

Impacto de estrategias cognitivo-conductuales en pacientes con VIH

Impact of cognitive behavioral strategies in patients with HIV

Lucero Belén Nicasio Guzmán
William Alves de Oliveira*

Resumen

La Terapia Cognitivo Conductual ha demostrado ser efectiva en diferentes contextos que involucran la salud mental de las personas; tal es el caso en el padecimiento de la enfermedad del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), donde la persona se puede ver afectada en sus emociones a partir de la desregulación emocional o de conductas disfuncionales. Se trata de un estudio de caso clínico que tuvo por objetivo intervenir con estrategias cognitivas y conductuales en un paciente del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Abstract

Cognitive Behavioral Therapy has proven to be effective in different contexts that involve people's mental health; Such is the case in suffering from the Human Immunodeficiency Virus (HIV) disease, where the person can be affected in their emotions from emotional dysregulation and/or dysfunctional behaviors. This is a clinical case study that aimed to intervene with cognitive and behavioral strategies in a patient from the Ismael Cosío Villegas National Institute of Respiratory Diseases (INER) in Mexico City, with HIV and depressive and

* UIC. Contacto: wiliam.oliveira@universidad-uic.edu.mx

“Ismael Cosío Villegas” (INER) en la Ciudad de México, con VIH y síntomas depresivos y ansiosos durante la pandemia de la covid-19, a partir de una propuesta de acompañamiento de cuatro sesiones. Los resultados se corroboran con la eficacia de este tipo de terapia en la disminución de sintomatologías de ansiedad y depresión.

PALABRAS CLAVE

Terapia cognitivo conductual, VIH, depresión y ansiedad.

anxious symptoms during the coronavirus pandemic. Covid-19, based on a four-session follow-up proposal. The results corroborate the efficacy of this type of therapy in reducing symptoms of anxiety and depression.

KEYWORDS

Cognitive Behavioral Therapy, HIV, Depression and Anxiety.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ataca a los linfocitos CD4 del sistema inmunitario; esto puede provocar que la persona afectada sea susceptible a adquirir diversas infecciones, cánceres y otras enfermedades, ya que el sistema inmune es capaz de protegerlo. La etapa más avanzada de la enfermedad se conoce como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), en la que se vuelve probable contraer infecciones oportunistas o algún tipo de cáncer, así como sufrir manifestaciones clínicas graves (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Por otro lado, se presenta el suicidio como consecuencia de diversos factores, entre ellos el estrés crónico, el aislamiento social, la violencia y la resistencia a tratarse, todo lo cual complica el inicio y cumplimiento del tratamiento. Las familias y cuidadores de los pacientes también pueden tener afectaciones en su salud mental como ansiedad y depresión (Organización Panamericana de la Salud, s.f.).

De acuerdo con el informe especial de vigilancia del VIH de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) (2020: 20) se estima que 40% de los pacientes con VIH presenta un trastorno psiquiátrico, y que 18% es depresión y 22% ansiedad.

También se ha informado el trastorno por uso de sustancias, el cual impide la adherencia al tratamiento y la medicación de los pacientes con VIH (López *et al.*, 2018).

Uno de los diagnósticos más comunes en pacientes con VIH es el Trastorno Depresivo Mayor, que en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-5) es descrito como la combinación de cinco o más de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas: estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer, disminución o incremento de peso, alteración en los patrones de sueño, agitación o retraso psicomotor, fatiga o falta de energía, sentimiento de inutilidad o culpabilidad, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos de muerte o ideas suicidas recurrentes. Este padecimiento provoca disfuncionalidad en el área física, social y personal en el paciente (American Psychiatric Association, 2014).

Otro trastorno con alta prevalencia en pacientes con VIH es la Ansiedad Generalizada, que se caracteriza por la presencia de sentimientos constantes de preocupación o ansiedad, sensación de que algo malo va a suceder, inquietud, irritabilidad, tensión muscular, dificultad para concentrarse, problemas de sueño y sensación de gran nerviosismo. Ambos trastornos pueden interferir en el entorno social, familiar, laboral y escolar (American Psychological Association, 2016).

Cooley *et al.* (2021) reportan que la pandemia de SARS-CoV-2 ha tenido un efecto importante en el bienestar de las personas; sin embargo, estas consecuencias pueden aumentar en la población con VIH. El acceso a su servicio médico disminuyó de manera considerable y los niveles de estrés aumentaron en el área económica. Además, se encontraron síntomas significativamente más depresivos y ansiosos, y sentimientos de soledad. También hubo un incremento de 3.8% en el consumo de alcohol, de 2.7% en el tabaco y de 3.0% en la marihuana.

En un estudio realizado en una clínica de enfermedades infecciosas en Estados Unidos, compuesto por una muestra de 648 pacientes, se encontró que, de éstos, 81.3% (n = 509) presentó sintomatología depresiva, 53.5% (n = 335) sintomatología ansiosa y 13% (81) ideación suicida. Los factores que se asocian a la ideación suicida son síntomas de ansiedad moderada a severa y de depresión moderada a severa, y carga viral no suprimida (López *et al.*, 2018).

En México, de acuerdo con el Boletín de Atención Integral de Personas con VIH del Centro Nacional para la Prevención y Control de VIH y SIDA (2020), se registró un total de 15 610 casos nuevos en la Secretaría de Salud, de los cuales 79.03% (n = 12,337) corresponde a hombres y 20.97% (n = 3,273) a mujeres. En ambos sexos, el grupo de edad que tuvo más casos fue de 15 a 29 años.

El VIH afecta las dimensiones física, social y psicológica de quien lo contrae. Se habla de afectaciones en el área psicológica, porque se manifiestan cambios en el estado de ánimo, así como a nivel de pensamiento y conducta. Es frecuente que una persona, al recibir el diagnóstico de VIH, desarrolle síntomas de depresión o ansiedad, debido a la desinformación, los mitos y prejuicios que existen en torno a la enfermedad, lo cual genera un impacto negativamente significativo en la vida de la persona y, si no se atiende adecuadamente, se pueden exacerbar las sintomatologías previamente mencionadas y un deterioro en la calidad de vida (Canales *et al.*, 2019).

La terapia cognitivo conductual brinda diferentes estrategias para reducir los niveles de ansiedad y depresión, como reestructuración cognitiva, relajación muscular, autorrevelación de la enfermedad, aprendizaje de medidas para el sexo seguro y el establecimiento de una red de apoyo. También ayuda al desarrollo de habilidades para la toma de medicamentos, con el propósito de mejorar la calidad de vida de los pacientes (Bestard *et al.*, 2018).

Este tipo de terapia, TCC, favorece la adherencia al tratamiento antirretroviral, reduce el estigma y la discriminación, beneficia los

estilos de afrontamiento adaptativos y disminuye las conductas de riesgo. Las intervenciones conductuales y cognitivo conductuales han sido las intervenciones psicológicas con mayor efectividad en la disminución de estas dificultades (Caballero y Gálvez, 2019).

En un estudio realizado en la Ciudad de México, se comprobó la efectividad de una intervención cognitivo conductual en el entrenamiento de adherencia a la medicación antirretroviral y para la reducción de sintomatología depresiva. Las estrategias utilizadas fueron activación conductual, solución de problemas, respiración diafragmática y relajación muscular (Valle *et al.*, 2019).

Identificación del paciente y motivo de consulta

Paciente masculino de 35 años, con escolaridad secundaria. Su lugar de origen es la Ciudad de México, México. Actualmente reside en el Estado de México; es soltero y no tiene hijos. En su expediente está registrado como discapacitado; sin embargo, trabaja como masajista. Por motivos de confidencialidad, el paciente será identificado como N.

N fue diagnosticado con VIH en 2011; a causa de esta enfermedad, tuvo citomegalovirus en 2013, lo que le provocó desprendimiento de retina y que su capacidad visual se viera comprometida. En 2014, fue hospitalizado en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas” (INER) en la Ciudad de México; desde entonces, es atendido en el Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (Cieni) del mismo. N lleva tratamiento antirretroviral con Duronavir/Cobicustat-Prezcobix, Dolutegravir-Tivicay, y presenta adherencia al tratamiento.

Historia del problema

Durante la consulta por telemedicina con el médico tratante (infectólogo), para revisar sus resultados de conteo de células CD4 y car-

ga viral, N refirió síntomas de ansiedad, por lo que fue canalizado al área de salud mental.

N preguntó a su médico si podía tomar valeriana y pasiflora (extractos de plantas medicinales) para sentirse mejor; también deseaba saber si estos medicamentos naturales podían interferir con el tratamiento antirretroviral (TAR) que estaba llevando. Así que el médico lo refirió a psicología para que se le brindara el tratamiento necesario.

El detonante del malestar emocional del paciente fue el hecho de que muchas personas conocidas se habían enfermado y fallecido por covid-19. La duración de este malestar fue de mes y medio. Otros problemas que N refirió en este tiempo de malestar se relacionaban con el sueño, el apetito, desesperanza y miedo a que pase lo peor. También aumentó su consumo de tabaco.

Su estado de ánimo comenzó a afectar su adherencia al TAR; sin embargo, podía percibir que, cuando aumentaba su ansiedad, llegaba a olvidar la toma del medicamento. Debido a los resultados arrojados por las evaluaciones en depresión y ansiedad, N debía ir a valoración psiquiátrica, pero no aceptó; refirió que prefería “tomar cosas naturales”, porque en una experiencia previa en psiquiatría no vio adherencia al tratamiento y piensa que tomar medicación “podría afectar su memoria”.

Para un manejo puntual de la sintomatología, se le enseñaron técnicas de relajación, ajustándolas a su debilidad visual. También se revisaron otras estrategias de regulación emocional. El plan de tratamiento singular (PTS) que se estableció fue realizar un seguimiento semanal y se acordó que, si no había mejoría en dos semanas, se referiría también a valoración psiquiátrica.

Evaluación psicológica

La primera estrategia de evaluación utilizada con N fue la entrevista para conocer más de cerca sus antecedentes y el malestar emocional que refería.

Las variables dependientes que se evaluaron fueron los síntomas de ansiedad, depresión y el consumo de sustancias, las cuales se midieron con los siguientes instrumentos:

- Depresión a través del Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), utilizado para evaluar la presencia de síntomas depresivos durante las dos semanas previas a la aplicación. Se compone de 9 ítems y se califica con una escala Likert que va de 0 (nunca) a 1 (varios días), 2 (más de la mitad de los días) y 3 (casi todos los días); el puntaje va de 0 a 27 puntos (Ferreira, Sousa y Salgado, 2019).
- Ansiedad evaluada con el instrumento Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) compuesto por 7 ítems basados en los criterios para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Se mide a partir de las dos semanas anteriores a la aplicación y la frecuencia en que el paciente ha tenido algunos de los síntomas presentados. Se evalúa con una escala Likert de 4 puntos, desde “nada” a “casi todos los días” (Sousa *et al.*, 2015).
- Consumo de sustancias a través del Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), que detecta el consumo de alcohol, tabaco y sustancias desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasifica a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia: bajo, moderado o alto. Además, brinda información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Diagnóstico: Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno Depresivo Mayor (DSM5).

Formulación clínica del caso

Es un paciente de 35 años con quien se trabajó en línea por llamada telefónica, debido a la pandemia por covid-19. En las sesiones, N se mostró consciente y alerta de su entorno y orientado en tiempo, lugar y persona. La memoria, atención y concentración se conservan sin dificultades; además, evidencia lo siguiente: pensamiento abstracto y sin fallas en el juicio; estado de ánimo depresivo y ansioso; lenguaje lógico y adecuado, tendencia a lentitud. Sin embargo, su volumen es apropiado. Tiene noción de la enfermedad que padece y lleva a cabo medidas de autocuidado en cuanto a la enfermedad de VIH y a las medidas sanitarias por la covid-19.

El paciente refirió miedo a contagiarse de covid-19 dado lo que se observa a su alrededor con sus conocidos, así como otras alteraciones en su patrón de sueño y en su alimentación. Asimismo, se observó a N predispuesto a recibir tratamiento psiquiátrico por una experiencia previa en la que refiere que no le funcionó. A pesar de esta situación, tiene una actitud cooperadora y accesible con el tratamiento psicológico.

En la evaluación de depresión con el PHQ-9, obtuvo una puntuación de 16 (nivel moderado severo). En ansiedad con el GAD-7, tuvo una puntuación de 16 (nivel severo). Por último, en consumo de sustancias con el ASSIST, presentó un riesgo alto en tabaco; en alcohol, marihuana y cocaína, tuvo un riesgo bajo.

Hipótesis

Al trabajar las técnicas de respiración, relajación, reestructuración cognitiva y estrategias de autocuidado con el paciente, se observará una remisión total o parcial de los síntomas depresivos y ansiosos.

Tratamiento

Se trabajó con el paciente una intervención cognitivo-conductual de 4 sesiones, en la que se emplearon las siguientes técnicas:

- **Respiración profunda:** involucra una inspiración profunda, continúa con un periodo de retención de 5 a 10 segundos y termina con una exhalación lenta. Esta técnica ayudará a que el paciente logre un estado de relajación después de un momento de alta respuesta emocional (Labrador, 2008).
- **Reestructuración cognitiva:** su objetivo es identificar y modificar las cogniciones desajustadas que presenta el paciente, explicando el impacto negativo que tiene sobre su conducta y sus emociones, de modo que el paciente evalúe la funcionalidad y veracidad del pensamiento que se le presente y empiece a modificarlo por uno más funcional (Calero *et al.*, 2011).
- **Estrategias de autocuidado:** es la práctica de actividades desarrolladas por el paciente para mantener su salud y elevar su expectativa de vida, desarrollo personal y bienestar, y así llevar un estilo de vida sano (Ayes, Ruiz y Estévez, 2020).
- **Psicoeducación:** es una herramienta de intervención eficaz para mejorar la calidad de vida del paciente y ayuda a la prevención de recaída, en la que se ofrece información sobre la enfermedad del paciente, su tratamiento y pronóstico (Godoy *et al.*, 2020).
- **Prevención de recaídas:** enseñar al paciente que las técnicas y herramientas aprendidas durante terapia serán de ayuda

para toda su vida y podrá utilizarlas para manejar las dificultades que se le presenten en el futuro, debido a que estará mejor preparado para afrontarlas con éxito (Beck, 2015).

Objetivos

General

- Evaluar el efecto de una intervención cognitiva conductual en un paciente depresivo ansioso con enfermedad de VIH.

Particulares

- Disminuir los síntomas de depresión.
- Disminuir los síntomas de ansiedad.

Procedimiento

La intervención se compuso de cuatro sesiones, una por semana. La duración de las sesiones fue de 30 a 40 minutos.

- **Primera sesión:** Se realizó un acercamiento con el paciente; se le entrevistó para conocer el motivo de consulta y se aplicaron pruebas psicológicas para conocer los niveles de las sintomatologías que refería. Se empezó a trabajar la técnica de respiración profunda y reestructuración cognitiva.
- **Segunda sesión:** Se trabajó con el paciente la técnica de respiración profunda para disminuir los niveles de tensión y ansiedad, así como reestructuración cognitiva para trabajar los pensamientos catastróficos. También se proporcionaron estrategias de autocuidado, como mantener un estilo de vida saludable.
- **Tercera sesión:** Se corroboró que N siguiera practicando los ejercicios de respiración profunda y las técnicas de reestructuración cognitiva, una vez que se le explicó la importancia de trabajarlas juntas. Se le enseñó la importancia de validar las emociones y cómo sustituir los pensamientos ca-

tastróficos por unos más funcionales. Además, se enfatizó la importancia de llevar a la práctica lo visto en consulta. Por último, se comenzó a trabajar la prevención de recaída, señalando lo que podría desencadenar una y lo que se puede llevar a cabo ante ella.

- Cuarta sesión: Se continuó con reestructuración cognitiva, las estrategias de autocuidado y se terminó con prevención de recaída y el plan de acción ante una. Se realizó la aplicación de pruebas post test de ansiedad y depresión y se dio cierre al tratamiento.

Datos clínicos relevantes

El paciente tuvo una adherencia de 100% al tratamiento, pues realizó todos los ejercicios que se le enseñaban en sesión y los que se le dejaban de tarea para practicarlos durante la semana. Conforme pasó el tiempo, el paciente notaba los cambios esperados y, en la evaluación final, éstos se comprobaron con los resultados que obtuvo en los instrumentos.

Los síntomas de ansiedad y depresión del paciente se exacerbaron a partir de la pandemia, debido a que empezó a experimentar temor a enfermarse, por los contagios y fallecimientos que estaban sucediendo en su entorno.

En un principio, N se inclinaba a tomar gotas de valeriana por las noches para conciliar el sueño y hacer aromaterapia para sentirse mejor; sin embargo, fue comprendiendo que las estrategias para lograrlo serían las que se le estaban enseñando en el tratamiento psicológico, de manera que se mostró comprometido y participativo en cada sesión.

Hubo un evento hacia el final del tratamiento donde N se vio expuesto a altos niveles de ansiedad porque, como parte de su trabajo, le dio un masaje a una persona de la tercera edad que salió positiva a covid-19. No obstante, dicho malestar fue disminuyen-

do conforme pasaron los días y con la aplicación de las estrategias aprendidas en sesión; además, habló con una doctora quien le explicó que las probabilidades de contagio eran bajas, pues N seguía las medidas sanitarias necesarias para evitarlo.

Se logró una adecuada relación terapéutica entre terapeuta y paciente, lo cual favoreció la adherencia y la disposición del paciente al tratamiento.

Resultados

- Primera sesión: se logró una adecuada relación de trabajo con N, pues mostró disposición a la intervención psicológica que se iniciaría con él; además, estuvo atento y cooperador en la sesión.
- Segunda sesión: se logró que el paciente practicara los ejercicios de respiración, con un consecuente decremento en la ansiedad; se sentía más tranquilo. También iba bien con la toma del tratamiento antirretroviral. El número de cigarros que fumaba al día disminuyó.
- Tercera sesión: el paciente refiere sentirse mejor en comparación con las semanas anteriores; han disminuido los episodios de ansiedad y el estado de ánimo triste ha menguado. Continúa tomando correctamente el tratamiento antirretroviral. Habla sobre cómo ha incorporado los ejercicios de respiración a su rutina diaria, al igual que la técnica de reestructuración cognitiva; presta atención a sus pensamientos.
- Cuarta sesión: ante una situación que detonó síntomas de ansiedad, N realizó las técnicas aprendidas a lo largo del tratamiento, lo cual le ayudó a sentirse mejor y a no presentar el malestar que refería en un principio.

Al finalizar el tratamiento, se le aplicó una última evaluación con los mismos instrumentos psicométricos empleados en el inicio

para ver si las sintomatologías sobresalientes se habían modificado. En la evaluación de depresión con el PHQ-9, obtuvo una puntuación de 4, lo cual es un nivel mínimo. En la ansiedad con el GAD-7, tuvo una puntuación de 6, un nivel leve. No se realizó evaluación del consumo de sustancias con el instrumento ASSIST; sin embargo, el equipo de tratamiento observó que sí hubo un decremento en el consumo de tabaco del paciente. Al comprobar que hubo una reducción en las sintomatologías del paciente, no se canalizó al departamento de psiquiatría. Sin embargo, la atención psicológica quedó abierta por si el paciente la necesitaba, así como el seguimiento del tratamiento.

Consideraciones

En este estudio se encontró que un paciente con VIH y sintomatología ansiosa depresiva detonada a causa de la situación por coronavirus logró disminuir estos síntomas con un tratamiento psicológico bajo el enfoque cognitivo conductual.

La pandemia por SARS-CoV-2 afectó de manera significativa la vida de las personas por la cuarentena y el aislamiento que se implementaron para evitar contagios. Este estudio se propuso hablar sobre un grupo específico, que se vio vulnerable durante esta epidemia: las personas con VIH.

En una investigación, se observó el efecto significativo de la pandemia en esta población, en la cual se reportaron niveles elevados de sintomatología depresiva y ansiosa, así como un aumento en el uso de tabaco (Cooley et al., 2021), mismos síntomas que se encontraron en el caso del paciente de este estudio.

La terapia cognitivo conductual es un modelo de tratamiento que ayuda a los pacientes a desarrollar adherencia terapéutica y aprender a enfrentarse y manejar adecuadamente las situaciones estresantes a las que se enfrentan.

La efectividad de este tipo de psicoterapia se corrobora en los resultados de dos estudios donde se emplea este tratamiento (Adina *et al.*, 2017; Valle-Soto *et al.*, 2019)

Referencias

- American Psychological Association (1 de octubre de 2016). *Beyond worry: How psychologists help with anxiety disorders*. <https://www.apa.org/topics/anxiety/disorders>
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Panamericana.
- Adina, J. O., Maritim, E. K., Sindabi, A. M., & Disiye, M. A. (2017). Effect of cognitive behaviour therapy on depressive symptoms among HIV-infected outpatients in Kenya. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17 (2), 161-173. <https://www.redalyc.org/pdf/560/56051353002.pdf>
- Ayes, C. C. B., Ruiz, A. L., & Estévez, G. A. (2020). Autocuidado: una aproximación teórica al concepto. *Informes Psicológicos*, 20 (2), 119-138. <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/200/101>
- Beck, J. (2015). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización* (Vol. 141626). Editorial Gedisa.
- Bestard, C. M., Marsillí, M. I., Muñoz, N. D. L. M. L., & Sardina, J. A. (2018). Enfoque psicológico para el tratamiento de personas que viven con VIH/sida. *Revista Información Científica*, 97 (3), 660-670. <http://scielo.sld.cu/pdf/ric/v97n3/1028-9933-ric-97-03-660.pdf>
- Brief assessment of depression: Psychometric properties of the Portuguese version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *The Psychologist: Practice & Research Journal*, 1 (2), 1. <https://repositorio.ismai.pt/bitstream/10400.24/1510/1/Brief%20assessment%20of%20depression.pdf>
- Caballero, N y Gálvez, C. (2019). *Manual de intervenciones cognitivo-conductuales aplicadas a enfermedades crónicas*. Manual Moderno. <https://www.mindy.el/wp-content/uploads/2021/07/Manual-de-intervenciones-cognitivo-conductuales-aplicadas-a-enfermedades-crónicas.pdf>

- Calero, A., Froján, M., Ruiz, E., y Vargas, I. (2011). Conducta verbal de terapeutas y pacientes durante la aplicación de los distintos componentes de la reestructuración cognitiva. *Revista Mexicana de Psicología*, 28 (2), 133-150. <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243029631003.pdf>
- Canales, M., Hernández, A., González, S., Monroy, A., Velázquez, A., y Bautista, M. (2019). Calidad de vida, sintomatología de ansiedad y depresión en personas con VIH: el papel del psicólogo de la salud. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 8 (15), 80-91. <https://repositorio.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/4829/6879>
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida. (2021). *Boletín de atención integral de personas que viven con VIH, México*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/626488/Bolet_n_de_Atenci_n_Integral_de_Personas_con_VIH__Censida.pdf
- Cooley, S. A., Nelson, B., Doyle, J., Rosenow, A., y Ances, B. M. (2021). Collateral damage: impact of SARS-CoV-2 pandemic in people living with HIV. *Journal of NeuroVirology*, 27 (1), 168-170. <https://doi.org/10.1007/s13365-020-00928-y>
- Ferreira, T., Sousa, M. y Salgado, J. (2019). Brief assessment of depression: Psychometric properties of the Portuguese version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9), *The Psychologist: Practice & Research Journal*, 1(2).
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31 (2), 169-173. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864020300195>
- Labrador, F. (2008). Técnicas de Modificación de Conducta. Pirámide. http://www.conductitlan.org.mx/06_psicologiaclinica/PISCOLOGIA%20CLINICA/RECURSOS/Tecnicas-de-modificacion-de-conducta.pdf
- López, J. D., Shacham, E., y Brown, T. (2018). Suicidal ideation persists among individuals engaged in HIV care in the era of antiretroviral therapy. *AIDS and Behavior*, 22(3), 800-805. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1666-5>
- Organización Mundial de la Salud (2011). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) – Manual para uso en la atención primaria. https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (30 de noviembre de 2020). *VIH/sida*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Salud mental y VIH*. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14833:mental-health-and-hiv&Itemid=40682&lang=es
- Sousa, T., Viveiros, V., Chai, M., Vicente, F., Jesus, G., Carnot, M., Gordo, A. C. y Ferreira, P. L. (2015). Reliability and validity of the Portuguese version of the Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13 (1), 1-8. <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-015-0244-2>
- Valle-Soto, H., Robles-Montijo, S., Wiebe, J. S., & Sánchez-Sosa, J. J. (2019). Depresión y adherencia a la medicación antirretroviral: efectos de una intervención conductual breve. *Psicología y Salud*, 29 (1), 139-153. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2575/4470>