

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PERSONAS QUE VIVEN CON EL  
VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA. VIH/SIDA

Karen Sofía Casas Gutiérrez

Diplomado en Psicología de la Salud

Universidad De La Sabana

Chia, Julio de 2007.

## Resumen

Vivir con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana VIH/SIDA, es una situación en la que interviene no solo la salud física, sino la salud mental y una serie de factores psicosociales que afectan constantemente la estabilidad emocional y la dimensión psicológica del individuo que padece esta dura enfermedad. Por esta razón, en este artículo revisa teóricamente el uso de las diferentes estrategias de afrontamiento y la relación de estos con el curso de la enfermedad. Se revisan las estrategias activas y pasivas, para encontrar las mas adecuadas y convenientes para el bienestar y la calidad de vida de este tipo de pacientes, resaltando la importancia del control que el individuo sienta sobre su enfermedad y el acompañamiento psicológico.

*Palabras Clave:* VIH, SIDA, afrontamiento, intervención psicológica, variables psicológicas.

## Abstract

Being HIV positive means not only that one must deal with physical illness but mentally as well. Moreover, a series of societal factors also contribute to the pshycological disorder of the affected. This is why this article reviews theories about the different strategies of coping AIDS and its relationship with the development of the sickness. It focuses on active and passive strategies, obtaining the best alternatives to increase the patient's well being. It highlights the importance of the control the patient has over the disease and the pshycological treatment accompanying it.

*Key words:* HIV, AIDS, confrontation, psychological intervention, psychological variables

## ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON VIH/SIDA

Para la elaboración del presente artículo de revisión, se tuvieron en cuenta artículos indexados y textos relacionados con el tema principal de este artículo enfocado no solo al VIH/SIDA, sino también a la forma de afrontar la enfermedad. Las principales fuentes de búsqueda fueron las bases de datos como lilacs, ebsco, host, intramed y revistas impresas que contenían temas relacionados al presente artículo.

La estructura del artículo se desarrolla de la siguiente forma: se inicia con un abstract o resumen que explica de forma general el tema tratado, luego una introducción donde se expone el objetivo del artículo permitiendo al lector ubicarse en la comprensión del texto y unos párrafos que narran de forma muy general la problemática actual de los enfermos de SIDA. Posteriormente se explica la metodología a seguir para la elaboración de esta revisión, para proseguir con el cuerpo del trabajo.

Finalmente, se encuentra el apartado de las conclusiones, donde se expondrán los hallazgos encontrados con la elaboración del artículo y la revisión de todos los textos consultados, terminando de esta manera con la presentación de las referencias.

Para la realización de este artículo se empezó con la delimitación del tema, se pasó después a la búsqueda de información, y se empezó a estructurar de manera coherente y organizada para el óptimo desarrollo del tema y posteriormente establecer las conclusiones.

El interés fundamental de este artículo de revisión, es llevar a cabo un análisis a partir de la bibliografía revisada, sobre como viven el día a día las personas con VIH/ SIDA y como afrontan la situación de vivir con una enfermedad que en nuestra sociedad es tildada o marcada porque tiene carácter sexual.

Se mirara un poco mas a fondo con estas personas se sienten en la sociedad y como afrontan momentos como el diagnostico o el curso de dicha enfermedad. Actualmente existen muchas fundaciones e instituciones que ayudan a estas personas a hacer mas llevadera la enfermedad y por supuesto el principal objetivo es mejorar la calidad de vida del paciente, sin embargo un paciente de este tipo siempre va a requerir no solo ayuda para el tratamiento y su cuidado, sino necesitara ayuda para manejar lo mas importante su parte emocional. De ahí que los psicólogos de la salud ayuden a estas personas a utilizar estrategias de afrontamiento adecuadas que le permitan al paciente hacer mas llevadera su vida y aprovechar al máximo cada

momento, logrando que el enfermo viva lo mejor posible y que su calidad de vida sea la mejor ya sea en una fase temprana o Terminal de la enfermedad.

Cada persona tiene rasgos diferentes de personalidad y debido a estas diferencias individuales, cada paciente tiene un manejo diferente de su enfermedad y de su situación, no todas las personas utilizan las mismas estrategias de afrontamiento y menos en una situación tan compleja como es tener VIH. Debido a ello miraremos cuales son las estrategias mas usadas y como se enfrentan estos pacientes a los duros obstáculos que les pone la sociedad y al señalamiento de la gente por ser portadores de una enfermedad que en la mayoría de los casos es transmitida por vía sexual.

### *Definición de Sida.*

El SIDA es una enfermedad que ha generado controversia en el mundo entero desde su aparición, cada día la ciencia busca una manera de combatir el virus y de darle una esperanza y una voz de aliento a las personas que padecen esta dura enfermedad. Lo más complicado para estas personas, es que no es solo el hecho de enfrentarse a la enfermedad, sino de enfrentarse al fuerte señalamiento de la sociedad.

El VIH es un retrovirus que ha causado la epidemia más devastadora a nivel mundial de la historia reciente de la medicina, el VIH fue identificado, por primera vez, en 1981 como un síndrome relacionado con la disminución de los linfocitos T CD4+. En 1984 se obtuvieron las primeras pruebas convincentes de que el VIH causaba el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Poco después se demostró el efecto terapéutico parcial de la azidotimidina (AZT), se definieron las características moleculares de la enfermedad, y se descubrió la función del receptor CD4. La infección por VIH comienza a nivel local y se disemina a tejidos distantes a través de la infección de determinados elementos sanguíneos, fundamentalmente los linfocitos T CD4+. El VIH también infecta a los macrófagos, sin destruirlos, a menudo, sino activando en ellos la liberación de interferón alfa, otras citocinas inflamatorias, y factor de crecimiento tumoral alfa, de gran importancia sintomática todos ellos (Tamminga, 2006).

El SIDA se transmite básicamente a través del contacto sexual, generalmente homosexual y promiscuo, con el uso de agujas contaminadas, a través de las transfusiones de sangre y hemo derivados y por mujeres infectadas embarazadas (al niño recién nacido).

(Peñarrieta , Riviera, Piñones, Quintero, 2006), hacen referencia a que en la actualidad la vía de transmisión sexual es la forma de contagio predominante con mucho ya que explica al 85% de todos los infectados. A pesar de la fuerte concentración de la ciencia en esta enfermedad y en los avances que se hacen en los estudios, desafortunadamente el virus no del VIH no se ha podido erradicar y en el 50 % de los pacientes infectados el tratamiento fracasa en menos de 2 años. (Montecinos & Vivanco1986).

La cuestión se pone mas difícil cuando se trata de habar de países en vía de desarrollo, ya que en dichos países existen problemas graves, relacionados especialmente con los costos del tratamiento, servicios médicos y con los sistemas de suministro operativo de los fármacos (Kang, 1999).

#### *Datos Socio-demográficos*

Según (Vera, Pérez, Moreno, & Allende, 2004), Las estimaciones sobre VIH y SIDA realizadas por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud señalan que existirían 42 millones de personas viviendo con VIH en el mundo, cifra que va en aumento, dejando en evidencia que se está frente a una epidemia que no ha podido ser controlada, ya que pese a todos los esfuerzos destinados a la prevención, se estima que durante 1999 se produjeron 11 infecciones de niños, hombres y mujeres por minuto, alcanzando una cifra anual total cercana a los seis millones de personas . Datos recientes demuestran que a fines del 2002 existían en el mundo 42 millones de personas viviendo con VIH/SIDA. Del total de las personas que viven con VIH/SIDA en el mundo, 38,6 millones son adultos, de los cuales 19,4 son hombres y 19,2 son mujeres. Por su parte, los menores de 15 años suman 3,2 millones. Las estadísticas regionales indican una heterogeneidad en la prevalencia del VIH SIDA en los diferentes países e incluso se encuentran grandes diferencias dentro de un mismo continente; ejemplo de ello son las diferencias entre Europa Oriental y Europa Occidental (Gordillo, Del Amo, Soriano & González 1999).

El perfil demográfico más prevalente de las personas con SIDA ha sido mayoritariamente entendido como el de un hombre de entre 20 y 40 años que ha tenido comportamientos de riesgo durante el consumo de drogas por vía parenteral. Sin embargo, dado el largo periodo de latencia asintomático entre la primoinfección y la manifestación del SIDA. (Bueno, Madrigal & Mestre, F. 2005)

Es evidente según información revisada que la mayor parte de las personas infectadas con VIH pertenecen a países subdesarrollados; por ejemplo, África subsahariana concentra 29,4 millones del total de personas VIH seropositivas, le sigue Asia del Sur y Sudoriental, con 6 millones y, en tercer lugar, se encuentra América Latina con una cantidad estimada de 1,9 millones de personas viviendo con VIH (Gordillo et al., 1999).

En los casos de SIDA en Chile, ( Vera, Pérez, Moreno, & Allende, 2004), nos refieren que la distribución por género es desigual, correspondiendo el 89,1% a hombres y el 10,9% a mujeres, con una razón hombre-mujer de 5,8:1; sin embargo, se aprecia un incremento en la cantidad de mujeres notificadas en comparación con la proporción 15:1 observada en 1991. De este modo, se plantea que la categoría de transmisión heterosexual en mujeres es la que más ha aumentado en forma sistemática a través de los años (CONASIDA, 2001). En cuanto a edad, el grupo etáreo de 20 a 49 años concentra un 85% de los casos, los menores de 20 años, el 2,3% y los mayores de 50 años representan el 12,7%. En relación a las vías de transmisión del VIH, la vía sexual aparece como el principal modo de transmisión, declarada en un 93,8% de los casos, correspondiendo principalmente a transmisiones de tipo homo/bisexual en hombres; la vía sanguínea, por su parte, aparece en segundo lugar con un 4,6%, correspondiendo mayoritariamente a usuarios de drogas intravenosas y, por último, se encuentra la vía vertical o de transmisión de madre a hijo, que alcanza el 1,5% del total de los casos (CONASIDA, 2001).

Hablar de la salud física de una persona con SIDA es bastante complicado, pero es más difícil hablar de salud mental. Una persona que padece esta enfermedad es socialmente rechazado y señalado, por esto utilizar adecuadas estrategias de afrontamiento, le va a permitir a la persona lograr adaptarse a su condición y así lograr la calidad de vida del paciente. (Vera et al., 2004).

La infección por VIH produce un fuerte impacto emocional durante todo el proceso de evolución de la enfermedad: ante la sospecha de estar infectado, al ser notificado como portador, al comunicar a otros la notificación, ante la aparición de primeros síntomas, etc. (Bayés, Cmejlas, Lorente & Viladrich, 1998).

Las personas que viven con el VIH deben lidiar con un conjunto de estresores fisiológicos, socioculturales, económicos y psicológicos que en conjunto constituyen una amenaza potencial a su salud física y mental. (Carrobbles, Rodríguez y Alzadora 2003).

Según (Vera et al., 2004), Al principio cuando se empezó a conocer la enfermedad y la gravedad de este virus, el énfasis y la ciencia se centraban en los aspectos biológicos de la enfermedad y, obviamente en los tratamientos médicos-farmacológicos para las personas infectadas. Sin embargo, con el paso del tiempo y bajo la influencia del modelo biopsicosocial se ha ampliado esta perspectiva, considerándose además de los factores biológicos, aspectos psicológicos y sociales que como ellos mismos citan afectan los procesos de salud y tienen un fuerte impacto en esta enfermedad (Montecinos y Vivanco, 1986).

Existen dos estigmas claramente observables de los enfermos de SIDA y de ahí que las personas afronten de manera diferente y particular su enfermedad (Cook, et al., 2002). uno es el estigma interno expresado como el temor a contagiarse, conlleva a un aislamiento y por consiguiente a una pérdida en utilizar o buscar el soporte de red social y en algunos casos la pérdida laboral con las consiguientes pérdidas económicas. Así mismo, los efectos perjudiciales al exagerar los auto-cuidados en la higiene, como es el uso del cloro que podría traer efectos secundarios para su salud; los sentimientos de culpa con la consiguiente disminución de su autoestima y en sus auto cuidados.

El estigma externo manifestado como el temor a lo que digan los demás y la culpabilización hacia las personas que fueron infectadas con el virus VIH por “su mal comportamiento” no solo refuerza el estigma interno ya existente, sino que contribuye a que las actividades de prevención del VIH/SIDA no sea tratado como debiera, por ejemplo en la percepción de riesgo por la sociedad en general, considerando que sólo pueden estar en riesgo determinados grupos de “mal comportamiento” no tomando así medidas de prevención frente a la enfermedad (Recoder, 2005). Es también importante considerar la homofobia como aspecto importante que podría explicar la existencia previa como facilitador para acentuar el estigma presente frente al VIH/SIDA (Brown, 2000).

#### *Definiciones de Afrontamiento*

(Rodríguez, Pastor & López. 1993), hacen referencia al afrontamiento como la respuesta o conjunto de respuestas ante la situación estresante, ejecutadas para manejarla o neutralizarla, es decir, se habla de afrontamiento en relación a un proceso que incluye los intentos del individuo para resistir y superar demandas excesivas que

se le plantean en su acontecer vital y reestablecer el equilibrio, es decir, para adaptarse a la nueva situación.

Como lo mencionan, (Páez, Echebarria, Valencia, Romo, San Juan & Vergara, 1991)., Una persona que padece SIDA siempre va a tener que afrontar una dura situación, ya que este desequilibrio le va a generar estrés, con la teoría del estrés y el afrontamiento, que concibe el estrés, como resultante de una valoración que el sujeto hace de un desequilibrio entre los recursos/capacidades y las demandas del acontecimiento o situación, a favor de estas últimas. Los recursos que el sujeto toma en cuenta en esa valoración de la situación, pueden considerarse como recursos de afrontamiento y su puesta en práctica para intentar reestablecer el equilibrio son las respuestas de afrontamiento.

(Lazarus y Folkman 1984), definen el afrontamiento desde su teoría, afirmando que es la puesta en práctica de un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, para manejar las demandas específicas internas o externas, que son evaluadas por la persona como excedentes o desbordantes de sus recursos.

El proceso del afrontamiento empieza desde el momento en que la persona recibe el diagnóstico de la enfermedad, se pueden observar factores como la duración del duelo y los cambios que comienzan desde la pérdida, haciendo referencia a la pérdida de la enfermedad (Tobón & Vinaccia, S. 2003).

Cuando se le comunica a una persona el diagnóstico: de cáncer o SIDA, (enfermedad Terminal, que necesariamente llevara a la muerte) en principio puede haber una respuesta de shock o negación, así como también actitudes frenéticas, llantos desesperados o esfuerzos por sobrellevar la situación social (Morera, Marichal, Nieves, Betancor, Rodríguez, R., Rodríguez, A., Coello, & Vargas, 2004); Mas adelante se encuentra comúnmente depresión y desinterés, seguido por aceptación, reanudación de las actividades cotidianas y adherencia a las personas o al tratamiento en algunos casos. El proceso varía en el lapso de tiempo y es caracterizado por los diferentes estilos de afrontamiento. (Cook. et al. (2002).

Se puede decir entonces, que el afrontamiento son los esfuerzos cognitivos y conductuales que controlan las condiciones aversivas del entorno disminuyendo, por tanto, el grado de perturbación psicofisiológica producida por éstas. Considerando entonces ocho estrategias de afrontamiento que son las siguientes: confrontativa,

distanciamiento, solución de problemas, apoyo social, responsabilidad, escape-  
evitación, autocontrol y reevaluación positiva. (Lazarus y Folkman 1984),

### *Estrategias de Afrontamiento*

Una persona con VIH/SIDA, en las distintas fases, ha de hacer frente a múltiples retos y numerosas circunstancias adversas. En este sentido, los procesos de afrontamiento le ayudarán a mantener el control sobre su vida y a encontrar el suficiente bienestar psicológico (Flores, Borda & Pérez ,2006).

Como refiere (Ayuso, 1997), los modos de afrontamiento son uno de los factores que más contribuyen a la aparición de problemas de salud mental una vez que se recibe el diagnóstico de seropositividad y, si éstos son insuficientes, pueden incluso llegar a surgir reacciones de descontrol con riesgo autolesivo (García, 1998). Por esto, la creencia en el control personal sobre la enfermedad está asociada de modo positivo con el ajuste psicológico en enfermedades crónicas, incluso estados avanzados de la enfermedad.

Según, (Pastor et al., 1995), los recursos de afrontamiento pueden ser físicos, psicológicos estructurales y culturales. Para tener mayor claridad, es relevante decir que los recursos culturales, tiene que ver con las creencias que la persona tiene sobre la enfermedad y la salud y con los procesos de atribución causal, tales creencias, valores, normas entre otros, vienen dados por la cultura propia del individuo. Ya que una de las grandes dificultades a las cuales tiene que lidiar un enfermo de sida es el estigma y la discriminación, tanto al interior de ellos mismos como en el contexto social (Cook. et al. (2002).

Los recursos estructurales se refieren a la estructura de los papeles sociales que comprende la organización de un sistema social y a los subsistemas y redes que este incluye. Los recursos sociales se refieren a los procesos de interacción social real que se producen y al entorno social que rodea los encuentros interactivos. Por su parte los recursos psicológicos se refieren a los estados afectivos y cognitivos, a los esquemas de acción y a los repertorios comportamentales del individuo. Finalmente están los físicos, que se refieren al entorno físico del sujeto y a las características biológicas del organismo. (Brewen, Metsch & Zenilman, 2002).

(Fuste & Ruiz 2000), señalan que las estrategias de afrontamiento hacen referencia a la capacidad que el individuo tiene para hacer frente al efecto del estrés;

añaden que con esta capacidad se emite una respuesta emocional tras la valoración que se hace de la situación.

Por otro lado, (Gard, 1999) conceptualiza las estrategias de afrontamiento como un conjunto dinámico de respuestas cuya expresión está basada en las situaciones estresantes, ambientales y en factores personales del individuo. En un estudio realizado con pacientes oncológicos.

Durante más de diez años, (Watson, creer, Young, Inayat, burgués & Robertson, 1988). Señalaron la importancia de las estrategias de afrontamiento como factor amortiguador del estrés y, consiguientemente, como variable capaz de influir en el desarrollo de determinadas enfermedades.

(Kenneth & Judith, 1998), proponen que el sentido de control es un concepto básico cuando de estrategias de afrontamiento se trata, ya que una persona con SIDA se ve obligada a disminuir su creencia de control sobre su enfermedad cada vez que sufre una nueva infección oportunista.

De igual forma la persona debe adoptar nuevas creencias respecto a la habilidad de control sobre algunas de las consecuencias negativas de esta enfermedad, como puede ser, en cómo afecta ésta a sus relaciones personales y a su aspecto personal, adicional a esto, aunque la persona presente un alto grado de cumplimiento del tratamiento antirretroviral y mantenga unos hábitos saludables de vida, el control que suele tener sobre las consecuencias de la infección, en determinados estadios, suele ser escaso (Tsasis, 2000).

Esto hace que aparezcan en la persona con VIH/SIDA estados de indefensión. Este estado presenta un efecto de bloqueo producido por percepciones erróneas y por la percepción de no control (“no puedo hacer nada”, “no depende de mí”). Con este tipo de atribuciones los cambios de hábitos o la creación de hábitos saludables se dificultan, ya que el individuo cree que sus esfuerzos serán en vano. (García, 1993) .

Las respuestas de afrontamiento pueden ser de varios tipos, hay dos categorías fundamentales: las de evitación y las de aproximación. (Cohen, French, Benning, Kovacs, 2002). refieren que esos dos términos: aproximación y evitación, son conceptos básicos para significar una actividad que esta orientada hacia, o se aparta de, la amenaza.

El afrontamiento aproximativo, incluye todas aquellas estrategias cognitivas y comportamentales que aproximan al problema que esta generando el distres o a las emociones negativas concomitantes. El afrontamiento evitativo incluye todas aquellas

estrategias cognitivas y comportamentales que permiten escapar de, o evitar el problema o a las emociones negativas concomitantes (Arrivillaga, Corraera, Varela, Holguín & Tovar, 2006). Las estrategias adaptativas, parecen útiles en la medida en que se reduce el estrés y permiten que la ansiedad llegue a ser perturbadora y permiten un reconocimiento gradual de la amenaza, mientras que las aproximativas, permiten la acción apropiada para detectar y sacar ventajas de los cambios en una situación, facilitando la ventilación emocional. (Pastor et al., 1995)

En enfermedades tan complejas como el VIH/SIDA encontramos que en ocasiones existen beneficios potenciales en el estilo de afrontamiento de evitación. Las personas que padecen SIDA de evolución lenta y los VIH utilizan estas estrategias para “distraerse de su enfermedad”: van al cine, escuchan música, usan sustancias para alterar su humor, etc. Esta aparente evitación del problema también ha sido asociada con un menor declive del funcionamiento inmune y una más lenta progresión a SIDA si lo comparamos con individuos VIH que tenían un menor estilo de afrontamiento de evitación Gard (1999).

(Folkman, Chesney, Pollack y Coates, 1993), hacen referencia a que se han encontrado relaciones entre diversas variables psicológicas; las investigaciones muestran que los síntomas depresivos en personas con VIH han sido correlacionados con estilos de afrontamiento evitativos escaso apoyo social y mayor estrés

Estos mismos autores, (Folkman et al., 1993). proponen la segunda categoría de estrategias de afrontamiento: una mediante la acción orientada al problema y la otra mediante un tipo de afrontamiento paliativo en el que las respuestas se dirigen al manejo o reducción de las emociones asociadas a la situación estresante. Lazarus y Folkman (1984), demostraron que ambas formas de afrontamiento se usan en la mayoría de los encuentros estresantes y que las proporciones relativas de cada forma varían de acuerdo con la manera en que cada encuentro es evaluado. Finalmente la tercera categoría que proponen . (Pastor et al., 1995), se basa en el tipo de destreza que la persona hace intervenir en la respuesta de afrontamiento y que permite distinguir entre afrontamiento comportamental y afrontamiento cognitivo, es decir, sus acciones y sus pensamientos.

Por su parte ( Parra et al 2000) nos habla de estrategias activas y pasivas que reunirán en si, las categorías anteriormente mencionadas, en las que nos centraremos, ya que son estrategias enfocadas a pacientes con alguna enfermedad. Estas estrategias están mas encaminadas a la forma en que el individuo afronta la situación de la

enfermedad y los factores que hacen parte de aquella situación, como lo es el dolor. Según, (Kubler, 1969). las *activas* caracterizadas por no molestar a los demás y no implicar a otras personas, las que se deriven de este estilo de afrontamiento cooperativo, que evita conflictos, suprime emociones y usa la represión como mecanismo de afrontamiento. Por otro lado (Eysenck, 1994), nos dice que mientras que el empleo de estrategias en las que se haga a otros partícipes de su proceso doloroso, serán las estrategias pasivas.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, autores como (Brown & Nicassio, 1987) encontraron que los pacientes que utilizaban más estrategias activas eran los que tenían a su vez puntuaciones más elevadas en el control propio de su dolor y de la salud en general, así como en autoeficacia; también tenían puntuaciones más bajas en depresión, desamparo y deterioro funcional. Sin embargo, aquellos que usaban más estrategias pasivas mostraban mayor depresión, incapacidad funcional y desamparo, unido a altas puntuaciones en locus de control externo referido a la salud. ( Riquelme, Buendía & Rodríguez, 1993)

Además, estudios longitudinales (Brown y Nicassio, 1987; Brown, Nicassio y Wallston, 1989) han mostrado que las estrategias activas poseen capacidad para predecir una adaptación positiva al dolor a largo plazo, refiriéndose a largo plazo en un periodo de tiempo de 6 meses, al igual que la disminución del dolor. Por el otro lado, las estrategias pasivas estaban asociadas a una sintomatología depresiva más grave así como a una adaptación negativa al dolor en dicho período de tiempo.

Por tanto, dichos autores nos sugieren el modelo que propone que el uso de estrategias activas lleva a un mejor funcionamiento y menor nivel de dolor, ocurriendo lo contrario en el caso de utilizar frecuentemente estrategias pasivas.

En un número notable de investigaciones, se halla una asociación entre un afrontamiento inadecuado, entendiendo por inadecuado: negar la enfermedad o aferrarse a una esperanza ilusoria y niveles elevados de malestar psicológico y de trastornos depresivos. Algunos estudios apuntan a una relación entre estrategias de afrontamiento pasivas (negación) y progresión del VIH/SIDA (Pernas, Iraurgi, Bermejo, Basabe, Carou, Páez & Cabarcos, 2001). De hecho, y en este mismo sentido, se ha encontrado en personas con estrategias de afrontamiento evitativo-pasivo un peor funcionamiento del sistema inmune, un menor número de linfocitos

CD4 y CD8 y una mayor probabilidad de deterioro general (Blannon y Feist, 2001; Gard, 1999; Kang, 1999)

Por el contrario, (Blannon y Feist, 2001; Kenneth y Judith, 1998), sugieren que un afrontamiento activo (incluyendo la resolución de problemas y la búsqueda de apoyo social, se relaciona con un proceso adaptativo adecuado y una menor presencia de trastornos depresivos y de estrés. En el estudio de ( Watson *et al.* 1988) se observó que una de las variables que mejor predecía la supervivencia era el tipo de estrategia de Afrontamiento denominada “espíritu de lucha” respecto a la enfermedad mostrando –las personas VIH/SIDA con este estilo de afrontamiento un cambio inmunológico positivo, adicional a esto (Petrie, Booth, Pennebaker, & 1998). Hablan de una baja probabilidad de desarrollar infecciones oportunistas.

En los estudios realizados por (Vera et al., 2004) En relación a las estrategias de afrontamiento, se señala que la conducta activa fue relacionada con bajos niveles de trastornos del ánimo y mayor optimismo en pacientes infectados con VIH, mientras que estilos evitativos fueron asociados a un alto estrés emocional y a altos niveles de trastornos del ánimo. Por su parte, (Semple et al., 1996) analizaron las características psicológicas y sociales de mujeres y hombres homosexuales infectados de VIH encontrando que los hombres homosexuales empleaban más el afrontamiento evitativo y presentaban altos índices de soledad al ser comparados con las mujeres. Los estilos de afrontamiento (orientación al problema, abandono, estoico) en mujeres VIH positivas fueron investigados por (Nannis, Patterson & Semple 1997), encontrando que las estrategias activas como el espíritu de lucha estaban asociadas a un fuerte apoyo social, bajo aislamiento, baja depresión, baja hostilidad y a una creencia en la suerte (casualidad) como locus de control, mientras que el abandono se asociaba al sentimiento de soledad, depresión, ira, bajo apoyo social y a una baja creencia en la casualidad. Un tercer afrontamiento “estoico” se relacionó con una creencia en la suerte, soledad e ira y bajo apoyo social.

En otra investigación realizada con mujeres seropositivas se sugiere que las estrategias activas de afrontamiento se relacionan con la sintomatología física, relación que promueve una positiva adaptación a los enfermos por VIH (Moneyham, Hennessy, Sowell, Demi, Seals & Mizuno, 1998). Antecedentes como los anteriores han demostrado que en los sujetos que presentan VIH-SIDA se produce un gran deterioro de la calidad de vida a nivel físico, sexual, psicosocial y de relaciones interpersonales (González-Puente y Sanchez-Sosa, 2001)

Centrados en este tema, (Vera et al., 2004), realizaron un estudio para ver la diferencia de personas portadores y portadores no asintomático. En este estudio no se encontraron diferencias significativas en estilos de afrontamiento como confrontación ( $F=1,203$ ;  $p<0,316$ ), distanciamiento ( $F=0,853$ ;  $p<0,516$ ), autocontrol ( $F=1,554$ ;  $p<0,183$ ), búsqueda de apoyo social ( $F=0,812$ ;  $p<0,545$ ), aceptación de responsabilidad ( $F=0,91$ ;  $p<0,479$ ), escape-evitación ( $F=1,402$ ;  $p<0,436$ ), resolución planificada de problemas ( $F=0,967$ ;  $p<0,443$ ), reinterpretación positiva ( $F=0,714$ ;  $p<0,614$ ), ansiedad estado ( $F=1,133$ ;  $p<0,350$ ), apoyo social familiar ( $F=1,165$ ;  $p<0,334$ ) y apoyo social de las amistades ( $F=1,932$ ;  $p<0,099$ ).

Donde Se encontraron diferencias significativas en las variables depresión ( $F=4,333$ ;  $p<0,002$ ) y ansiedad rasgo ( $F=4,863$ ;  $p<0,001$ ) entre los distintos grupos, específicamente en la variable depresión en el grupo de hombres heterosexuales seropositivos en comparación con los tres grupos seronegativos, y en la variable ansiedad en los grupos de hombres y mujeres heterosexuales seropositivos en comparación con los grupos de hombres homosexuales y heterosexuales seronegativos.

Así, cada autor, estudia las estrategias de afrontamiento desde sus grupos de estudio, que aunque manejan muestras diferentes, proponen que un afrontamiento adaptativo esta íntimamente relacionado con el espíritu de lucha. (Leserman *et al.*, 2000), por ejemplo, relaciono un afrontamiento adaptativo que era caracterizado por la adopción de un '*espíritu de lucha*', que trata de minimizar o distraer el estrés y así maximizar el crecimiento personal, planeando el curso de la acción y buscando apoyo social con una menor disforia y mejor autoestima. Y en la misma línea, (Solano *et al.* 1993) ha relacionado tener '*espíritu de lucha*' con una menor progresión de la infección por VIH un año más tarde, controlando variables biomédicas como el nivel basal de células CD4. Así, asumiendo que las estrategias de afrontamiento activas son más adaptativas que las estrategias pasivas, diferentes estudios (Leserman *et al.*, 1999; Namur *et al.*, 1997) han demostrado la asociación entre una buena salud mental y física con una gran variedad de estilos de afrontamiento activos y positivos en personas con la infección por VIH. De la misma forma, los estilos de afrontamiento pasivos o negativos como el fatalismo, la negación, la desesperanza y el aislamiento han sido relacionados con el humor deprimido y distares emocional (Fleishman & Fogel, 1994).

En los estudios donde se ha investigado la influencia de las estrategias de afrontamiento al curso de la infección por VIH, los resultados que se han encontrado han sido muy semejantes a los expuestos anteriormente. Sin embargo, (Mulder , Vroome, van Griensven, Antoni & Sandford, 1999) Investigaron la relación entre afrontamiento por evitación, activo cognitivo y activo-comportamental y la progresión de la infección por VIH, durante siete años en 181 hombres homosexuales, encontrando que el grado en que los hombres evitaron los problemas en general ha sido asociado con un menor descenso de las células CD4 y menor progresión al SIDA definido por el nivel inmunológico. Sin embargo, tomando la definición de SIDA basada en síntomas clínicos (Estadío C de la Clasificación del Centre for Disease and Control - CDC), no se ha encontrado una asociación entre el afrontamiento por evitación y la progresión de la enfermedad. Los demás estilos de afrontamiento activo-cognitivo y activo-comportamental no han sido relacionados con la progresión de la enfermedad en este estudio.

(Espinosa & Flores, 1999), realizo un estudio para observar los estilos de afrontamiento en participantes con enfermedades terminales como los son el cáncer y el SIDA, ya que son enfermedades que llevan a la muerte de quienes la padecen, por eso se consideran los estilo de afrontamiento como recursos que utilizan los seres humanos para sobrellevar el estrés psicológico. En los resultados del estudio se encontró alto grado de relevancia de las influencias sociales y culturales en el momento de enfrentar una enfermedad Terminal así como con mayores expectativas de vida, El afrontamiento de la mayoría de participantes en esta investigación fue activa y se destaco principalmente el aspecto social , familiar y de pareja.

De esta manera (Espinosa & Flores, 1999) llegan a concluir que el estilo de afrontamiento es individual y propio de cada persona y se da dependiendo de la actitud que el individuo asuma frente a su enfermedad y de ahí dependerá la expectativa de vida.

Pernas et al (2001) presentan un estudio donde se comparan las estrategias de afrontamiento en una muestra de personas con la infección VIH/SIDA (expolitoxicómanos) con otra de personas con la infección VIH/ SIDA y en situación de drogadicción activa. Estos autores sostienen que no existen diferencias en las estrategias de afrontamiento de estos dos grupos y que en ambos las estrategias de afrontamiento más utilizadas son la evitación y la represión. En este mismo sentido,

(Koopman, Gore, Marouf, Butler, Field, Gill, Chen, Israelsky & Spiegel,(2000).) indican que en estos dos grupos las estrategias más utilizadas son las que se basan en el no compromiso.

Las estrategias de afrontamiento requieren el control de una serie de habilidades personales (tolerancia a la frustración, capacidad de planificación y análisis, etc.) cuyo desarrollo inadecuado no está necesariamente causado por el padecimiento de una enfermedad o por presentar una adicción a tóxicos. (Cano-Vindel, 1995).

Si bien es verdad que dichas situaciones pueden conllevar un gran número de estresores que superen a la persona y su capacidad de afrontamiento, esto no lleva implícito que la mera pertenencia a estos grupos conlleve el uso de ciertas habilidades (Flores, Bordan & Pérez, 2006).

Estos autores, encontraron que los participantes pertenecientes al grupo SIDA presentan niveles significativamente más elevados de búsqueda de apoyo social que los que pertenecen al grupo drogadicción. Así mismo, se observa diferencia en la subescala Aceptación de responsabilidad destacando el grupo Normal por obtener unas puntuaciones más elevadas que el grupo drogadicción.

En la variable que no cumplió el supuesto de homogeneidad de varianzas, huida y evitación [ $F(3, 101)=2,981; p<0, 05$ ], no se encontraron diferencias significativas.

Los resultados descriptivos de los estilos y estrategias de afrontamiento para la muestra completa y la comparación de medias entre países muestran que, en ambos casos, las puntuaciones medias para cada estilo de afrontamiento indican que el afrontamiento activo-cognitivo ha sido empleado en mayor medida, seguido por el activo-conductual, siendo el afrontamiento por evitación el menos utilizado. Explorando las estrategias de afrontamiento específicas observamos, también en ambos casos, que la resignación pasiva ha sido empleada con mayor frecuencia, seguida del crecimiento personal, la implicación activa-positiva, la rumiación/pasivo cognitiva, la distracción, la expresión activa/búsqueda de información, la confianza activa en otros y, por último, la evitación/comportamiento pasivos. Asimismo, se han encontrado diferencias significativas en la utilización de los estilos y estrategias de afrontamiento entre los distintos países. (Carboles et al., 2003).

Como se ha podido ver, las personas con VIH/SIDA presentan síntomas que con el paso de la enfermedad y el incremento de los síntomas físicos, se hacen más evidentes

como lo son el estrés, la ansiedad, los ideales suicidas, ataques de pánico, crisis y depresión, (Namir, Wolcott, Fawzy & Alumbaugh 1990) la cuales son respuestas que van ligadas a los estilos de afrontamiento, asociados a la personalidad y a la vida previa de la persona; si bien ante un problema, una persona responde de manera agresiva es probable que ante la noticia de seropositividad reaccione de la misma manera, aun así estos mecanismos de respuesta esta sujetos a variabilidad, (Candrea & Paladino, 2004).

(González & Sosa, 2001). Realizaron un estudio con el fin de evaluar la depresión, la ideación suicida y los estilos de afrontamiento en personas homosexuales y heterosexuales que viven con y sin VIH. Para este estudio partieron principalmente de la hipótesis de que las personas con VIH presentan mayores niveles de depresión, así entonces, a mayor depresión, mayor ideación suicida y menos habilidades de afrontamiento. Los resultados encontrados coinciden con una correlación entre depresión e ideación suicida, de igual manera no se encontró una diferencia significativa en cuanto a la depresión e ideación suicida entre los dos grupos de participantes, resultados similares a los encontrados por Savard, Benoît, Gauthier, Bergeron (1999) los cuales concluyen una ausencia importante en cuanto a niveles de depresión entre seropositivos y seronegativos.

Al considerar el conjunto de estudios realizados se observa que la mayoría de ellos informan que un estilo de afrontamiento activo con una confrontación adecuada de las propias emociones estaría relacionado con un mejor nivel de la función inmune, y que el afrontamiento activo cognitivo y conductual estaría relacionado con un mayor bienestar y unos estados afectivos positivos; mientras que el afrontamiento por evitación lo estaría con estados afectivos negativos y un menor apoyo social percibido. (Carrobles et al., 2003)

Lo expuesto revela la importancia de seguir investigando sobre la relación entre los estilos de afrontamiento y sus consecuencias sobre la salud física y mental en personas con la infección por VIH. La práctica clínica psicológica nos demuestra que los pacientes mejor adaptados psicológicamente toleran mejor el tratamiento antirretroviral, presentan mejores tasas de adhesión al tratamiento e informan de un mejor bienestar subjetivo (Carrobles et al., 2003)

## CONCLUSIONES

Es evidente que ser portador del virus de Inmunodeficiencia adquirida, es un factor altamente estresante para el individuo, para la familia y para la sociedad; adicionalmente las personas que padecen esta enfermedad, son señaladas y tildadas, ya que la vía de transmisión mas frecuente de este virus es la vía de transmisión sexual. Así mismo, se puede comprobar el interés que ha tenido la ciencia en este campo, los estudios no solo para curas o posibles tratamientos sino los esfuerzos para aminorar síntomas y hacer mas llevadera y efectiva la vida del paciente, es decir, mejorar la calidad de vida de los enfermos de VIH SIDA, siendo aquí, donde la psicología da su aporte.

Con esta revisión se puede llegar a concluir que tener mayor o menor sensación de control de la enfermedad, produce en el individuo un mayor o menor estrés según el momento, es decir el estadio de la enfermedad en el que se encuentre la persona.

En fases más asintomáticas el control real sobre la enfermedad es mayor, por lo que será más adaptativo una mayor sensación de control; Sin embargo, en fases avanzadas el optimismo irreal será lo más adaptado para que la persona no caiga en un estado de indefensión aprendida y no se sienta vencida y derrotada con la situación que enfrenta.

El estilo de afrontamiento es individual y propio de cada persona y se da dependiendo de la actitud que el individuo asuma frente a su enfermedad, de ahí que cada persona utilice diferentes estrategias de afrontamiento para manejar dicha situación, según los artículos revisados, se puede evidenciar que el afrontamiento activo en personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana VIH/SIDA es mas útil, es decir es de mayor adaptabilidad para hacer mas llevadera la enfermedad y todo lo que ella comprende. Esto puede ser debido a que las personas se sienten con más poder, control y participación de su propio proceso.

Es importante también variables como las redes de apoyo, que pueden ser las que impulsen para un buen proceso de adaptación y para que el individuo utilice estrategias adecuadas, que le permitan maximizar su calidad de vida

Según los estudios revisados, al parecer el curso de la enfermedad tiene un poco que ver con las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida de la persona, ya que varios estilos donde se compararon grupos de personas portadoras, pero asintomáticas y personas no portadoras, se demostró que no habían diferencias significativas en la forma como vivían la vida, y como manejaban los diferentes problemas que se les pudieran presentar. Tampoco se encontraron diferencias en cuanto al grado de estrés del día a día en estos dos grupos de personas.

Donde si se encontraron diferencias fue en variables como la ansiedad y la depresión, donde las personas con SIDA demostraron tener los mayores índices que las personas portadoras, pero sintomáticas y los no portadores. Esto nos corrobora nuevamente la importancia del curso de la enfermedad en el uso de estrategias de afrontamiento, ya sean activas o pasivas.

Es importante seguir revisando y estudiando como se podría ayudar a estas personas desde el punto de vista de la psicología, ya que a ninguna persona enferma le sobra un apoyo, un acompañamiento y una voz de aliento, el SIDA es una enfermedad que como cualquier otra, derrumba no solo el cuerpo sino también la mente y el alma.

## Referencias

- Arrivillaga, M., Corraera, D., Varela, M., Holguín & Tovar, J. (2006). Variables psicológicas en mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA: Un estudio correlacional. *Univ. Psychol. Bogotá (Colombia)* 5 (3), 659 – 667.
- Ayuso, J.L. (1997). *Trastornos neuropsiquiátricos en el SIDA*. Madrid: McGraw-Hill.
- Bayés, R., Cmelas, B., Lorente, S., Viladrich, Ma. Del C. (1998). Información, miedo y discriminación en la pandemia por VIH/SIDA. *Psicothema*, 10(001), 127-134
- Blannon, L. y Feist., J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo.
- Brewen, T.H., Metsch, L.R. & Zenilman, J.M. (2002). Use of a public sexually transmitted disease clinic by know HIV positive adults: decreased self-reported risk behavior and increased disease incidence. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*, 29(3), 289-94
- Brown, Tim. (2000). Aids, Risk and Social Governance. *Social Science & Medicine*, Vol. 50, pp. 1273-1284.
- Brown, G.K. y Nicassio, P.M. (1987). The development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 31 53-65.
- Brown, G. K., Nicassio, P.M. y Wallston, K.A. (1989). Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 652-657.
- Bueno, J., Madrigal, A. & Mestre, F. (2005). El SIDA como enfermedad social: Análisis de su presencia e investigación. *Cuadernos de Trabajo Social*, 18, 33-55
- Candrea, A. & Paladino, C. (2004). Cuidado de la salud: el anclaje social de su construcción. Estudio cualitativo. *Univ. Psychol. Bogotá (Colombia)* 4 (1), 55-62.
- Cano-Vindel, A. (1995). *Orientaciones en el estudio de la emoción*. Manual de Motivación y Emoción. Madrid: Ed. Ramón Areces
- Carrobes, J., Remor, E. & Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15(3), 420-426.
- Cohen, M., French, A., Benning, L., Kovacs, A. et al. (2002). Causes of death among women with human immunodeficiency virus infection in the era of combination antiretroviral therapy. *American Journal of Medicine*, 113, 91-98.
- Cook, J., Cohen, M., Burke, J., Grey, D. et al. (2002). Effects of depressive symptoms

and mental health quality of life on use of highly active antiretroviral therapy among HIV-seropositive women. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 30, 401-409.

- CONASIDA (2001). *Resumen epidemiológico* N° 15 diciembre de 2001. Santiago de Chile: Ministerio de Salud
- Eyswenck, H.J. (1994). Cancer, personality and stress: prediction and prevention. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 16, 167-215.
- Espinosa N., Flores M. (1999) *Estilos de enfrentamiento en personas con cáncer y VIH/SIDA*. Universidad Autónoma de Yucatán. Disponible en: [http://www.uaslp.mx/PDF/2228\\_281.pdf](http://www.uaslp.mx/PDF/2228_281.pdf)
- Folkman, S., Chesney, M., Pollack, L. y Coates, T. (1993). Stress, control, coping, and depressive mood in human immunodeficiency virus-positive and negative gay men in San Francisco. *Journal of Nervous Mental Disease*, 181, 409-416.
- Flores-Sarazúa, E., Borda-Más & M., Pérez-San Gregorio, M. (2006). Estrategias de afrontamiento en varones con SIDA, con antecedentes de politoxicomanía y en situación de exclusión social. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 285-300.
- Fleishman, J.A. y Fogel, B. (1994) Coping and depressive symptoms among people with AIDS. *Health Psychology*, 13, 156-169.
- Fuste, E. y Ruiz, J. (2000). Análisis de la relación entre personalidad, estrategias de afrontamiento, estrés percibido y respuesta inmune a una prueba de hipersensibilidad retardada. *Ansiedad y Estrés*, 6, 169-189.
- García-Camba, E. (1993). *SIDA. Apoyos en entorno personal, familiar y laboral*. Madrid: Eudema
- García-Camba, E. (1998). Psiquiatría de enlace e infección por VIH. En E. García-Camba (Ed.), *Psiquiatría y SIDA* (pp. 29-44). Barcelona: Bibliostam.
- Gard, T.L. (1999). *The importance of intimacy and use of avoidance coping in predicting depression among HIV+ individuals*. Tesis doctoral. State University of New York at Albany. UMI.
- González-Puente, J.A. y Sanchez-Sosa, J.J. (2001). Systematic assessment of quality of life in HIV-positive patients at three clinical stages of the infection. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 519-528.
- Gordillo V., Del Amo J., Soriano V., y González-Lahoz, J. (1999). Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*, 13, 1763-1769.

- Kang, E. (1999). Optimism, coping, and psychological distress among HIV-seropositive and AIDS-diagnosed men. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60, 2947.
- Kenneth, W.G. y Judith, G.R. (1998). Perceived control over illness, realistic acceptance, and psychological adjustment in people with AIDS. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17, 407-424.
- Koopman, C., Gore, F.C., Marouf, F., Butler, L.D., Field, N., Gill, M., Chen, X.H., Israelsky, D. y Spiegel, D. (2000). Relationships of perceived stress to coping, attachment and social support among HIV+ persons. *Aids Care*, 12, 663-672.
- Kubler-Ross, E. (1969). *Sobre la muerte y los moribundos*. New York: Grijalbo.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Leserman, J., Jackson, E.D., Petitto, J.M., Golden, R.N., Silva, S.G., Perkins, D.O., Cai, J., Folds, J.D. y Evans, D.L. (1999). Progression to AIDS: the effects of stress, depressive symptoms, and social support. *Psychosomatic Medicine*, 61, 397-406
- Moneyham, L., Hennessy, M., Sowell, R., Demi, A., Seals, B. y Mizuno, Y. (1998). The effectiveness of coping strategies used by HIV seropositive women. *Research in Nursing and Health*, 21, 351-362.
- Morera, D., Marichal, A., Nieves, Ma., Betancor, V., Rodríguez, R., Rodríguez, A., Coello, E. & Vargas, I. (2004). La percepción de semejanza intergrupala y la identificación con el endogrupo: ¿incrementa o disminuye el prejuicio? *Psicothema*, 16 (01), 70-75
- Montecinos, L. y Vivanco, W. (1986). Psicología y Salud en Chile: ¿un campo laboral emergente? *Terapia Psicológica*, 8, 36-39.
- Mulder, C.L., Vroome, E.M.M., van Griensven, G.J.P., Antoni, M.H. y Sandford, T.G.M. (1999) Avoidance as a predictor of the biological course of HIV infection over a 7-year period in gay men. *Health Psychology*, 18, 107-113.
- Namir, S., Wolcott, D.L., Fawzy, F.I. y Alumbaugh, M.J. Implications of different strategies for coping with AIDS. En: Temoshok, L. y Baum, A. (1990). *Psychosocial Perspectives on AIDS*. (pp. 173 -189), London: LEA.
- Nannis, E., Patterson, T. y Semple, S. (1997). Coping with HIV disease among seropositive women: Psychosocial correlates. *Women Health*, 25, 1-22.
- Páez, D., Echebarria, A., Valencia, J., Romo, I., San Juan, C. & Vergara, A. (1991). AIDS Social Representations; Contents and Processes. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 1, 89-104.

- Pernas, A., Iraurgi, I., Bermejo.P., Basabe, N., Carou, M., Páez, D. y Cabarcos, A. (2001). Formas de afrontamiento y afectividad en personas con VIH/SIDA. *Psiquis*, 22, 194-199.
- Petrie, K.J., Booth, R.J. y Pennebaker, J.W. (1998). The immunological effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1264-1272.
- Peñarrieta de Córdoba, Ma., Riviera, A., Piñones, S., Quintero, L. (2006). Experiencia de vivir con el VIH/SIDA en un país latino: un análisis cualitativo. *Cultura de los cuidados*, 10(20), 69-75
- Riquelme, A.; Buendía, J. Y Rodríguez, M.C. (1993). Estrategias de afrontamiento y apoyo social en personas con estrés económico. *Psicotherma*, 5(1) 83-89.
- Rodríguez, M., Esteve, R. & López, A. (2000). Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. *Psicothema*, 12(3), 339-345.
- Rodríguez-Marín, J., Pastor, Ma. & López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, Calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372.
- Recoder, María Laura (2005) “No se desespere por el cambio... su vida está comenzando ahora”. Crónica de una cronicidad: HIV-sida, tratamiento médico y vida cotidiana”, ponencia al Primer Congreso Latinoamericano de antropología, Rosario, 11 al 15 de julio de 2005, publicación en cd.
- Savard J., Benoît L., Gauthier Janel G.,Bergeron M. (1999). Screening Clinical Depression in HIV-Seropositive Patients Using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *AIDS And Behavior*. Volume 3 Number 2.
- Semple, S., Patterson, T., Straits-Troster, K., Atkinson, J., McCutchan, J. y Grant, I. (1996). Social and psychological characteristics of HIV-infected women and gay men. HIV Neurobehavioral Research Center (HNRC) Group. *Women Health*, 24, 17-41.
- Solano, L., Costa, M., Salvati, S., Coda, R., Auiti, F. Mezzaroma, I. y Bertini, M. (1993). Psychosocial factors and clinical evolution in HIV-1 infection: A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 39-51.
- Tobón, S. & Vinaccia, S. (2003, Julio 01). Modelo de intervención psicológica en el VIH/SIDA. *Psicología y salud*, 13, artículo 2. Extraído el 4 de mayo de, 2007, de [http://www.uv.mx/psicysalud/Psicysalud%2013\\_2/13\\_2/Stob%C3%B3n.html](http://www.uv.mx/psicysalud/Psicysalud%2013_2/13_2/Stob%C3%B3n.html)
- Tsasis, P. (2000). The multidimensional context of HIV/AIDS patient care. *AIDS Patient CareSTD*, 14, 555-559.

Vera-Villaruel, P., Pérez, V., Moreno, E. & Allende, F. (2004). Diferencias en variables psicosociales en sujetos VIH homosexuales y heterosexuales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 55-67.

Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C. y Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAC scale. *Psychological Medicine*, 18, 203-209.