

EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL SOBRE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ADHERENCIA AL TAR EN UN PACIENTE CON VIH: ESTUDIO DE CASO

EFFECT OF A COGNITIVE-BEHAVIORAL INTERVENTION ON DEPRESSION, ANXIETY, AND ART ADHERENCE IN A PATIENT WITH HIV: A CASE STUDY

María Amanda Julieta Tello-Bello¹ y Francisco Javier Rosas Santiago²

SUMARIO: 1. Introducción, 2. Método, 3. Resultados, 5. Discusión, 6. Conclusiones y recomendaciones, Referencias

RESUMEN

Este estudio de caso evaluó los efectos de una intervención cognitivo-conductual breve sobre los niveles de depresión, ansiedad y adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) en una persona que vive con VIH. Se utilizó un diseño experimental de caso único con mediciones pre, post y seguimiento a seis meses. La intervención incluyó psicoeducación, reestructuración cognitiva y entrenamiento en solución de problemas. Se observaron mejoras significativas en los niveles de adherencia al TAR, así como una reducción clínica en los síntomas afectivos. Aunque hubo un leve repunte de ansiedad y depresión en el seguimiento, los puntajes se mantuvieron por debajo del nivel severo. Los hallazgos respaldan la utilidad de la TCC breve para mejorar la salud mental y la adherencia al tratamiento en personas que viven con VIH.

ABSTRACT

This case study evaluated the effects of a brief cognitive-behavioral intervention on depression, anxiety, and adherence to antiretroviral therapy (ART) in a person living with HIV. A single-case experimental design was used, with pre-test, post-test, and six-month follow-up measurements. The intervention included psychoeducation, cognitive restructuring, and problem-solving training. Results showed significant improvement in ART adherence and clinical reductions in affective symptoms. Although a slight rebound in anxiety and depression was observed at follow-up, levels remained below the severe range. Findings support the utility of brief CBT interventions to improve mental health and ART adherence among people living with HIV.

1 Psicóloga con experiencia académica y profesional en salud pública y comunitaria. Ha participado en proyectos sobre determinantes sociales, autocuidado y estrategias cognitivo-conductuales.

2 Psicólogo e investigador en el área de la psicología de la salud. Profesor universitario y autor de trabajos sobre salud mental con enfoques contextuales y cognitivo conductuales.

PALABRAS CLAVE: VIH, terapia cognitivo-conductual, adherencia, salud mental, estudio de caso

KEYWORDS: HIV, cognitive-behavioral therapy, adherence, mental health, case study

1. Introducción

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) constituye una de las principales amenazas para la salud pública global. A pesar de los avances terapéuticos alcanzados en las últimas décadas —particularmente con la introducción del tratamiento antirretroviral (TAR)— el control sostenido de la infección sigue dependiendo, en gran medida, de la adherencia continua y rigurosa a dicho tratamiento. Sin embargo, múltiples estudios han documentado que las personas que viven con VIH (PVVIH) presentan una alta prevalencia de trastornos mentales, en especial síntomas de depresión y ansiedad, los cuales se asocian consistentemente con una menor adherencia terapéutica (Damtie et al., 2021; Remien et al., 2019; Plascencia de la Torre et al., 2019; Chaudhury et al., 2016; Safren et al., 2016).

Diversos estudios han documentado una alta prevalencia de problemas de ansiedad (Chaudhury et al., 2016) y síntomas depresivos (Tran et al., 2019) en este grupo. Esta condición no solo compromete significativamente el bienestar psicológico de los pacientes, sino que también se ha asociado con un deterioro en el curso clínico de la enfermedad (Bernard et al., 2017), complicando directamente la efectividad del TAR al reducir la motivación, afectar

funciones ejecutivas y alterar rutinas diarias de cuidado personal (Ayele et al., 2021).

En este contexto, la terapia cognitivo-conductual (TCC) ha emergido como una intervención basada en la evidencia para el tratamiento tanto de la depresión como de la ansiedad, incluyendo su aplicación en poblaciones con enfermedades crónicas como el VIH. Múltiples ensayos controlados aleatorizados han demostrado la efectividad de la TCC para reducir síntomas afectivos y mejorar la adherencia al tratamiento en PVVIH, mediante técnicas como la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, el manejo de contingencias y la resolución de problemas (Qin, et al 2022; Safren et al., 2016; Brown, et al., 2016; Antoni, et al. 2006).

La mayoría de los estudios sobre intervenciones dirigidas a reducir la depresión y la ansiedad en personas que viven con VIH (PVVIH) se han basado en diseños grupales con muestras grandes (Chibanda et. al, 2015; Silva y Santana, 2025), centrados en el análisis de promedios entre grupos. Si bien este enfoque ha aportado evidencia sobre la eficacia general de ciertos tratamientos, tiende a invisibilizar cambios clínicamente relevantes a nivel individual, sobre todo en poblaciones heterogéneas o con alta

variabilidad intraindividual (Kazdin, 2011). En contraste, el diseño de caso único, cuando se implementa con criterios metodológicos rigurosos, representa una estrategia experimental válida para estudiar el efecto de una intervención en un solo individuo a lo largo del tiempo. Este tipo de diseño permite capturar la dinámica idiosincrática del cambio mediante medidas repetidas, comparaciones intra-sujeto y controles internos como líneas base estables y seguimientos longitudinales (Kazdin, 2021). Por ello constituye una alternativa útil en fases iniciales de intervención clínica o en contextos donde se prioriza la comprensión funcional y contextual del cambio terapéutico más que su generalización estadística.

La presente investigación se sitúa precisamente en este marco. Su objetivo fue analizar, mediante un diseño de caso único con medidas pre, post y de seguimiento, los efectos de una intervención individual de TCC sobre los niveles de depresión, ansiedad y adherencia al TAR en una persona adulta viviendo con VIH. Al elegir un enfoque de caso único, se busca no sólo documentar la eficacia clínica de la intervención en un contexto controlado, sino también generar hipótesis útiles para investigaciones posteriores de mayor alcance, aportando datos clínicos matizados y representativos de la complejidad de los procesos de cambio psicológico en PVVIH.

2. Método

Diseño y paradigma

Este estudio se enmarca en el paradigma positivista, bajo una perspectiva empírica-cuantitativa. Se empleó un diseño de caso

único de tipo A-B con seguimiento a los seis meses. Este tipo de diseño permite observar el impacto de una intervención psicológica en un solo sujeto, facilitando la comprensión detallada de los procesos de cambio individual a través de medidas repetidas y comparaciones intra-sujeto (Kazdin, 2021).

Participante

El participante fue un hombre de 21 años de edad, se consideraba a sí mismo homosexual, de estado civil soltero y sin pareja al momento del estudio. Fue referido por su médico infectólogo a consulta psicológica privada debido a dificultades en la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR), en el contexto de un diagnóstico de VIH recibido un año antes. Residía en una vivienda propia ubicada en una zona urbana de nivel socioeconómico medio, junto con su madre y una hermana menor. Contaba con estudios de nivel medio superior (preparatoria concluida) y trabajaba como auxiliar administrativo en una empresa local, con un ingreso mensual aproximado de \$8,000 MXN.

Durante la entrevista clínica inicial (semi-estructurada), el participante reportó malestar emocional persistente, dificultades para conciliar el sueño, disminución del interés en actividades cotidianas, preocupaciones constantes relacionadas con su salud, evitación de situaciones sociales y temor al estigma asociado al VIH.

Técnicas e instrumentos de evaluación

1. Entrevista cognitivo-conductual estructurada: entrevista clínica basada en los principios de la terapia cognitivo-

conductual, diseñada para identificar antecedentes, características del problema, pensamientos disfuncionales, emociones asociadas y conductas problemáticas. Facilita la formulación clínica y la planificación de la intervención terapéutica. En este estudio, se empleó como técnica inicial para la evaluación funcional del caso y para guiar el proceso terapéutico.

2. Inventario de ansiedad de Beck (IAB) (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988; validado por Robles et al., 2001): consta de 21 ítems que evalúan la severidad de los síntomas de ansiedad en una escala tipo Likert de 0 a 3. En población mexicana, presenta una alta consistencia interna ($\alpha = .90$). Los puntos de corte se clasifican como

leve (0–21), moderado (22–35) y severo (≥ 36).

3. Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II) (Beck, Steer & Brown, 1996; validado por Jurado et al., 1998): instrumento de 21 ítems que mide la intensidad de los síntomas depresivos, con opciones de respuesta de 0 a 3. En población mexicana, su confiabilidad supera los .85. Los puntos de corte son: leve (14–19), moderado (20–28) y severo (≥ 29).

4. Cuestionario para la evaluación de la adherencia al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH) (Remor, 2002): compuesto por 20 ítems que evalúan actitudes, barreras y conductas relacionadas con el cumplimiento del TAR. En su validación

Tabla 1. Intervención

Referencia	Sesión	Enfoque	Objetivo clínico	Actividades
Addis & Martell (2004); Safren et al. (2007)	1	Psicoeducación	Brindar información sobre VIH, ansiedad, depresión y adherencia al TAR	Entrevista motivacional, explicación del modelo cognitivo y ciclo de mantenimiento de síntomas, entrega de folleto informativo
Beck (1979); Wright et al. (2017)	2	Terapia cognitiva	Identificar pensamientos automáticos disfuncionales	Registro de pensamientos, introducción al modelo A-B-C
Beck & Weishaar (2005)	3	Reestructuración cognitiva	Modificar creencias disfuncionales asociadas al TAR y la autoeficacia	Debate socrático, técnica de flecha descendente, tareas para casa
D'Zurilla & Nezu (2010)	4	Solución de problemas	Enseñar habilidades para enfrentar barreras cotidianas	Entrenamiento en resolución de problemas: identificación del problema, generación de alternativas, toma de decisiones
Nezu et al. (2012); Safren et al. (2009)	5	Reestructuración conductual	Reforzar rutinas de autocuidado y toma de TAR	Planificación conductual, diseño de recordatorios, uso de reforzadores
Marlatt & Gordon (1985); Linehan (2014)	6	Consolidación y prevención de recaídas	Sintetizar avances y planificar estrategias ante futuros estresores	Repaso de logros, plan de acción, carta al yo futuro

Tabla 2. Procedimiento

Etapa	Objetivo	Instrumento(s)	Aplicación
Preintervención	Establecer línea base	Entrevista, IAB, BDI-II, CEAT-VIH	Primera sesión, antes de iniciar la intervención
Postintervención	Medir cambios inmediatos	Entrevista, IAB, BDI-II, CEAT-VIH	Sesión 6 (final)
Seguimiento	Evaluar mantenimiento del cambio	Entrevista, IAB, BDI-II, CEAT-VIH	Seis meses después, por videollamada.

mexicana obtuvo un alfa de Cronbach de .80. Puntajes inferiores a 80 indican riesgo de no adherencia.

Proceso terapéutico

La intervención se realizó en consultorio privado, con una sesión semanal de 60 minutos durante seis semanas. Se implementó un enfoque integrativo centrado en la terapia cognitivo-conductual, con adaptaciones según el modelo de Beck y el entrenamiento en solución de problemas. Cada sesión fue estructurada, con agenda definida, ejercicios en sesión, tareas para casa y revisión del cumplimiento del TAR. Se promovieron habilidades metacognitivas para el automonitoreo y la prevención de recaídas.

Consideraciones éticas

El participante otorgó su consentimiento informado por escrito, garantizando confidencialidad, voluntariedad y derecho a suspender su participación sin consecuencias. El protocolo fue diseñado conforme a los principios del Código de ética del psicólogo (FENAPSIME), la Ley General de Salud en materia de investigación y la Declaración de Helsinki. Se aseguró comunicación continua con el infectólogo tratante, sin compartir información sensible, y los avances terapéuticos fueron documentados con fines clínicos y

académicos, preservando en todo momento el anonimato del paciente.

3. Resultados

Evaluación pre intervención

Durante la entrevista cognitivo-conductual estructurada, se identificaron múltiples esquemas disfuncionales relacionados con el autoconcepto, la salud y las relaciones interpersonales. El participante expresó cogniciones centrales del tipo: “Tener VIH me hace menos valioso”, “Nadie me va a querer con esta enfermedad” y “Soy una carga para mi familia”. Estas creencias se acompañaban de emociones de tristeza intensa, culpa y desesperanza, y se vinculaban con conductas de evitación social, aislamiento afectivo y abandono de actividades placenteras. Se identificaron también distorsiones cognitivas de tipo dicotómico (“Si no estoy completamente sano, estoy perdido”) y catastrofista (“Esto solo va a empeorar”).

En cuanto a las respuestas conductuales, se observó un deterioro en las rutinas de autocuidado, con irregularidad en la toma de la medicación, insomnio inicial y tendencia al retraimiento. Asimismo, se constató un repertorio limitado de estrategias de afrontamiento y baja percepción de

autoeficacia ante situaciones relacionadas con la enfermedad y el estigma.

En los instrumentos psicométricos, el BDI-II arrojó un puntaje de 34, correspondiente a un nivel severo de depresión. El IAB registró 29 puntos, dentro del rango de ansiedad severa, y el CEAT-VIH indicó una baja adherencia con un puntaje de 66, por debajo del punto de corte clínico establecido (Remor, 2002). Estos resultados confirmaron la presencia de un malestar emocional significativo, así como dificultades concretas en la adherencia al tratamiento.

Evaluación post intervención

Al finalizar la sexta sesión, la entrevista de seguimiento estructurada reveló cambios importantes en el sistema de creencias del participante. Las cogniciones no adaptativas asociadas a desesperanza y desvalorización dieron paso a pensamientos más funcionales, como “Mi diagnóstico no me define” y “Sí hay cosas que puedo hacer para sentirme mejor”. El participante describió una mayor disposición a afrontar situaciones sociales, retomó actividades placenteras y reportó sentirse “menos solo” y “más en control”. A nivel emocional, refirió una disminución del llanto, mayor motivación para realizar actividades cotidianas y una mejora notable en el sueño. Asimismo, verbalizó un mayor sentido de agencia y responsabilidad frente a su salud.

Estas percepciones se reflejaron en los instrumentos aplicados. El BDI-II descendió a 16 puntos, clasificándose como depresión leve, mientras que el IAB se redujo a 12

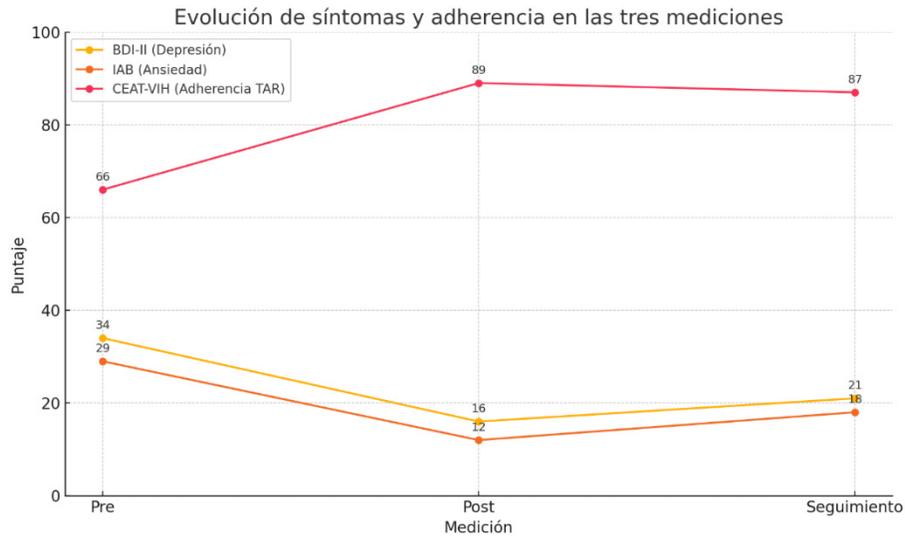
puntos, indicando ansiedad leve. En relación con el TAR, el CEAT-VIH mostró una mejoría considerable, alcanzando 89 puntos, dentro del rango de alta adherencia. Estos avances se vincularon con la implementación sistemática de estrategias de autocuidado como alarmas, notas en la agenda y acompañamiento familiar, así como con una mayor interiorización del beneficio del tratamiento.

Evaluación de seguimiento (seis meses)

Durante el seguimiento a los seis meses, realizado por videollamada, el participante mostró una conservación parcial de los avances alcanzados. En la entrevista de seguimiento, señaló haber mantenido las rutinas de autocuidado y continuar con el TAR sin omisiones. Refirió sentirse más autónomo y con mayor claridad para identificar emociones y pensamientos disfuncionales, aunque también reportó un repunte de ansiedad relacionado con una infección respiratoria reciente, que activó el temor a una posible recaída.

Este retorno de síntomas, aunque leve, se reflejó en las evaluaciones psicométricas: el BDI-II subió a 21 puntos, clasificándose como depresión moderada, y el IAB ascendió a 18 puntos, indicando ansiedad moderada. No obstante, el CEAT-VIH se mantuvo en 87 puntos, lo que confirma una adherencia alta y estable al tratamiento. Estos hallazgos sugieren que, si bien el efecto terapéutico se sostuvo en cuanto a conductas de salud, el estado emocional sigue siendo vulnerable ante eventos estresantes. Los puntajes obtenidos en la evaluación de los tres momentos se muestran en la figura 1.

Figura 1. Evolución de síntomas y adherencia en las tres mediciones.



5. Discusión

Los hallazgos del presente estudio de caso evidencian el impacto positivo de una intervención cognitivo-conductual breve sobre la salud mental y la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) en una persona que vive con VIH. De forma consistente con la literatura, se observó una disminución significativa de los síntomas de ansiedad y depresión, así como una mejora sustancial en la adherencia al TAR posterior a la intervención. Estos efectos se alinean con estudios que han documentado la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en personas con VIH, particularmente cuando se integran componentes centrados en la modificación de creencias disfuncionales, la activación conductual y el fortalecimiento de la autoeficacia (Shi, et al., 2019; Safren et al., 2016).

La reducción del puntaje del BDI-II de 34 (depresión severa) a 16 (nivel leve) y del

Inventario de ansiedad de Beck, de 29 a 12 tras la intervención, representa un cambio clínicamente relevante. Estos resultados son congruentes con los encontrados por Brown y otros (2016), quienes reportaron que intervenciones cognitivo-conductuales de entre seis y diez sesiones redujeron significativamente la sintomatología afectiva en adultos con VIH en contexto ambulatorio. Asimismo, la incorporación de técnicas como la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en solución de problemas y la activación conductual ha demostrado ser eficaz para reducir síntomas internalizantes en esta población (Sánchez-Román et al., 2006; Sherr et al., 2011).

No obstante, el leve repunte de síntomas emocionales observado durante el seguimiento a seis meses (BDI-II = 21; IAB = 18) indica que, si bien la intervención fue eficaz, los cambios no fueron completamente estabilizados

en el tiempo. Este patrón es común en intervenciones breves cuando no se cuenta con un esquema de mantenimiento o seguimiento (Beck, 2020). El retorno parcial de la sintomatología ante un estresor físico (una infección respiratoria) coincide con estudios que señalan la vulnerabilidad emocional en PVVIH ante eventos percibidos como amenazas a su salud, especialmente en quienes han experimentado episodios depresivos previos (Antoni, et al., 2018; Koenig et al., 2023).

Por otro lado, la mejora sostenida en la adherencia al TAR (CEAT-VIH de 66 a 89, con mantenimiento en 87) destaca la capacidad de la TCC para influir en conductas de salud. Esta adherencia mantenida puede atribuirse a estrategias concretas desarrolladas durante el proceso terapéutico, como la organización de rutinas, el uso de recordatorios y el involucramiento de redes de apoyo. Estudios como los de Carrico y otros (2006) y de Simoni y otros (2015) han demostrado que la TCC adaptada a la adherencia — cuando incluye técnicas de resolución de problemas y motivación— produce efectos duraderos incluso en pacientes con historial de incumplimiento.

Las observaciones clínicas aportan profundidad al análisis de los resultados. El cambio en las verbalizaciones del participante, de pensamientos de desesperanza (“nada va a cambiar”) a afirmaciones de agencia (“sí hay cosas que puedo hacer”), reflejan una transformación en sus esquemas cognitivos. La identificación y reestructuración de creencias disfuncionales, tales como “Tener

VIH me hace menos valioso”, y su sustitución por cogniciones más realistas y funcionales es uno de los mecanismos centrales del cambio en la TCC y ha sido ampliamente validado en contextos de VIH (Hosek et al., 2015; Carrico et al., 2006).

Además, el fortalecimiento de rutinas de autocuidado y la integración de actividades placenteras aportaron un sentido de control al participante, lo cual es fundamental en intervenciones dirigidas a reducir ansiedad en contextos de enfermedad crónica (Antoni et al., 2018; Kalichman et al., 2021). La carta al yo futuro, utilizada como técnica de cierre, evidenció un proceso de resignificación de la experiencia, elemento que favorece la consolidación del cambio terapéutico (Safren et al., 2016).

Es importante destacar que el presente trabajo se enmarca en el diseño metodológico de un estudio de caso, lo cual representa tanto una fortaleza como una limitación. Como fortaleza, permite una comprensión en profundidad del proceso terapéutico individual, incorporando dimensiones subjetivas, observacionales y cuantitativas en una narrativa integrada. Sin embargo, sus resultados no son generalizables a poblaciones más amplias. A diferencia de la mayoría de los estudios existentes, que evalúan intervenciones cognitivo-conductuales en formato grupal (Safren et al., 2016; Simoni et al., 2015), este estudio se enfocó en una intervención individual, lo que aporta evidencia complementaria sobre la eficacia de intervenciones adaptadas a las necesidades particulares de una persona. Considerando que muchas investigaciones se han centrado en grupos con poblaciones

homogéneas (por ejemplo, hombres que tienen sexo con hombres o usuarios de sustancias), este estudio de caso pone de relieve la necesidad de abordar procesos terapéuticos personalizados en contextos clínicos diversos.

Por otra parte, los efectos positivos inmediatos de la intervención sobre ansiedad, depresión y adherencia al TAR no se mantuvieron a los seis meses. Una posible explicación es la regresión a la media, un fenómeno estadístico que ocurre cuando las mediciones iniciales se sitúan en extremos (por ejemplo, alta sintomatología) y tienden a aproximarse al promedio en evaluaciones posteriores, independientemente de la intervención. Esto puede generar la ilusión de mejora inmediata o deterioro posterior, especialmente en diseños sin grupo control (Kazdin, 2011). No obstante, el repunte observado también señala los límites de los enfoques breves y la necesidad de esquemas de atención continua. Como sugieren los modelos de cuidado escalonado en salud mental (World Health Organization, 2016), intervenciones de corta duración deben complementarse con seguimiento estructurado para sostener los avances terapéuticos. Dentro de estos esquemas de mantenimiento, se recomienda incluir estrategias como la psicoeducación sobre recaídas, planes de acción individualizados y el entrenamiento en habilidades de autorregulación emocional, con el fin de fortalecer la autonomía del paciente ante posibles fluctuaciones del estado emocional o conductual.

En este caso, una vez concluido el tratamiento, el paciente refirió sentirse mejor y optó por no continuar con sesiones

adicionales, señalando que regresaría en caso de necesitarlo. Posteriormente, se le dio seguimiento intermitente mediante medios electrónicos, y a los seis meses se le localizó para aplicar la evaluación de seguimiento, la cual se realizó por videollamada debido a que el paciente se encontraba de viaje. Esta condición representa una posible fuente de sesgo en el autorreporte de síntomas.

Cabe destacar que la intervención combinó enfoques que, además de su eficacia sintomática, pueden enmarcarse dentro de una perspectiva salutogénica, en tanto que buscan no solo la reducción del malestar, sino también el fortalecimiento de recursos personales, el desarrollo de estrategias de afrontamiento y una mayor comprensión del malestar. Estos elementos resultan potencialmente relevantes para afrontar de manera más adaptativa los desafíos de la vida cotidiana. Incorporar esta perspectiva permite trascender el modelo centrado en el déficit y orientar las intervenciones hacia el fortalecimiento del bienestar psicológico como un proceso dinámico y continuo.

6. Conclusiones y recomendaciones finales
Este estudio de caso aporta evidencia clínica sobre la efectividad de una intervención cognitivo-conductual breve e individual en una PVVIH, destacando mejoras en síntomas afectivos y adherencia al tratamiento antirretroviral. A diferencia de la mayoría de los estudios, centrados en formatos grupales, este trabajo muestra que el abordaje individual permite intervenir de manera específica en creencias disfuncionales asociadas al estigma, la autoeficacia y el autocuidado. Aunque se observó un repunte leve de

síntomas en el seguimiento, los hallazgos respaldan la necesidad de integrar esquemas de mantenimiento y de capacitar al personal clínico en estrategias adaptadas culturalmente como la psicoeducación sobre recaídas. Se recomienda ampliar la investigación mediante estudios de caso y enfoques híbridos para fortalecer la atención psicológica en contextos con barreras de acceso.

Referencias

- Addis, M. E., & Martell, C. R. (2004). *Overcoming depression one step at a time: The new behavioral activation approach to getting your life back*. New Harbinger Publications.
- Antoni, M. H., Carrico, A. W., Durán, R. E., Spitzer, S., Penedo, F., Ironson, G., Gail, M. D., Fletcher, M. A., Klimas, N., & Schneiderman, N. (2006). Randomized clinical trial of cognitive behavioral stress management on human immunodeficiency virus viral load in gay men treated with highly active antiretroviral therapy. *Psychosomatic Medicine*, 68(1), 143–151. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000195749.60049.63>
- Antoni, M. H., Schneiderman, N., LaPerriere, A., Bourguignon, L., & Fletcher, M. A. (2018). Psychoneuroimmunology and stress responses in HIV-1 seropositive and at-risk seronegative gay men. In *Stress and disease processes* (pp. 139–163). Psychology Press.
- 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. *Journal of Affective Disorders*, 270, 174–187. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.068>
- Ayele, W. M., Tegegne, T. B., Damtie, Y., Chanie, M. G., & Mekonen, A. M. (2021). Prevalence of consistent condom use and associated factors among serodiscordant couples in Ethiopia, 2020: A mixed method study. *BioMed Research International*, 2021 (1). <https://doi.org/10.1155/2021/9923012>
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin Books.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3204199/>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory-II*. Psychological Corporation.
- Beck, A. T., & Weishaar, M. (2005). *Cognitive therapy*. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (pp. 241–272). Thomson Brooks/Cole.
- Bernard, C., Dabis, F., & de Rekeneire, N. (2017). Prevalence and factors associated with depression in people living with HIV in sub Saharan Africa: A systematic review and meta analysis. *PLoS ONE*, 12(8), Article e0181960. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181960>
- Brown, L. K., Kennard, B. D., Emslie, G. J., Mayes, T. L., Whiteley, L. B., Bethel, J., Xu, J., Thornton, S. B., Tanney, M. R., Hawkins, L. A., Garvie, P. A., Subramaniam, G. A., Worrell, C. J., Stoff, L. W., & Adolescent Trials Network for HIV/AIDS Interventions. (2016). *Effective treatment of depressive disorders in medical clinics for adolescents and young*

- adults living with HIV: A controlled trial. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 71(1), 38–46. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000803>
- Carrico, A. W., Antoni, M. H., Durán, R. E., Ironson, G., Penedo, F., Fletcher, M. A., Klimas, N., & Schneiderman, N. (2006). Reductions in depressed mood and denial coping during cognitive behavioral stress management with HIV positive gay men treated with HAART. *Annals of Behavioral Medicine*, 31(2), 155–164. https://doi.org/10.1207/s15324796abm3102_7
- Chaudhury, S., Bakhla, A. K., & Saini, R. (2016). Prevalence, impact, and management of depression and anxiety in patients with HIV: A review. *Neurobehavioral HIV Medicine*, 7, 15–30. <https://doi.org/10.2147/NBHIV.S68956>
- Chibanda, D., Cowan, F. M., Healy, J. L., Abas, M., & Lund, C. (2015). Psychological interventions for common mental disorders for people living with HIV in low and middle income countries: A systematic review. *Tropical Medicine & International Health*, 20(7), 830–839. <https://doi.org/10.1111/tmi.12500>
- Damtie, Y., Kefale, B., Yalew, M., Arefaynie, M., Adane, B., Edmealem, A., & Andualem, A. (2021). Depressive symptoms and associated factors among HIV positive patients attending public health facilities of Dessie town: A cross sectional study. *PLOS ONE*, 16(8), e0255824. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255824>
- D’Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2010). Problem-solving therapy. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*, 3(1), 197–225. Guilford Press. <https://nibmehub.com/opac-service/pdf/read/Handbook%20of%20Cognitive-Behavioral%20Therapies.pdf#page=212>
- Hosek, S. G., Lemos, D., Hotton, A. L., Fernandez, M. I., Telander, K., Footer, D., & Bell, M. (2015). An HIV intervention tailored for Black young men who have sex with men in the House Ball Community. *AIDS Care*, 27(3), 355–362. <https://doi.org/10.1080/09540121.2014.963016>
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 26–31.
- Kalichman, S., Mathews, C., El Krab, R., Banas, E., & Kalichman, M. (2021). Forgoing antiretroviral therapy to evade stigma among people living with HIV, Cape Town, South Africa. *Journal of Behavioral Medicine*, 44(5), 653–661. <https://doi.org/10.1007/s10865-021-00212-2>
- Kazdin, A. E. (2011). Evidence based treatment research: Advances, limitations, and next steps. *American Psychologist*, 66(8), 685–698. <https://doi.org/10.1037/a0024975>
- Koenig, L. J., Khurana, N., Islam, M. H., Gopalappa, C., & Farnham, P. G. (2023). Closing the gaps in the continuum of depression care for persons with HIV: Modeling the impact on viral suppression in the United States. *AIDS*, 37(7), 1147–

1156. <https://doi.org/10.1097/QAD.00000000000003536>
- Linehan, M. (2014). *DBT® skills training manual*. Guilford Press.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford Press.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & D'Zurilla, T. J. (2012). *Problem-solving therapy: A treatment manual*. Springer Publishing Company.
- Plascencia De la Torre, J. C., Chan Gamboa, E. C., & Salcedo Alfar, J. M. (2019). Variables psicosociales predictoras de la no adherencia a los antirretrovirales en personas con VIH SIDA. *CES Psicología*, 12(3), 67-79. <https://doi.org/10.21615/cesp.12.3.5>
- Qin, K., Zeng, J., Liu, L., & Cai, Y. (2022). Effects of cognitive behavioral therapy on improving depressive symptoms and increasing adherence to antiretroviral medication in people with HIV. *Frontiers in Psychiatry*, 13, Article 990994. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.990994>
- Remien, R. H., Stirratt, M. J., Nguyen, N., Robbins, R. N., Pala, A. N., & Mellins, C. A. (2019). Mental health and HIV/AIDS: The need for an integrated response. *AIDS*, 33(9), 1411-1420. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002227>
- Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*, 14(2), 262-267. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=718>
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218. https://www.researchgate.net/publication/283150414_The_Mexican_version_of_Beck_Anxiety_Inventory_Psychometric_properties
- Safren, S. A., Bedoya, C. A., O'Cleirigh, C., Biello, K. B., Pinkston, M. M., Stein, M. D., Traeger, L., Kojic, E., Robbins, G., Lerner, J.A., Herman, D., Mimiaga, M.J. & Mayer, K. H. (2016). Cognitive behavioural therapy for adherence and depression in patients with HIV: a three-arm randomised controlled trial. *The lancet HIV*, 3(11), e529-e538. [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., Wexler, D. J., Psaros, C., Delahanty, L. M., Blashill, A. J., & Cagliero, E. (2014). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for adherence and depression (CBT AD) in patients with uncontrolled type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 37(3), 625-633. <https://doi.org/10.2337/dc13-0816>
- Safren, S. A., Gonzalez, J. S., & Soroudi, N. (2007). *Coping with chronic illness: A cognitive behavioral approach for adherence and depression therapist guide (Treatments That Work)*. Oxford University Press.
- Sánchez Román, S., Velasco Furlong, L., Rodríguez Carvajal, R., & Baranda Sepúlveda, J. (2006). Eficacia de un programa cognitivo conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes médicamente enfermos. *Revista de Investigación Clínica*, 58(6), 540-546. <https://www.>

- medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=19064
- 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 & Medicine*, 24(5), 578–594. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1549739>
- Sherr, L., Clucas, C., Harding, R., Sibley, E., & Catalan, J. (2011). HIV and depression: A systematic review of interventions. *Psychology, Health & Medicine*, 16(5), 493–527. <https://doi.org/10.1080/13548506.2011.579990>
- Silva, R. F. do N., & Santana, A. M. de. (2025). Innovación en la producción de atención a la salud mental de las personas que viven con VIH con baja adherencia al tratamiento antirretroviral. *Cuaderno Pedagógico*, 22(5), e14935. <https://doi.org/10.54033/cadpedv22n5-166>
- Simoni, J. M., Kutner, B. A., & Horvath, K. J. (2015). Opportunities and Challenges of Digital Technology for HIV Treatment and Prevention. *Current HIV/AIDS Reports*, 12(4), 437–440. <https://doi.org/10.1007/s11904-015-0289-1>
- Tran, B. X., Ho, R. C. M., Ho, C. S. H., Latkin, C. A., Phan, H. T., Ha, G. H., Vu, G. T., Ying, J. & Zhang, M. W. B. (2019). Depression among Patients with HIV/AIDS: Research Development and Effective Interventions (GAPRESEARCH). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(10). <https://doi.org/10.3390/IJERPH16101772>
- Wright, J. H., Brown, G. K., Thase, M. E., & Basco, M. R. (2017). Learning cognitive-behavior therapy: An illustrated guide. American Psychiatric Pub.
- World Health Organization. (2016). mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP). In mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP). <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790>