquia-Ortiz, L., & Caballero-Suárez, N. P. (2020). *Depression screening in Mexican people living with HIV: adaptation and validation of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)*.

Bonner, K., Mezocho, A., Roberts, T., Ford, N., & Cohn, J. (2013). Viral load monitoring as a tool to reinforce adherence: A systematic review. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 64(1), 74–78. <https://doi.org/10.1097/QAI.0B013E31829F05AC>

- Byrd, K. K., Hou, J. G., Hazen, R., Kirkham, H., Suzuki, S., Clay, P. G., Bush, T., Camp, N. M., Weidle, P. J., & Delpino, A. (2019). Antiretroviral Adherence Level Necessary for HIV Viral Suppression Using Real-World Data. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 82(3).
<https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002142>
- Caballero-Suárez, N. P., Rodríguez-Estrada, E., Candela-Iglesias, M., & Reyes-Terán, G. (2017). Comparison of levels of anxiety and depression between women and men living with HIV of a Mexico City clinic. *Salud Mental*. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2017.003>
- Carlbring, P., Hägglund, M., Luthström, A., Dahlin, M., Kadowaki, Å., Vernmark, K., & Andersson, G. (2013). Internet-based behavioral activation and acceptance-based treatment for depression: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.12.020>
- Castro, A., Gili, M., Ricci-Cabello, I., Roca, M., Gilbody, S., Perez-Ara, M. Á., Seguí, A., & McMillan, D. (2020). Effectiveness and adherence of telephone-administered psychotherapy for depression: A systematic review and meta-analysis. In *Journal of Affective Disorders*.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.023>
- CDC. (2018). *Transmisión del VIH | Información básica | VIH/SIDA*. Centers for Disease Control and Prevention.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA. (2018). *Informe nacional del monitoreo de compromisos y objetivos ampliados para poner fin al SIDA (informe GAM)*.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA. (2019). *Guía de manejo antirretroviral de las personas que viven con VIH*.
- Chesney, M. (2003). Adherence to HAART regimens. In *AIDS Patient Care and STDs*.
<https://doi.org/10.1089/108729103321619773>
- Churchill, R., Moore, T. H. M., Furukawa, T. A., Caldwell, D. M., Davies, P., Jones, H., Shinohara, K., Imai, H., Lewis, G., & Hunot, V. (2013). “Third wave” cognitive and behavioural therapies versus treatment as usual for depression. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD008705.pub2>

- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 318–326.
<https://doi.org/10.1016/J.CPR.2006.11.001>
- De Geest, S., & Sabaté, E. (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. In *European Journal of Cardiovascular Nursing*. [https://doi.org/10.1016/S1474-5151\(03\)00091-4](https://doi.org/10.1016/S1474-5151(03)00091-4)
- DHHS. (2018). Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV. *Department of Health and Human Services*.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalting, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., Gallop, R., McGlinchey, J. B., Markley, D. K., Gollan, J. K., Atkins, D. C., Dunner, D. L., & Jacobson, N. S. (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*. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.4.658>
- Dirección de vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles. (2020). *Informe histórico VIH Día mundial 2020*.
- Donker, T., Griffiths, K. M., Cuijpers, P., & Christensen, H. (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: A meta-analysis. *BMC Medicine*, 7. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-7-79>
- Esquena, S., Millan-Rodríguez, F., F., S.-M., Rosaud-Barón, F., Marchant, F., & Villaviencio-Mavrich, H. (2006). Cólico renal: Revisión de la literatura y evidencia científica. *Actas Urológicas Españolas*, 30(3). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062006000300004
- Froxán-Praga, M. X. (2020). *Análisis funcional de la conducta humana. Concepto, metodología y aplicaciones*. Ediciones Pirámide.
- Gałecki, P., & Talarowska, M. (2018). Inflammatory theory of depression. *Psychiatria Polska*. <https://doi.org/10.12740/PP/76863>
- Galindo-Vázquez, O., Ramírez-Orozco, M., Costas-Muñiz, R., Mendoza-Contreras, L. A., Calderillo-Ruiz, G., & Meneses-García, A. (2020). Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de

autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población general. *Gaceta de México*.

<https://doi.org/10.24875/gmm.20000266>

Galindo Vázquez, O., Ramírez-Orozco, M., Costas, R., Mendoza-Contreras, L., Calderillo-Ruiz, G., & Meneses-García, A. (2020). Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población general. *Gaceta Medica de Mexico*, 156.

<https://doi.org/10.24875/GMM.20000266>

Gómez-Ayala, A. E. (2008). Litiasis renal: epitopatogenia, clínica y factores de riesgo. *Farmacia Comunitaria*, 44–47. <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-litiasis-renal-13116003>

Gonzalez, J. S., Batchelder, A. W., Psaros, C., & Safren, S. A. (2011). Depression and HIV/AIDS treatment nonadherence: a review and meta-analysis. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*, 58(2), 181–187. <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e31822d490a>

Gwadz, M., Cleland, C. M., Applegate, E., Belkin, M., Gandhi, M., Salomon, N., Banfield, A., Leonard, N., Riedel, M., Wolfe, H., Pickens, I., Bolger, K., Bowens, D. S., Perlman, D., & Mildvan, D. (2015). Behavioral Intervention Improves Treatment Outcomes Among HIV-Infected Individuals Who Have Delayed, Declined, or Discontinued Antiretroviral Therapy: A Randomized Controlled Trial of a Novel Intervention. *AIDS and Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10461-015-1054-6>

Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Ruggiero, K. J., & Eifert, G. H. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles, and progress. *Clinical Psychology Review*.

[https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(03\)00070-9](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(03)00070-9)

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. (2017). *Departamento de Investigación en Enfermedades Infecciosas*. Dirección de Investigación.

Johns Hopkins University & Medicine. (2020). COVID-19 Map - Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. In *Johns Hopkins Coronavirus Resource Center*.

Kagee, A., & Nel, A. (2012). Assessing the association between self-report items for HIV pill adherence and biological measures. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*,

24(11). <https://doi.org/10.1080/09540121.2012.687816>

Kanter, J. W., Cautilli, J. D., Busch, A. M., & Baruch, D. E. (2011). Toward a comprehensive functional analysis of depressive behavior: Five environmental factors and a possible sixth and seventh.

International Journal of Behavioral Consultation and Therapy. <https://doi.org/10.1037/h0100920>

Kanter, J. W., & Puspitasari, A. J. (2016). Global dissemination and implementation of behavioural activation. In *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31131-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31131-X)

Kazdin, A. E. (2011). Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings, 2nd ed. In *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings, 2nd ed.*

Kazdin, A. E. (2021). Single-case experimental designs: Characteristics, changes, and challenges. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 115(1). <https://doi.org/10.1002/jeab.638>

Kennard, B. D., Brown, L. T., Hawkins, L., Risi, A., Radcliffe, J., Emslie, G. J., Mayes, T. L., King, J. D., Foxwell, A. A., Buyukdura, J., Bethel, J., Naar-King, S., Xu, J., Lee, S. S., Garvie, P., London, C., Tanney, M., & Thornton, S. (2014). Development and implementation of health and wellness CBT for individuals with depression and HIV. *Cognitive and Behavioral Practice*.

<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.07.003>

Kretchy, I. A., Asiedu-Danso, M., & Kretchy, J. P. (2021). Medication management and adherence during the COVID-19 pandemic: Perspectives and experiences from low-and middle-income countries.

Research in Social and Administrative Pharmacy. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.04.007>

Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., Hayes, R., Huijbers, M., Ma, H., Schweizer, S., Segal, Z., Speckens, A., Teasdale, J. D., Van Heeringen, K., Williams, M., Byford, S., Byng, R., & Dalglish, T. (2016). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse an individual patient data meta-analysis from randomized trials.

JAMA Psychiatry, 73(6). <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0076>

Lehmann, D. C., & Bördlein, C. (2020). A Systematic Review of Culturally Adapted Behavioral Activation Treatments for Depression. *Research on Social Work Practice*, 30(6), 688–702.

<https://doi.org/10.1177/1049731520915635>

- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Acierno, R., Daughters, S. B., & Pagoto, S. L. (2011). Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: Revised treatment manual. *Behavior Modification*. <https://doi.org/10.1177/0145445510390929>
- Lozano, F., & Domingo, P. (2011). Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2011.02.009>
- Lu, H., Surkan, P. J., Irwin, M. R., Treisman, G. J., Breen, E. C., Sacktor, N., Stall, R., Wolinsky, S. M., Jacobson, L. P., & Abraham, A. G. (2019). Inflammation and Risk of Depression in HIV: Prospective Findings From the Multicenter AIDS Cohort Study. *American Journal of Epidemiology*. <https://doi.org/10.1093/aje/kwz190>
- Lucas, G. M. (2011). Substance abuse, adherence with antiretroviral therapy, and clinical outcomes among HIV-infected individuals. In *Life Sciences* (Vol. 88, Issues 21–22). <https://doi.org/10.1016/j.lfs.2010.09.025>
- Luo, M., Guo, L., Yu, M., & Wang, H. (2020). The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public – A systematic review and meta-analysis. In *Psychiatry Research*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113190>
- 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*. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.10.002>
- Magis, C. L., & Cruz, R. A. (2014). *Diapositiva presentada en el Primer seminario de Salud Mental y VIH. Panorama epidemiológico de los trastornos mentales y VIH*.
- Mekuria, L. A., Prins, J. M., Yalew, A. W., Sprangers, M. A. G., & Nieuwkerk, P. T. (2016). Which adherence measure – self-report, clinician recorded or pharmacy refill – is best able to predict detectable viral load in a public ART programme without routine plasma viral load monitoring? *Tropical Medicine and International Health*, 21(7). <https://doi.org/10.1111/tmi.12709>
- Ménard, C., Hodes, G. E., & Russo, S. J. (2016). Pathogenesis of depression: Insights from human and rodent studies. In *Neuroscience*. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2015.05.053>

- Moynihan, R., Sanders, S., Michaleff, Z. A., Scott, A. M., Clark, J., To, E. J., Jones, M., Kitchener, E., Fox, M., Johansson, M., Lang, E., Duggan, A., Scott, I., & Albarqouni, L. (2021). Impact of COVID-19 pandemic on utilisation of healthcare services: A systematic review. *BMJ Open*, *11*(3). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045343>
- Nachega, J. B., Uthman, O. A., Anderson, J., Peltzer, K., Wampold, S., Cotton, M. F., Mills, E. J., Ho, Y. S., Stringer, J. S. A., McIntyre, J. A., & Mofenson, L. M. (2012). Adherence to antiretroviral therapy during and after pregnancy in low-income, middle-income, and high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *AIDS*. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e328359590f>
- Naik, A. D., Hundt, N. E., Vaughan, E. M., Petersen, N. J., Zeno, D., Kunik, M. E., & Cully, J. A. (2019). Effect of Telephone-Delivered Collaborative Goal Setting and Behavioral Activation vs Enhanced Usual Care for Depression among Adults with Uncontrolled Diabetes: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.8634>
- Nanni, M. G., Caruso, R., Mitchell, A. J., Meggiolaro, E., & Grassi, L. (2015). Depression in HIV Infected Patients: A Review. In *Current Psychiatry Reports* (Vol. 17, Issue 1). <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0530-4>
- National Institute of Health. (2021). *Log10*. Glosario Del VIH/SIDA.
- Nugent, W. R. (1991). An experimental and qualitative analysis of a cognitive-behavioral intervention for anger. *Social Work Research and Abstracts*. <https://doi.org/10.1093/swra/27.3.3>
- Nutt, D. J., Wilson, S., & Paterson, L. (2008). Sleep disorders as core symptoms of depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *10*(3). <https://doi.org/10.31887/dcons.2008.10.3/dnutt>
- O’Cofaigh, E., & Lewthwaite, P. (2013). Natural history of HIV and AIDS. In *Medicine (United Kingdom)*. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2013.05.009>
- Oates, L. L., Moghaddam, N., Evangelou, N., & das Nair, R. (2020). Behavioural activation treatment for depression in individuals with neurological conditions: a systematic review. *Clinical Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1177/0269215519896404>
- OMS. (2018). Clasificación Internacional de Enfermedades-10-ES. OMS.

- Orozco, M. J. N., Terán, B. P., Casarrubias, V. B., García, R. R., & Madero, J. G. S. (2013). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): Validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana*.
- Padilla Beltrán, J., Plazas, E., Albors, J., & Mejía, A. (2009). Efecto de una estrategia de evaluación del esfuerzo para la superación sobre el rendimiento académico. *Efecto de Una Estrategia de Evaluación Del Esfuerzo Para La Superación Sobre El Rendimiento Académico*.
<https://doi.org/10.18359/reds.877>
- Pan American Health Organization. (2011). *Experiencias exitosas del manejo de la adherencia al tratamiento antirretroviral en Latinoamérica*.
- Pan American Health Organization. (2020). Teleconsultations during a pandemic. *PAHO Factsheet*.
- Parker, R. I., & Vannest, K. (2009). An Improved Effect Size for Single-Case Research: Nonoverlap of All Pairs. *Behavior Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.10.006>
- Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 31, Issue 6). <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.002>
- Richards, D. A., Ekers, D., McMillan, D., Taylor, R. S., Byford, S., Warren, F. C., Barrett, B., Farrand, P. A., Gilbody, S., Kuyken, W., O'Mahen, H., Watkins, E. R., Wright, K. A., Hollon, S. D., Reed, N., Rhodes, S., Fletcher, E., & Finning, K. (2016). Cost and Outcome of Behavioural Activation versus Cognitive Behavioural Therapy for Depression (COBRA): a randomised, controlled, non-inferiority trial. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31140-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31140-0)
- Rivera I, B. M., Corrales R, A. E., Cáceres R, Ó., & Pina L, J. A. (2007). Validación de la Escala de Depresión de Zung en Personas con VIH. *Terapia Psicológica*. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082007000200004>
- Rodríguez-Pérez, V., Piñeirua Menéndez, A., Ramírez-Rentería, C., & Mata Marín, J. A. (2021). Beck Depression Inventory (BDI-IA) adapted for HIV: Psychometric properties, sensitivity & specificity in depressive episodes, adjustment disorder & without symptomatology . In *Salud mental* (Vol. 44,

pp. 287–294). scielomx .

Rubio-Guerra, A. F., Rodriguez-Lopez, L., Vargas-Ayala, G., Huerta-Ramirez, S., Serna, D. C., &

Lozano-Nuevo, J. J. (2013). Depression increases the risk for uncontrolled hypertension.

Experimental and Clinical Cardiology, 18(1).

Sabin, C. A., & Lundgren, J. D. (2013). The natural history of HIV infection. In *Current Opinion in HIV*

and AIDS. <https://doi.org/10.1097/COH.0b013e328361fa66>

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*. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(16\)30053-4](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(16)30053-4)

Safren, S. A., Gonzalez, J. S., Soroudi, N., Safren, S. A., Gonzalez, J. S., & Soroudi, N. (2015). Life-

Steps. In *Coping with Chronic Illness: Workbook*.

<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195315158.003.0003>

Safren, S. A., Hendriksen, E. S., Mayer, K. H., Mimiaga, M. J., Pickard, R., & Otto, M. W. (2004).

Cognitive-behavioral therapy for HIV medication adherence and depression. *Cognitive and*

Behavioral Practice. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(04\)80058-0](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(04)80058-0)

Safren, S. A., O’Cleirigh, C., Tan, J. Y., Raminani, S. R., Reilly, L. C., Otto, M. W., & Mayer, K. H.

(2009). A Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavioral Therapy for Adherence and

Depression (CBT-AD) in HIV-Infected Individuals. *Health Psychology*.

<https://doi.org/10.1037/a0012715>

Salari, N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor,

S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general

population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. In

Globalization and Health. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>

Sánchez-Sosa, J. J., Robles, Ó. C., López, J. A. P., & Tapia, M. D. (2009). Un modelo psicológico en los

comportamientos de adhesión terapéutica en personas con VIH. *Salud Mental*.

- Schlebusch, L., & Govender, R. D. (2015). Elevated Risk of Suicidal Ideation in HIV-Positive Persons. *Depression Research and Treatment*, 2015, 609172. <https://doi.org/10.1155/2015/609172>
- Sheng, J., Liu, S., Wang, Y., Cui, R., & Zhang, X. (2017). The Link between Depression and Chronic Pain: Neural Mechanisms in the Brain. In *Neural Plasticity* (Vol. 2017). <https://doi.org/10.1155/2017/9724371>
- Shi, Y., Zhao, M., Chen, S., Wang, S., Li, H., Ying, J., Zhang, M., Li, Y., Xing, Z., & Sun, J. (2019). Effects of cognitive behavioral therapy on people living with HIV and depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychology, Health and Medicine*. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1549739>
- Shubber, Z., Mills, E. J., Nachega, J. B., Vreeman, R., Freitas, M., Bock, P., Nsanzimana, S., Penazzato, M., Appolo, T., Doherty, M., & Ford, N. (2016). Patient-Reported Barriers to Adherence to Antiretroviral Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002183>
- Siewe Fodjo, J. N., Villela, E. F. de M., Van Hees, S., Dos Santos, T. T., Vanholder, P., Reyntiens, P., Van den Bergh, R., & Colebunders, R. (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on the Medical Follow-up and Psychosocial Well-Being of People Living With HIV: A Cross-Sectional Survey. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002468>
- Sin, N. L., & DiMatteo, M. R. (2014). Depression treatment enhances adherence to antiretroviral therapy: A meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9559-6>
- Soto-Ramírez, L. E. (2004). Mecanismos patogénicos de la infección por VIH. *Revista de Investigacion Clinica*.
- Stirratt, M. J., Dunbar-Jacob, J., Crane, H. M., Simoni, J. M., Czajkowski, S., Hilliard, M. E., Aikens, J. E., Hunter, C. M., Velligan, D. I., Huntley, K., Ogedegbe, G., Rand, C. S., Schron, E., & Nilsen, W. J. (2015). Self-report measures of medication adherence behavior: recommendations on optimal use. In *Translational Behavioral Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s13142-015-0315-2>

- Tao, J., Vermund, S. H., & Qian, H. Z. (2018). Association Between Depression and Antiretroviral Therapy Use Among People Living with HIV: A Meta-analysis. In *AIDS and Behavior*.
<https://doi.org/10.1007/s10461-017-1776-8>
- Tull, M. T., Berghoff, C. R., Bardeen, J. R., Schoenleber, M., & Konkle-Parker, D. J. (2018). An Initial Open Trial of a Brief Behavioral Activation Treatment for Depression and Medication Adherence in HIV-Infected Patients. *Behavior Modification*. <https://doi.org/10.1177/0145445517723901>
- UNAIDS. (2021). Global HIV and AIDS statistics-fact sheet. *UNAIDS Data Fact Sheet*.
- Uphoff, E., Ekers, D., Dawson, S., Richards, D., & Churchill, R. (2019). Behavioural activation therapies for depression in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD013305>
- 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*. <https://doi.org/10.1007/s11904-014-0220-1>
- Valle-Soto, H., Robles-Montijo, S., Wiebe, J. S., & Sánchez-Sosa, J. J. (2018). Depresión y adherencia a la medicación antirretroviral: efectos de una intervención conductual breve. *Psicología y Salud*.
<https://doi.org/10.25009/pys.v29i1.2575>
- Vázquez, F. L., López, L., Torres, Á. J., Otero, P., Blanco, V., Díaz, O., & Páramo, M. (2020). Analysis of the components of a cognitive-behavioral intervention for the prevention of depression administered via conference call to nonprofessional caregivers: A randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. <https://doi.org/10.3390/ijerph17062067>
- Velloza, J., Kemp, C. G., Aunon, F. M., Ramaiya, M. K., Creegan, E., & Simoni, J. M. (2020). Alcohol Use and Antiretroviral Therapy Non-Adherence Among Adults Living with HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis. In *AIDS and Behavior* (Vol. 24, Issue 6).
<https://doi.org/10.1007/s10461-019-02716-0>
- Wagner, G. J. (2002). Predictors of antiretroviral adherence as measured by self-report, electronic monitoring, and medication diaries. *AIDS Patient Care and STDs*, 16(12).

<https://doi.org/10.1089/108729102761882134>

- Wagner, G. J., Ghosh-Dastidar, B., Mukasa, B., & Linnemayr, S. (2020). Changes in ART Adherence Relate to Changes in depression as Well! Evidence for the Bi-directional Longitudinal Relationship Between Depression and ART Adherence from a Prospective Study of HIV Clients in Uganda. *AIDS and Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02754-8>
- Wagner, G., & Miller, L. G. (2004). Is the Influence of Social Desirability on Patients' Self-Reported Adherence Overrated? [1]. In *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (Vol. 35, Issue 2). <https://doi.org/10.1097/00126334-200402010-00016>
- Wojnarowski, C., Firth, N., Finegan, M., & Delgadillo, J. (2019). Predictors of depression relapse and recurrence after cognitive behavioural therapy: A systematic review and meta-analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(5). <https://doi.org/10.1017/S1352465819000080>
- World Health Organization. (2017). Global action plan on HIV drug resistance 2017 - 2021. In *WHO press*.
- World Health Organization. (2020). *Latest HIV estimates and updates on HIV policies uptake, November 2020*. Global HIV, Hepatitis and STI Programmes. https://www.who.int/docs/default-source/hiv-hq/latest-hiv-estimates-and-updates-on-hiv-policies-uptake-november2020.pdf?sfvrsn=10a0043d_12
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M. W., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Jacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. In *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>
- Zhu, J., Rozada, I., David, J., Moore, D. M., Guillemi, S. A., Barrios, R., Montaner, J. S. G., & Lima, V. D. (2019). The potential impact of initiating antiretroviral therapy with integrase inhibitors on HIV transmission risk in British Columbia, Canada. *EClinicalMedicine*, 13. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.07.001>

Apéndices

Apéndice A

Consentimiento informado verbal

Le estamos llamando para invitarle a participar en una investigación que tiene el objetivo de identificar y atender, a través de intervenciones psicológicas vía telefónica, las necesidades de salud mental y de cuidado de la salud de las personas que viven con VIH atendidas en el Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI) del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), durante la contingencia por COVID-19. Su participación en esta investigación consiste en 1) Responder vía telefónica una entrevista estructurada y unas escalas psicométricas como parte de una valoración de Salud Mental; 2) Autorización para que se recaben de su expediente algunos datos como sus resultados de estudios de laboratorio de carga viral; 3) En caso de ser necesario, de acuerdo con los resultados de la valoración inicial, recibir una intervención psicológica vía telefónica para disminuir malestar psicológico, mejorar y mantener una adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral. El beneficio que usted obtendrá al participar en este estudio será el acceso gratuito a una evaluación de salud mental y de ser necesario a una intervención psicológica que le permitirá obtener mejoría en su salud mental y física al mantener una adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral. Los datos derivados de este estudio pueden proporcionar información de utilidad para identificar estrategias de intervención psicológicas específicas que se puedan implementar en otras instituciones de salud y así beneficiar a personas que viven con VIH. Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Si usted decide no participar en el estudio, su decisión será respetada; si decide participar puede retirarse (interrumpir su participación) en cualquier momento. Ninguna de las dos razones previas (no aceptar participar o decidir retirar su participación) afectará la calidad de la atención médica que recibe en esta institución en el futuro. Toda la información que proporcione a este estudio será confidencial; su nombre no aparecerá en ninguno de los reportes o artículos científicos que se elaboren con la información obtenida. Se tendrá especial cuidado en mantener la confidencialidad de la información que nos proporcione con las personas o familiares que pudiera responder las llamadas telefónicas.

En caso de tener dudas acerca de su participación en este estudio puede comunicarse con el Dr. Santiago Ávila Ríos al teléfono 5666 7985 ext. 133, investigador principal y Jefe del Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI) del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), o con los investigadores que participan en el proyecto al teléfono 56667985 ext. 169.

En caso de tener dudas acerca de sus derechos como participante de una Investigación puede comunicarse con la Presidente del Comité de Ética en Investigación, Lic. Adriana Espinosa Jove, al teléfono 5487-1700 ext. 5254.

Después de conocer esta información, ¿acepta usted participar en esta investigación?

Acepto No Acepto

Apéndice B

Escalas de medición de sintomatología depresiva

Escalas de medición de sintomatología depresiva

Fecha/Autor de validación/País	Nombre de la escala	Evidencias de validez	Confiabilidad	Implicaciones clínicas
Rivera, B. et al. (2007) México	Escala de depresión de Zung	Se forman tres factores que explican 56.13% de la varianza.	$\alpha = 0.89$	18 ítems con 4 opciones de respuesta. Validación realizada en 84 PVVIH
Noguera, M. et al. (2013) México	Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)	Se identifica un factor (11 reactivos) y un indicador (2 reactivos) que explica 54.65% de la varianza.	$\alpha = 0.90$	13 ítems con 3 opciones de respuesta. Validación realizada en 150 PVVIH
Cano, J., Gómez, C. y Rondón, M. (2015) Colombia	Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS)	Se identifica un solo factor que explica 91% de la varianza.	$\alpha = 0.92$	10 ítems con 4 opciones de respuesta. Validación realizada en 150 participantes con depresión mayor
González, C. et al. (2011) México	Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)	Se identifican cuatro factores que explican 54.1% de la varianza	$\alpha = 0.83$	20 ítems, validación realizada en 57,403 estudiantes de nuevo ingreso de licenciatura y bachillerato.
Barrientos, V. et al. (2020). México	Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)	Se identifica un factor que explica 43.7% de la varianza. Evidencia de validez concurrente con sintomatología ansiosa (GAD-7)	$\alpha = 0.83$	9 ítems con 4 opciones de respuesta. Validación realizada en 387 PVVIH.
Rodríguez, V. (2021). México	Inventario de Depresión de Beck (IBD -IA)	Se identifican factores de depresión, somático y cognición que explican 39.7% de la varianza	$\alpha = 0.91$	11 ítems, validación realizada con 2,022 PVVIH

Nazira, C. (2021). Catálogo de escalas psicosociales y de la salud en español. Universidad Nacional Autónoma de México. En línea.

Escalas de medición utilizadas

PHQ-9

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas?

	Para nada	Menos de la mitad de los días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Con poco apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a)- o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o, por el contrario -ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal?	0	1	2	3
9. Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	0	1	2	3
			+	+
			Total	

Traducido, adaptado y validado en personas que viven con VIH por Barrientos Casarrubias, V., Gutiérrez-Velilla, E. Pérez López. L. D., Cruz-Maycott, R., Perrusquia-Ortiz, L. E., Alvarado-de la Barrera, C., Avila-Ríos, S., Caballero-Suárez, N. P. Manuscrito bajo revisión (oct. 2020).

Autorreporte de adherencia

Considerando los últimos 30 días / 7 días:

1. Número de dosis olvidadas:
2. Número de dosis fuera de horario:
3. Número de dosis incompletas:

$$\text{Adherencia} = ((\text{Dosis prescritas} * 7) - \text{Dosis olvidadas}) / (\text{Dosis prescritas} * 7) * 100$$

Entrevista estructurada CIENI-INER

Datos de Identificación

- 1.Nombre(s): _____
 2.Número de Expediente: _____ Número de contacto _____
 3.Sexo: () Hombre () Mujer 4.Género: () Masculino () Femenino () Trans-mujer () Trans-hombre
 5. Edad: _____ 6.Estado civil: _____ 7.Hijos: () Si () No ¿cuántos? _____
 8.Lugar de residencia: _____ 9.Empleo: () Si Especifique: _____ () No
 10.Orientación sexual: () Heterosexual () Homosexual () Bisexual () Otro
 11.Pareja estable: () Si () No 12. Estatus VIH pareja: () Positivo () Negativo
 13.Nivel de estudios: () Analfabeta, no sabe leer ni escribir () No escolarizado, sabe leer y escribir
 () Primaria () Secundaria () Preparatoria () Carrera técnica () Profesional () Posgrado
 14. Años de estudio: _____

Adherencia al TAR

- ¿Actualmente está tomando TAR?: () Si () No ¿Cuál? _____ Dosis: _____
 Considerando los últimos 30 días: 1) Dosis olvidadas: _____ 2) Fuera de horario: _____ 3) Incompletas: _____
 ¿Ha dejado de tomar TAR en algún momento?: () Si () No
 ¿Cuándo fue? _____ ¿Durante cuánto tiempo? _____
 ¿Cuál fue la razón?: _____
 ¿Qué tan capaz se siente de tomar TAR en la dosis y horario correcto ?

0%(Nada capaz)-----100%(Muy capaz)

a) durante el próximo mes:	
b) si se siente triste:	
c) si se siente ansioso:	

Resultados escalas

PHQ-9	0-4	5-9	10-14	15-19	20-27
	Ninguna Ninguno			Leve Monitoreo	
GAD-7	0-5	6-10	11-15	16-21	
	Ninguna Ninguno			Leve Monitoreo	

ASSIT	<i>Riesgo Bajo/ No requiere intervención</i>		<i>Riesgo Moderado/ Intervención breve</i>		<i>Riesgo Alto / Tratamiento intensivo</i>	
Alcohol	0-10		11-26		27+	
Otras sustancias						
	0-3		4-26		27+	
	0-3		4-26		27+	

Continuo de Riesgo Suicida

Continuo de Riesgo Suicida: Nivel de Letalidad	Inexistente	Leve	Moderado	Grave	Extremo
	<ul style="list-style-type: none"> • No hay riesgo de auto-daño 	<ul style="list-style-type: none"> • Ideación suicida limitada • Pocos factores de riesgo • Sin intentos anteriores 	<ul style="list-style-type: none"> • Planes y preparaciones evidentes • Posible historial de intentos previos y por lo menos dos factores de riesgo • Más de un factor de riesgo sin un plan claro • Motivación para mejorar estado emocional y psicológico actual 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan cuidadoso y preparaciones concretas • Intentos suicidas previos y dos o más factores de riesgo • Inflexibilidad cognitiva y desesperanza, rechaza el apoyo social disponible 	<ul style="list-style-type: none"> • Varios intentos de suicidio previos con varios factores de riesgo importantes • La atención y la toma de medidas inmediatas son indispensables

Seguimiento

¿Se dará seguimiento? ()Si ()No

Motivo del seguimiento _____

Fecha(s) de seguimiento _____

Comentarios y observaciones _____

Apéndice C

Manual de intervención

Introducción

La sintomatología depresiva es uno de los problemas de salud mental más frecuentes en las personas que viven con VIH (PVVIH), con una prevalencia estimada entre el 30 y el 54% a nivel mundial y entre 54 y 60% en población Mexicana (Magis y Cruz, 2014)

Este problema de salud mental es relevante porque ha sido documentado como una de las principales barreras a la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) (Safren et al., 2016), se ha encontrado que aquellas personas que presentan sintomatología depresiva reportan niveles de adherencia 42% menores que aquellas con ausencia de síntomas (Uthman, Magidson, Safren & Nachega, 2014).

Existen diversas aproximaciones psicológicas basadas en evidencia científica para el abordaje de la sintomatología depresiva como la terapia cognitivo conductual y la activación conductual, sin embargo, el componente conductual en sí mismo ha demostrado ser mayormente efectivo que la combinación de estrategias cognitivas y conductuales, y cognitivas de forma aislada en población general con diagnóstico de depresión mayor (Dimidjian et al., 2006).

Del mismo modo, existe evidencia de efectividad en el uso de activación conductual en el abordaje de sintomatología depresiva y adherencia al TAR en intervención grupal (Safren et al., 2001) e individual (Valle-Soto, Robles-Montijo, Wiebe & Sánchez-Sosa, 2019).

Dado el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2, la reconversión hospitalaria y las políticas de distanciamiento social; el presente manual se probó en una configuración telefónica dando resultados favorables. Dichos resultados se traducen en disminución de sintomatología depresiva y aumento de conducta de adherencia en la mayoría de los participantes con tamaños del efecto moderados y fuertes.

Debido a lo anterior, este manual describe una intervención de activación conductual vía telefónica para disminuir sintomatología depresiva y mejorar adherencia a la terapia antirretroviral en PVVIH. Es una adaptación del trabajo realizado por Lejuez et al. (2011) rescatando los componentes propuestos por los autores para el abordaje de sintomatología depresiva. Este manual está dirigido a psicoterapeutas con capacitación en la terapia cognitivo-conductual y en la activación conductual, brinda

estrategias puntuales en cada una de las sesiones para asegurar la integridad del tratamiento. Del mismo modo, su estructura permite realizar continuamente evaluaciones de sintomatología depresiva y adherencia al tratamiento antirretroviral.

Está constituido por tres módulos: 1) psicoeducativo, 2) de intervención y 3) de prevención de recaídas; adicionalmente, se tiene componentes de utilidad como la valoración en cada sesión y el uso de metáforas para el módulo de prevención de recaídas. Cada módulo inicia con la descripción del objetivo general del mismo, seguido por los objetivos específicos y plantea una organización sesión por sesión, es importante señalar que el cumplimiento de los objetivos permite avanzar al siguiente módulo, de tal manera que el número de sesiones puede ser flexible. Los componentes de cada módulo se explican en el Apéndice D correspondiente a las cartas descriptivas.

Este manual está diseñado para pacientes con sintomatología depresiva moderada y grave, que adicionalmente, muestren evidencia de adherencia inadecuada a su TAR; medida a través de carga viral detectable aún estando bajo TAR y seguimiento médico, o un nivel de toma adecuada del TAR menor al 95% en los últimos 7 días de acuerdo al reporte del paciente.

Instrumentos de evaluación y momentos de evaluación

La estructura de este manual permite evaluar la intervención y proveer datos que coadyuven a la retroalimentación paciente-terapeuta, por lo que se recomienda realizar mediciones de sintomatología depresiva y niveles de adherencia en todas las sesiones. Continuación, se explican los instrumentos de medición que se utilizarán al inicio de todas las sesiones.

- Sintomatología depresiva.

Se utilizará el PHQ-9, escala conformada por 9 ítems basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR que mide la presencia de síntomas en las últimas dos semanas. La escala cuenta con cuatro opciones de respuesta que van de “para nada” a “casi todos los días” con una puntuación total entre 0 y 27 puntos. La escala se encuentra constituida por un único factor, muestra una consistencia interna de $\alpha=0.81$ y presenta evidencia de validez predictiva con el WHOQOL-BREF en donde a mayores puntuaciones en el PHQ-9 se obtienen menores puntuaciones en todos los indicadores de calidad de vida (Arrieta et al., 2017).

- Adherencia terapéutica.

Se utilizarán las siguientes preguntas estructuradas tomando un punto de corte de 30 días: 1) número de dosis olvidadas, 2) número de dosis fuera de horario (± 2 horas) y 3) número de dosis incompletas.

Módulo psicoeducativo.

El módulo psicoeducativo está diseñado para que el terapeuta proporcione al paciente información clara, pertinente y válida acerca de su sintomatología depresiva, el modelo de tratamiento y la importancia de las conductas en el mantenimiento o la remisión de la sintomatología depresiva. Los objetivos y sesiones pertenecientes a este módulo se explican a continuación. La estructura general del módulo, temas y criterios de cambio se explican en la tabla 1 (Apéndice D).

Objetivos específicos.

- El paciente identificará síntomas depresivos, su duración, intensidad, frecuencia, relación con el VIH, consecuencias en su calidad de vida y el papel de su conducta en el mantenimiento de la sintomatología.
- El paciente conocerá el modelo de activación conductual, el origen contextual de la depresión, la conducta orientada a valores y la importancia de aplicar lo aprendido en su vida cotidiana.

Sesión 1.

En la sesión 1 se realiza un primer acercamiento al cumplimiento de los objetivos terapéuticos del módulo permitiendo proporcionar psicoeducación sobre sintomatología depresiva y activación conductual. Así mismo, se programan las primeras actividades que el paciente realizará con la finalidad de aumentar las probabilidades de obtener reforzamiento positivo por parte de su contexto.

1.1 Psicoeducación para la depresión.

Durante esta sesión se abarcarán las variables contextuales que intervienen en la aparición de la sintomatología depresiva como el distanciamiento de reforzadores naturales. Así como sus características siendo éstas el estado de ánimo triste la mayor parte del día, cansancio, fatiga, dificultad para concentrarse, sentimientos de culpa, desesperanza, abandono, entre otros; ejemplos de cómo la depresión puede afectar la vida de una persona, centrados en el paciente diciendo frases como “en ocasiones la sintomatología depresiva puede llevarte a dejar actividades que solías disfrutar mucho como salir con tus amigos, pasar tiempo con tu familia o dedicarle tiempo a tu trabajo”; repercusiones de la depresión en variables médicas como la asistencia a citas de seguimiento y adherencia al tratamiento antirretroviral,

utilizando frases como “a veces la sintomatología depresiva puede llegar a ser tan intensa que pareciera que ya no tiene sentido tomarse el medicamento o asistir a tus citas”. Del mismo modo se abordará que, al ser el eje de la depresión el distanciamiento de los reforzadores, la alternativa de tratamiento será la realización de actividades encaminadas a valores dando ejemplos como el siguiente “como me habías comentado, te llegabas a sentir tan triste que te alejaste de tu familia que son personas muy significativas para ti, por lo que buscaremos realizar actividades que te permitan acercarte a ellos una vez más de poquito en poquito” (Lejuez et al., 2011).

1.2 Psicoeducación en activación conductual.

Durante este apartado se explicará la forma en la que determinadas conductas pueden contribuir al mantenimiento de la sintomatología depresiva como lo son el aislarse, abandonar escuela, trabajo, actividad deportiva, entre otras; en contraparte se hablará de todas aquellas que promuevan el bienestar, la plenitud y el propósito de vida utilizando frases como “me comentabas que el crecer académicamente es algo muy importante para ti, ¿qué te parece si hacemos un plan que nos permita hacer algo que te de esa sensación?”. Se explicarán los posibles obstáculos al realizar actividades placenteras como lo puede ser la falta de motivación inicial, por ejemplo “te puede pasar que en un inicio te cueste trabajo realizar las actividades y que éstas parezcan difíciles; sin embargo, es muy importante realizarlas para que poco a poco te vayas sintiendo mucho mejor”. Se abordará la naturaleza colaborativa del tratamiento entregando responsabilidad al paciente de la elaboración de tareas, asistencia puntual y seguimiento de recomendaciones. Del mismo modo, se dejará la puerta abierta invitando al paciente a externar sus dudas y dificultades con frases como “si hay alguna actividad que te parezca especialmente complicada no dudes en comentármelo, juntos podemos darle solución”. Otro aspecto fundamental es el aumento gradual de dificultad de las actividades que se puede ilustrar diciendo “Vamos a trabajar de poquito en poquito para que esas actividades que en un inicio parezcan grandes y complicadas, pronto se conviertan en tareas más sencillas”.

1.3 Introducción a áreas de vida, valores y actividades.

Áreas de vida.

Para identificar las áreas de vida el terapeuta le explicará al paciente que hay diversas esferas en las que todos los seres humanos nos desempeñamos a lo largo de nuestra vida como lo son las relaciones interpersonales (familia, amigos, compañeros y pareja), educación, carrera y trabajo (educación formal como realizar una carrera universitaria, educación informal como leer libros de temas en específico, trabajo actual y búsqueda de trabajo), recreación e intereses (actividades de tiempo libre, ocio y voluntariado), mente, cuerpo y espiritualidad (espiritualidad, salud física, salud mental, en el caso de PVVIH abarcar adherencia a antirretrovirales, citas médicas, acudir a estudios, entre otras) y responsabilidades diarias (obligaciones y responsabilidades hacia otras personas como llevar a los niños a la escuela o hacia sus pertenencias como lavar la ropa o limpiar la cocina).

En este apartado se seleccionarán dos áreas de vida con las que el paciente le gustaría comenzar a trabajar, haciendo énfasis en que las mismas tienen que relacionarse con aquello que es valioso o importante para su vida.

Valores.

El terapeuta mencionará que los valores son “lo que es más importante para cada persona en sus áreas de vida que enlista la forma en la que se quiere vivir” mencionando ejemplos como “ser un buen estudiante”, “ser un buen hermano”, “hacer amigos”, “saber más sobre mi área de estudio”, entre otros. Es fundamental clarificar que los valores son individuales y que éstos pueden no ajustarse a lo dictaminado por la sociedad.

Una vez contando con las áreas de vida identificadas, y con el propósito de cumplir este criterio, se guiará al paciente para enlistar un valor por cada área de vida seleccionada. Con la finalidad de llevar a cabo dicha actividad, es posible realizar preguntas como “Si desaparecieras sin dejar rastro, ¿cómo te gustaría que se acordaran de ti en tu trabajo?”, “si tuviéramos un espejo frente a nosotros, ¿qué te gustaría ver en él?”, ¿qué es lo más importante para ti con respecto a ser madre?, entre otras.

Actividades.

El terapeuta explicará que las actividades son “cosas que hacemos con características observables y medibles que se relacionan con nuestros valores”, es decir “llevar los valores a la práctica diaria”. Con el

fin de clarificar dudas es posible ejemplificar actividades, por ejemplo, “si has identificado que algo muy importante para ti es ser un buen novio podríamos hacer actividades en las que llevemos ese valor a la práctica, por ejemplo: cocinar algo para mi novio, escribir una carta a mi novio, ver una película con mi novio, entre otras”. También es importante que las actividades puedan segmentarse en partes más pequeñas que las haga posible llevarlas a la práctica, una forma de segmentar la actividad “cocinar algo para mi novio” se podría ejemplificar como “investigar recetas en internet”, “preguntar a sus amigos sobre su comida favorita”, entre otros.

Una vez identificadas las áreas de vida y valores, se procederá por enlistar una actividad por cada área de vida y valor seleccionado. Por ejemplo, si el paciente selecciona el área de vida “responsabilidades diarias” y el valor “ser una persona ordenada”, la actividad tendrá que ser programada en función de los mismos, por ejemplo “tender la cama de lunes a viernes”, “limpiar el primer cajón de la cajonera de mi cuarto”, entre otras. Dichas actividades contarán con características observables y medibles y se hará énfasis en el carácter progresivo de las mismas.

1.4 Medición y cierre de sesión.

Se realizará la medición de sintomatología depresiva y adherencia a tratamiento antirretroviral de la última semana, lo anterior aplicando los instrumentos de medición enlistados en el apartado de introducción y anexos en el Apéndice B.

Posterior a la aplicación y calificación de los mismos se brindarán los resultados al paciente y se preguntará si tienen dudas o comentarios con respecto a lo trabajado en la sesión o al tratamiento. De no existir dudas se agendará la próxima sesión deseando una excelente semana.

Módulo de intervención.

El módulo de intervención está diseñado para realizar la aplicación de los principios de la activación conductual que fueron aprendidos durante la psicoeducación. La estructura general del módulo, temas y criterios de cambio se explican en el Apéndice D.

Al tratarse de una intervención dividida en módulos que puede ser ajustada a las necesidades y la evolución del paciente, se proponen instrucciones generales para el módulo de intervención abarcando

aproximadamente de la sesión 2 a la 9. En las mismas se pretende explicar el procedimiento seguido en una sesión general del tratamiento, eliminando la desventaja que un tratamiento manualizado sesión por sesión podría acarrear para un paciente que requiera más o menos sesiones de trabajo.

Objetivos específicos.

- El paciente programará y realizará actividades centradas en valores.
- El paciente asistirá a sus consultas médicas, exámenes de laboratorio y seguimiento en los días y horarios indicados.
- El paciente se vinculará con redes de apoyo que le permitirán realizar con mayor facilidad las actividades programadas.

Sesión 2 a 9.

2.1 Bienvenida y revisión de actividades programadas.

Se iniciará dando la bienvenida al paciente utilizando frases como “Hola, muy buenos días” seguido de “cuéntame, ¿cómo te fue durante la semana?” o “¿cómo te fue con las actividades que programamos la sesión pasada?”. Posteriormente se escuchará la narración del paciente con respecto a su progreso semanal. Al tratarse de una intervención telefónica se hará énfasis en conductas de escucha y validación, utilizando frases como “ya veo”, “claro”, “qué difícil”, entre otras. Así mismo, se identificarán todos los intentos del paciente por realizar las actividades programadas u otras congruentes con el tratamiento o su salud y se procederá a brindar reforzamiento positivo natural invitando al paciente a contar más de ese logro que tuvo, a brindar detalles de que fue lo que más le gusto o le disgustó menos y cómo se sintió al haber hecho algo tan complejo. Por otra parte, es posible recurrir al elogio si es necesario con verbalizaciones como “me da mucho gusto que lo hayas logrado, después de todo te atreviste a hacer algo muy difícil” o “debiste de requerir mucha valentía para llevar a cabo esa actividad”.

2.2 Detección de barreras a la activación.

Durante la narrativa del paciente posterior a la pregunta “¿cómo te fue en las actividades que programamos la sesión pasada?” se identificarán todas las variables conductuales o contextuales que pudieran ejercer el papel de barrera o obstáculo a la activación, cuya presentación puede coadyuvar a una reducción en las probabilidades de alcanzar reforzamiento positivo. Ejemplos de barreras pueden

constituir dificultades en regulación emocional, déficit en habilidades sociales, aparición de pensamientos evaluados como aversivos, conductas de evitación-huida, dificultades en el control de impulsos, entre otras; así como barreras contextuales como problemas económicos, síntomas físicos asociados a comorbilidades, dificultades laborales, entre otras.

2.3 Solución de barreras a la activación.

Una vez identificadas las barreras a la activación, se procederá a identificar posibles soluciones o alternativas a las mismas. Es posible que algunas de ellas sean foco de intervención durante la sesión y permitan que el paciente las afronte de una forma más efectiva, como el desarrollo de habilidades para tolerar el malestar, comunicarse de forma asertiva, disminuir la activación física relacionada a estados emocionales, exponerse a estímulos condicionados y reducir la reactividad a los mismos, entre otras. También se identificarán posibles soluciones para aquellas que requieran la intervención de otras personas como solicitar una cita médica para tratar las comorbilidades, recibir asesoría legal, por poner algunos ejemplos.

Para lograr el aprendizaje y la generalización de las estrategias de solución de barreras es posible aplicar diversas técnicas y procedimientos propios de la modificación de conducta como ensayos directos, encubiertos, modelado, moldeado, manejo de contingencias, entre otros. Así mismo, y de forma adicional a las nuevas actividades, se procurará que las actividades para realizar en casa contemplen el afrontamiento de dichas barreras utilizando verbalizaciones como “ya estuvimos viendo en la sesión qué hacer la próxima vez que aparezcan esos pensamientos y noté que a pesar del malestar lo hiciste muy bien y lograste mantenerte en tu actividad, ¿qué te parece si hacemos lo mismo esta semana en casa sabiendo que los pensamientos regresarán?”.

2.4 Programación de actividades.

En este apartado se plantearán las actividades a realizar a lo largo de la semana. Estas deben de incluir las actividades que el paciente realizó la semana anterior, las estrategias conductuales para hacerle frente a barreras de activación y al menos una nueva actividad. Por ejemplo, si el paciente había intentado llamar a sus amigos 3 veces por semana identificando el pensamiento “quieres llamar la atención” como

barrera; la programación de actividades contemplará la realización de dichas llamadas, las estrategias de tolerancia al malestar y defusión cognitiva para afrontar el pensamiento y una nueva actividad.

2.5 Medición y cierre de sesión.

Se seguirán las mismas instrucciones de la sesión anterior.

Módulo de prevención de recaídas.

El módulo de prevención de recaídas tiene como objetivo reforzar las herramientas adquiridas a lo largo de la fase de tratamiento con el objetivo de disminuir las probabilidades de aparición de sintomatología depresiva en el futuro. La estructura general del módulo, temas y criterios de cambio se explican en el Apéndice D.

Objetivos específicos.

- El paciente entenderá el proceso de recaída pudiendo poner ejemplos.
- El paciente continuará con actividades centradas a valores a largo plazo.
- El paciente acudirá a sesiones de seguimiento.

Sesión 10.

10.1 Prevención de recaídas.

En el inicio de este módulo se optará por explicar el proceso de recaída con la finalidad de normalizarlo al formar parte de un proceso de cambio, del mismo modo, se brindarán estrategias de contingencia hacia su aparición utilizando la metáfora de la montaña en la que se menciona “afrontar la sintomatología depresiva es como subir una montaña con diversos caminos para llegar a la cima, a pesar de que ahora cuentas con muchas herramientas que han hecho que el escalar sea menos difícil puedes tener pequeñas caídas en el camino, el tenerlas es perfectamente normal y significa que son momentos de evaluar si estamos usando el camino correcto o podemos dar unos pasos a la izquierda o a la derecha haciendo las cosas de forma diferente”. Posteriormente se le preguntará al paciente “¿cuáles cosas se te ocurren que puedes hacer en caso de que vuelvas a sentir síntomas de depresión?”, de ser estrategias adaptativas se reforzarán, de no serlo se optarán por nuevas planteando “¿qué te parece si juntos pensamos en una nueva estrategia que podamos aplicar si te vuelves a sentir deprimido en el futuro?”.

10.2 Cierre.

Se comenzará reconociendo el gran trabajo que ha realizado el paciente a lo largo de los módulos, así como los logros que ha alcanzado. Se hará énfasis en que las habilidades aprendidas a lo largo del tratamiento ahora le pertenecen al paciente y por ello puede aplicarlas en todas sus áreas de vida a lo largo de la misma. Lo anterior se puede realizar mencionando “todas las habilidades que has aprendido a lo largo del tratamiento ahora te pertenecen y las podrás utilizar a lo largo de tu vida, porque recuerda que una vida que se vive a través de los valores es más probable que resulte significativa, disfrutable e importante”. Posteriormente se dará reforzamiento a la respuesta del paciente mencionando a forma de cierre, “me dio muchísimo gusto tener el honor de haber sido parte de este equipo a lo largo de las sesiones. Te aviso que a partir de este momento nos volveremos a ver en dos ocasiones más para verificar que los cambios que has logrado continúan con la misma fuerza. La primera de estas sesiones será dentro de un mes”.

Apéndice D
Cartas descriptivas

Sesión 1: Psicoeducación en depresión, activación conductual y establecimiento de primeros objetivos						
Objetivo: Dar a conocer información válida, confiable y adaptada al paciente sobre la depresión, activación conductual y establecer los primeros objetivos semanales.						
Componentes	Actividades principales		Técnica instruccional	Material didáctico	Tiempo parcial	Evaluación
	Terapeuta	Paciente				
Presentación	Presentación del terapeuta	Presentación del paciente	Expositiva		5'	
Encuadre	Explicar el formato de las sesiones, así como la importancia de la participación, la asistencia, cumplimiento de tarea y evaluaciones.	Escuchar, expresar opiniones y dudas.	Expositiva		5'	Que el paciente pregunte dudas y aportaciones referentes al encuadre.
Psicoeducación de depresión	Brindar información sobre la depresión: significado, síntomas e impacto en PVVIH	Proporcionar ejemplos, preguntar dudas y realizar comentarios		Presentación de diapositivas	15'	Que el paciente mencione cuáles síntomas de la depresión identifica en sí mismo
Psicoeducación en activación conductual	Brindar información sobre activación conductual: significado, principios del tratamiento, áreas de vida, valores y actividades	Proporcionar ejemplos, identificar áreas de vida, valores y actividades de interés		Presentación de diapositivas	15'	El paciente identificará dos áreas de vida de interés, así como un valor y una actividad asociados a cada una de ellas
Aplicación de instrumentos	Aplicación de PHQ-9 y preguntas estructuradas de adherencia	Contestar inventario y entrevista, comentar dudas.		Instrumentos psicométricos	10'	
Despedida y cierre	Despedirse del paciente, programar próxima cita, resolver dudas y comentarios	Despedirse del terapeuta, brindar información para programar cita, realizar preguntas y comentarios			5'	

Sesión 2 a 9: Módulo de intervención

Objetivo: Programar actividades congruentes a los valores del paciente, intervenir en las barreras a la activación se puedan presentar a lo largo del tratamiento.

Componentes	Actividades principales		Técnica instruccional	Material didáctico	Tiempo parcial	Evaluación
	Terapeuta	Paciente				
Bienvenida y revisión de actividades programadas	Saludar al paciente y preguntar sobre su progreso semanal en las actividades programadas o en las conductas entrenadas durante la sesión para reducción de barreras a la activación.	Saludar al terapeuta, narrar progreso semanal, identificar emociones y pensamientos asociados a su progreso, identificar barreras a la activación identificadas en la semana	Interrogativa		'10	El paciente narrará las actividades que pudo lograr durante la semana.
Identificación de barreras a la activación	Identificar variables conductuales o contextuales que puedan reducir las probabilidades de realizar las actividades programadas.	Contestar preguntas y brindar información para detección de barreras.	Interrogativa y argumentativa		10'	El paciente identificará el impacto que las variables conductuales o contextuales pueden tener en la puesta en práctica de la activación.
Solución de barreras a la activación	Proponer e instruir en técnicas de modificación de conducta que permitan reducir el efecto de la barrera y ampliar las probabilidades de completar la activación.	Realizar las técnicas propuestas por el terapeuta, participar en ensayos conductuales encubiertos o directos, preguntar dudas y realizar comentarios.			20'	El paciente podrá replicar la técnica de modificación de conducta acordada para realizarla en su contexto.
Programación de actividades	Acordar actividades a realizar en la semana, se incluyen actividades encaminadas a valores (activación conductual) o conductas de reducción de barreras	Proponer actividades, preguntar dudas y comentarios	Interrogativa		10'	El paciente anota las actividades que realizará en la semana

Aplicación de instrumentos	Aplicación de PHQ-9 y preguntas estructuradas de adherencia	Contestar inventario y entrevista, comentar dudas.		Instrumentos psicológicos	10'	
Despedida y cierre	Despedirse del paciente, programar próxima cita, resolver dudas y comentarios	Despedirse del terapeuta, brindar información para programar cita, realizar preguntas y comentarios			5'	

Sesión 10: Prevención de recaídas y cierre						
Objetivo: El paciente comprenderá el proceso de recaída, continuará con las actividades centradas en valores y acordará sesiones de seguimiento.						
Componentes	Actividades principales		Técnica instruccional	Material didáctico	Tiempo parcial	Evaluación
	Terapeuta	Paciente				
Bienvenida y revisión de actividades programadas	Saludar al paciente y preguntar sobre su progreso con las actividades programadas	Saludar al terapeuta y responder pregunta	Interrogativa		10'	
Psicoeducación en prevención de recaídas	Explicar proceso de recaída, preguntar al paciente por recursos que le ayudarán a prevenirla	Expresar dudas, opiniones y ejemplos	Expositiva		20'	El paciente mencionará al menos 3 ejemplos de conductas que lo podrían ayudar a prevenir una recaída
Programación de seguimientos y resolución de dudas generales	Acordar fechas de seguimientos de 1 y 3 meses, resolver dudas del paciente	Brindar fechas con mayor disponibilidad para seguimientos, preguntar dudas y hacer comentarios			10'	
Aplicación de instrumentos	Aplicación de PHQ-9 y preguntas estructuradas de adherencia	Contestar inventario y entrevista, comentar dudas.		Instrumentos psicológicos	10'	
Cierre	Reforzar el aprendizaje del paciente, agradecer por el trabajo colaborativo, reconocer logros.	Expresar dudas y opiniones			5'	

Apéndice E

Presentación de diapositivas.



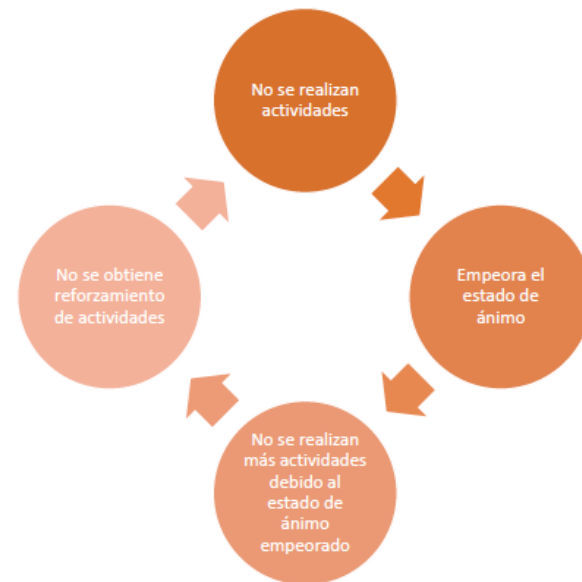
Modulo psicoeducativo

Activación conductual

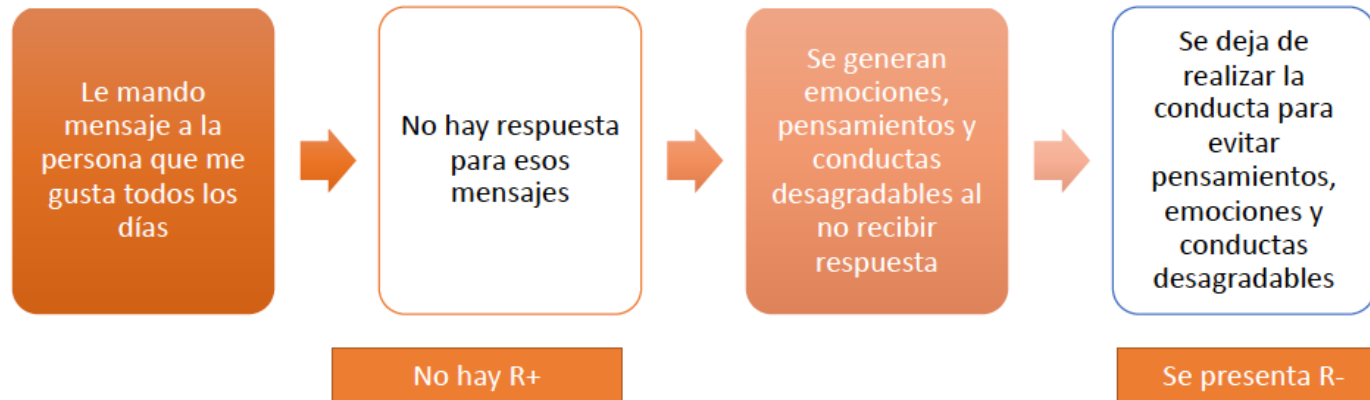
¿Qué es la depresión?

¿Qué es la depresión?

- Situación caracterizada por la inacción.
- Todas las personas son susceptibles a atravesar por esta situación a lo largo de su vida.
- Algunas actividades de la vida cotidiana pueden contribuir a mantener los síntomas, otras a disminuirlos.

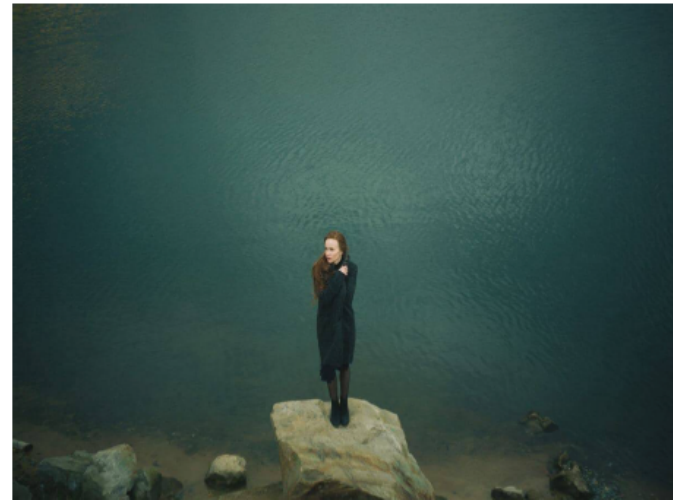


Ejemplo del papel del reforzamiento negativo en el abandono de actividades .



¿Cuáles son los síntomas de la depresión?

- Estado de ánimo triste o irritable la mayor parte del tiempo.
- Pérdida de interés o disfrute por actividades
- Dificultad para conciliar el sueño o exceso de este.
- Aumento o pérdida del apetito.
- Cansancio o falta de energía.
- Sentimientos de culpa o inutilidad.
- Dificultad para concentrarse.
- Pensamientos de muerte o suicidio.
- Sentimientos de desesperanza.



Ejercicio de evaluación.

El paciente verbaliza los síntomas de la depresión que identifica en sí mismo y la forma en la que esto se encuentra afectando su vida

Presentación del tratamiento: ¿en qué consiste la activación conductual?

- Estrategia terapéutica basada en evidencia que busca conectar al individuo con aquello que es significativo, valioso o importante para él (reforzamiento natural); a través de programar actividades gradualmente.
- Se sostiene que el cambio viene de afuera hacia dentro, es decir, primero hacer para poderse sentir bien.
- Busca romper el ciclo de la inacción.

Principios fundamentales de la AC.⁴

1. La clave para ayudarle a cambiar como se siente una persona es ayudarle a **cambiar lo que hace** .
2. Los cambios en la vida pueden llevar a la depresión, y **las estrategias para lidiar a corto plazo** pueden atorar a la gente a lo largo del tiempo en la depresión.
3. La clave para determinar lo que será antidepresivo para una persona en particular **está en lo que precede y sigue a las conductas importantes del cliente**.
4. Estructura y planifica actividades que sigan **un plan, no un estado de ánimo**.
5. El cambio será más fácil si se empieza **por algo pequeño**.
6. Enfatiza actividades que son **naturalmente reforzantes**.
7. **Actúa** como un coach.
8. Enfatiza una **actitud empírica** de solución de problemas, y reconoce que todos los resultados son útiles.
9. No solo hables, ¡actúa!
10. **Soluciona y anticipa** posibles y reales problemas para la activación.

4. Martell, C., Dimidjian, S. y Herman-Dunn, R. (2010). Behavioral activation for depression. A clinician's guide. The Guilford Press: New York.

Áreas de vida

Se enlistan áreas de vida y ejemplos de cada una de ellas.

Relaciones interpersonales

(familia, amigos, compañeros de
trabajo, pareja)

Educación, carrera y trabajo

(educación formal, informal y
trabajo)

Recreación e intereses

(tiempo libre, ocio y voluntariado)

Mente, cuerpo y espiritualidad

(espiritualidad, salud física, mental,
citas médicas)

Responsabilidades diarias

(aseo de casa, llevar a niños a la
escuela, etc)

Ejercicio de evaluación

Mencionar con cuáles áreas de vida le gustaría comenzar a trabajar.

Valores.

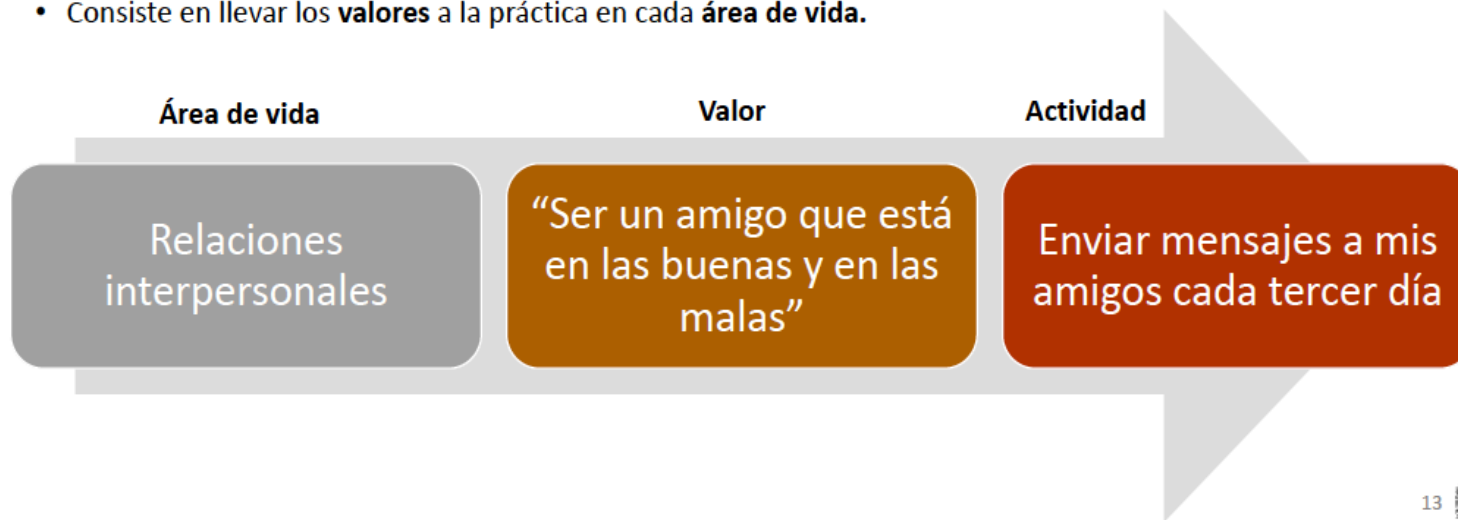
- Se define como valor a aquello que es más importante para el paciente en cada una de las áreas de vida.
- Representa el COMO le gustaría vivir al paciente en cada una de sus áreas.
- Si de pronto desaparecieras sin dejar rastro, ¿cómo te gustaría ser recordado en el trabajo/escuela/familia/como pareja/como padre/?

Ejercicio de evaluación

Se invitará al paciente a enunciar un valor por cada área de vida.

Actividades.

- Las actividades pueden ser explicadas como “cosas que hacemos con características observables y medibles”.
- Consiste en llevar los **valores** a la práctica en cada **área de vida**.



Ejercicio de evaluación.

Planear 2-3 actividades para poner en práctica durante la semana

* El criterio puede disminuirse según las características del participante.