

AFRONTAMIENTO E INTERVENCION PSICOLÓGICA EN PERSONAS QUE  
VIVEN CON EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).

Cristina Reyes Aragón

Diplomado en Psicología de la Salud

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

Chia, Enero 2007.

### Resumen

Las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) adoptan un afrontamiento activo o pasivo, se revisa teóricamente cual de los dos tipos de afrontamiento es mas conveniente en el curso de la enfermedad, así mismo se resalta la importancia de la intervención psicológica y sus diferentes alcances en las PVV, teniendo en cuenta las estrategias y los diferentes programas de intervención psicológica que incluyen la prevención, el seguimiento y los resultados de dichas intervenciones en las PVV.

*Palabras Clave:* Afrontamiento, intervención psicológica, VIH, SIDA, PVV.

### Abstract

People that live with human immunodeficiency virus(HIV)adopt an active or passive confrontation. It is theoretically revised which type of confrontation is more convenient during the course of the disease. The importance of psychological intervention is remarked, and its different possibilities in PLVs, bearing in mind the different psychological intervention strategies and programs that include prevention, follow-up and the results of such interventions in PLVs.

*Key words:* confrontation, psychological intervention, HIV, AIDS, PLV.

## INTRODUCCION

El síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA), causado por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), es una causa importante en el deterioro de la calidad de vida de las personas que sufren esta enfermedad, así como de sus familiares o cuidadores y en general de todo su círculo social, además de atravesar por una situación compleja y atemorizante, la manera en que estas personas enfrentan esta situación esta sujeta a diferentes variables que serán las causantes de una mejor o peor calidad de vida.

### Afrontamiento e Intervención Psicológica En PVV.

El presente artículo, atiende a revisar teóricamente las investigaciones relacionadas con el afrontamiento ante la enfermedad adquirida por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El afrontamiento es definido por Lazarus y Folkman (1985) como: aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que controlan las condiciones aversivas del entorno disminuyendo, por tanto, el grado de perturbación psicofisiológica producida por éstas. (p.275), considerando ocho estrategias de afrontamiento., las cuales son: confrontativa, distanciamiento, solución de problemas, apoyo social, responsabilidad, escape-evitación, autocontrol y reevaluación positiva.

Para la consideración de los lectores es de importancia citar en este artículo a Ballester., Arnal ., Campos, Gracia , Reinoso, (2001)., los cuales argumentan que el afrontamiento, es un modelo que presenta un “cierto volumen de incoherencias” objetando de la siguiente manera: se ofrecen ideas y resultados que arrojan serias dudas sobre la adecuación del modelo respecto al situacionismo y concepción de los rasgos y estilos, el estado emocional o competencial del afrontamiento y sobre la dualidad proceso-resultado”. (p.26)

Por otro lado se entiende afrontamiento como: un cambio constante en la cognición y la conducta que se dirigen a demandas externas o internas y en la cual el individuo utiliza diversos recursos para sobrellevar el estrés psicológico y con ello poder controlar de algún modo la situación, aunque sólo se pueda lograr algún control sobre la emoción negativa, provocada por el acontecimiento estresante. Este constructo es una de las teorías que juegan un papel importante para las personas en el momento de enfrentar o afrontar, interpretar o evaluar una situación problema. (Ballester A.2003).

El proceso del afrontamiento puede observarse mediante la duración del duelo y de los cambios que comienzan desde la pérdida (pérdida, como la noticia de seropositividad, en cuanto a pérdida de salud o vida). 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, mas adelante (en la siguiente etapa) 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. (Cano -Vindel, A.1995).

Según Kubler-Ross., (1969), el proceso por el cual atraviesan las personas seropositivas, va en el siguiente orden: negación, estructuración, deterioro de la imagen y de la autoestima, auto destructividad, vengatividad, pacto o negociación y aceptación (p.172) y es precisamente durante alguna de estas etapas cuando aparecen los ideales suicidas y la depresión; además de estas apariciones, las PVV se enfrentan a dificultades

socioculturales; rechazo, desprestigio, estigmatización son solo algunas de ellas. El SIDA es una enfermedad altamente estigmatizante, existe mucho prejuicio y temor hacia quienes se han infectado, debido a que rápidamente se asocia a homosexualidad, promiscuidad o drogadicción”. (p.p. 185-193).

Las investigaciones muestran que los síntomas depresivos en personas con VIH han sido correlacionados con estilos de afrontamiento evitativos.

La enfermedad por VIH se caracteriza por la pérdida o disminución de los linfocitos T-CD4, donde el virus permanece en principio asintomático y el lapso de tiempo para presentar los primeros síntomas o las enfermedades oportunistas dependen de la carga viral con la cual se haya recibido el virus en el momento del contagio, la infección por VIH es una enfermedad compleja, que compromete tanto la parte física, como la parte mental de las personas; según Carboles Jose., Remor., Rodríguez-Alzamora., (2000), la persona que vive con el VIH, debe lidiar con un conjunto de estresores fisiológicos, socioculturales, económicos, y psicológicos, que en conjunto constituyen una amenaza potencial a su salud física y mental, (p.p.420-426).

Diferentes estudios han centrado su atención en la influencia del afrontamiento, con el curso de la enfermedad, por ejemplo, Bermúdez, Sánchez, Buela-Casal., (2000), exploraron la relación de tres estilos de afrontamiento; el activo-conductual, el activo cognitivo y por evitación, con ocho diferentes estrategias de afrontamiento las cuales fueron: crecimiento personal; expresión activa/búsqueda información; confianza activa en otros; implicación activa-positiva; distracción; rumiación/pasivo cognitivo; resignación pasiva; y evitación/comportamientos pasivos, relacionados también con dos aspectos más: el estrés emocional y el apoyo social percibido en participantes peruanos y

Espanoles que viven con el virus del VIH en diferentes etapas de la enfermedad, sus resultados explicitan que los participantes que presentaron un afrontamiento por evitación, presentaron mayores índices de ansiedad y depresión, por lo que se concluye que el afrontamiento por evitación es factor de riesgo para el distrés emocional y el malestar psicológico en personas infectadas por el VIH; también Mulder., McKinney., Christopherson, Sninsky, Greenfield, Kwok., (1994), encontraron una asociación positiva entre afrontamiento por evitación y distrés emocional. Por otra parte los participantes que emplearon un afrontamiento activo-conductual, presentaron un funcionamiento adaptable y un menor coste emocional en comparación con aquellos que no lo utilizaron, así también el afrontamiento activo-cognitivo (estrategias cognitivas dirigidas a significar el hecho positiva o negativamente) no se mostró claramente asociado a indicadores de distrés emocional, sin embargo los pensamientos negativos favorecieron a una actitud pasiva y/o rumiativa de los participantes. Por ultimo acerca de este estudio, cabe resaltar la diferencia de afrontar la enfermedad entre Espanoles y Peruanos (Se observo con mayor frecuencia las estrategias activo cognitivas y conductuales en Peruanos frente a los Espanoles que con mayor frecuencia emplearon estrategias de evitación y comportamientos pasivos) con el fin de incrementar los estudios sobre las diferencias culturales y su influencia en el afrontamiento frente al VIH+ o al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

En la misma rama, Bayés., y Ribes., (1989), realizaron un estudio de tipo descriptivo transversal, con una muestra total de 83 participantes portadores asintomáticos de VIH y sin Dx. medico de SIDA, relacionaron la conducta activa con bajos niveles de trastornos del animo y un mayor optimismo, mientras que los estilos de

afrontamiento evitativos se relacionaron con un alto estrés emocional y altos niveles de trastornos del ánimo. Por su parte, Genova., Patton., Jurich., McDermid., (1994), analizaron la diferencia de afrontamiento entre hombres y mujeres homosexuales portadores del VIH, encontrando que en su mayoría los índices de soledad y el afrontamiento evitativo es utilizado mayoritariamente por hombres en comparación con mujeres, en la misma línea, Nannis., Patterson., & Semple., (1997) investigaron estilos de afrontamiento en mujeres, específicamente: orientación al problema, abandono y estoico, encontrando tres asociaciones significativas: estrategias activas con un fuerte apoyo social, bajo aislamiento, baja depresión, baja hostilidad y una creencia en la suerte, b), abandono con sentimiento de soledad, depresión, ira, bajo apoyo social y a una baja creencia en la casualidad., c) estoico con creencia en la suerte, soledad e ira y bajo apoyo social. (p.591).

También Moneyham., Hennessy., Sowell., Demi., Seals, B., & Mizuno, (1998), realizaron una investigación con mujeres seropositivas y sugiere que las estrategias activas de afrontamiento se asocian con la sintomatología física de los pacientes, lo cual reclama gran importancia, pues se puede pretender una intervención dirigida al acercamiento de este tipo de afrontamiento, con el fin de promover una adaptación positiva (p.351-362) además de otras razones que se han ido observando implícitamente en el presente artículo. Por ejemplo Bayes, (1994)., trabajo con el fin de crear un programa de intervención psicosocial para facilitar a los profesionales de la salud y a los psicólogos la intervención con PVV, buscando incrementar la cantidad y calidad de vida; para dicho trabajo fue imprescindible analizar el afrontamiento y sus asociaciones partiendo de la base, que para la intervención se debe dar información suficiente sobre

las estrategias de afrontamiento lo cual permitirá a los pacientes un adecuado manejo de sus emociones.

Kelly., Murphy, (1992), afirman que siempre será de fundamental importancia considerar por lo menos las estrategias de afrontamiento, los recursos personales y la personalidad, ya que estos factores son esenciales para planificar el proceso de intervención. (p.p.576-585).

La etapa que transcurre una vez adquirida la infección por VIH, y el desarrollo del SIDA varia en lapsos de tiempo, Mulder, Antoni, Emmelkamp, Veugelers, Sandfort, Vijver, Mulder , Vroome, Griensven, Antoni, y Sandford, (1999) hipotetizan que esas (y otras) diferencias individuales pueden ser el resultado de variables psicosociales, y que así mismo serian estas variables factores protectores o bien dificultantes en el curso de la enfermedad, en cuanto la vulnerabilidad del organismo.

Para, Herrera C., Campero, (2002) las variables psicológicas en tal perspectiva, influyen significativamente en el curso de la enfermedad y en el sistema inmunológico de las personas.

Tapia, (1992)., afirma que: múltiples investigaciones realizadas en la última década muestran como el estrés, el afrontamiento y los estados emocionales influyen en el curso del sida. Al respecto, hay evidencia de que la depresión y el estrés producen cambios en el sistema nervioso, inmunológico y endocrino, lo que influye para el desencadenamiento y evolución de la enfermedad. (p.p. 313-322).

En ningún momento se ignora , como se dijo anteriormente que esta diferencia es también causa de la carga viral con que se reciba el virus (VIH), aun así es indudable la influencia de este tipo de variables en el curso de la enfermedad, por lo que se han

realizado diferentes investigaciones, Goodkin, Fuchs, Feaster, Leeka, y Dickson-Rishel, (1992), han centrado su atención en evaluar la influencia de dichas variables sobre la salud en general y en sujetos seropositivos, pues si dicha hipótesis fuera del todo probable, la realización de intervenciones biopsicosociales serian del todo indispensables (p.p.292–300), y en la cual se incluiría el estudio de los factores (respuestas emocionales, estrategias de enfrentamiento, estrés, entre otras), todo esto con la finalidad de incrementar la cantidad y la calidad de vida, objetivo mismo que persiguen los trabajadores de la salud en enfermedades terminales.

Gracias a las investigaciones anteriormente citadas y muchas otras se considera hoy en día y como bien lo señala Tuldrà, Fumaz, Bayés, (2000), una visión más plausible, el modelo psicosocial que la visión cartesiana.

Kornblit, et al.(1999)., nos confirman que reducir los niveles de ansiedad, depresión y promover el desarrollo de adecuadas y efectivas estrategias de afrontamiento son aspectos que proporcionan un positivo efecto en la vida de la personas que padecen de una enfermedad terminal.

El estrés, la ansiedad y los ideales suicidas son síntomas que aparecen en las PVV al tener conocimiento de que llevan el virus en su sangre, además de ataques de pánico, crisis y depresión, la cuales son respuestas que van ligadas a los estilos personales de afrontamiento, que a su vez se asocian 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, Padierna, Sánchez, Fernández, Rodríguez, González, Menéndez., (1998)., investigaron con el objetivo de evaluar la depresión, la

ideación suicida y los estilos de afrontamiento en personas homosexuales y heterosexuales que viven con y sin VIH, en una muestra total de 34 participantes, de los cuales 18 tienen dxo medico de VIH. Para el estudio partieron principalmente de la siguiente hipótesis: 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., Janel., Bergeron., (1999)., los cuales concluyen una ausencia importante en cuanto a niveles de depresión entre seropositivos y seronegativos, sin embargo las investigaciones realizadas por Caprio, . (1985): sustentan que los hombres que tiene relaciones sexuales con hombres tienen mayor riesgo de ideación suicida; según, Johnson, Hedges , Diaz, (2002), Los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres (Men who have Sex with Men - MSM) siguen en grave riesgo de contraer una infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). A pesar de estos últimos datos se señala la ideación suicida como problemas psicológicos sin diferencias significativas entre grupos seropositivos y seronegativos. Por otro lado, Saiz de la Hoya, Bedia, Murcia, Cebria, Sánchez- Paya, Portilla, (2000)., retomando la investigación de Leserman, Petitto, Perkins, Folds, Golden, & Evans,. (1997)., contradictoriamente señalan, que la edad de los participantes no tuvo relación con los niveles de depresión, la ideación suicida y los estilos de afrontamiento; cabe resaltar que también se concluye que el vivir con y sin VIH, no altera precisamente el afrontamiento que tienen las personas; según los

resultados obtenidos se sugiere la amplitud de la muestra para corroborar la información obtenida. A si mismo, Leserman, Jakson, Pettito, Golden, Silva, & Perkins, (1999), afirman que se sigue considerando importante continuar con investigaciones respecto a problemas de salud como lo son la depresión y el VIH/SIDA con la finalidad de crear estrategias y planes de prevención, como el entrenamiento de estilos de afrontamiento más adaptativos. (p.442)

Schneiderman, Ironson, Siegel, (2005), Introducen el termino psiconeuroinmunologia, y afirma que el optimismo y el “hacer frente” mitigan la respuesta inmunológica, cabria entonces hipotetizar que los estilos de afrontamiento activos cooperan con la psiconeuroinmunologia de las personas.

Espinosa, Flores, (1999) estudio los estilos de afrontamiento en participantes con enfermedades terminales (cáncer y SIDA), partiendo de la base que dichas enfermedades llevaran innegablemente a la muerte de quienes la padecen y considerando los estilo de afrontamiento como recursos que utilizan los seres humanos para sobrellevar el estrés psicológico. Dentro los resultados obtenido se encontró un alto grado de importancia en la influencias sociales y culturales en el momento de enfrentar una enfermedad terminal relacionado con mayores expectativas de vida, se corrobora además que cada persona enfrenta la situación, dependiendo del apoyo social que reciba. El afrontamiento de la mayoría de participantes en esta investigación fue activa y se destaco principalmente el aspecto social , familiar y de pareja. Finalmente se concluyo que el estilo de afrontamiento propio de cada persona se da según la actitud que este asuma frente a la enfermedad, y dependiendo de esto será mejor o no la expectativa de vida.

No obstante entre los estudios que han investigado la posible influencia del afrontamiento en la infección por VIH, algunos han encontrado resultados contradictorios a los mencionados en este escrito, por ejemplo Costa, Damiano, (1992)., estudiaron durante siete años la relación entre afrontamiento por evitación, y el aumento de la infección por VIH, con una muestra de 181 hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, encontrando un menor descenso de células CD4, y por lo tanto un mayor periodo para alcanzar la etapa SIDA, en participantes con un estilo de afrontamiento evitativo, mientras que los estilos de afrontamiento activo cognitivo y activo comportamental se relacionaron con la progresión de la enfermedad como tal.

Hasta el momento hemos visto la importancia y la influencia del tipo de afrontamiento en personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana, sin embargo para el acogimiento de un afrontamiento adecuado la intervención psicológica, debe utilizar estrategias efectivas y ser incluyente no solo en dar herramientas para un afrontamiento adecuado, sino también en aspectos a intervenir como son la depresión, el estrés, el manejo de las emociones, la calidad de vida, y la adherencia al tratamiento, esta intervención psicológica en el campo de la salud es definida por Godoy., (1999) como un proceso dado por una bidireccionalidad entre las dimensiones individuales y las características ambientales, cuyo resultado es un estado de equilibrio y el correspondiente bienestar biopsicosocial, por lo que la enfermedad constituye la pérdida momentánea o duradera de dicho equilibrio dinámico. (pp. 77-114).

Es importante la intervención psicológica incluso en todas las fases de la enfermedad para el mejoramiento de de la salud y de la calidad de vida. (Spire, Duran, Souville, Leport, Raffi, y Moatti. 2002).

Como ejemplo de la intervención psicológica en el campo de la salud citaremos a continuación, a diferentes autores que han trabajado con el objetivo de evaluar la efectividad de dichas intervenciones.

Emmott, (1991) evaluó la eficacia de una intervención grupal, encontrando resultado satisfactorios en cuanto a una disminución en los niveles de depresión y ansiedad; también Chesney, Folkman. (1996), encontró una mejora en los estilos de afrontamiento y menores niveles de depresión con un programa similar al anterior. También, Coates, y Mc kusick , (1987)., realizo un tratamiento grupal, su principal objetivo fue el de dar un entrenamiento en técnicas para el manejo del estrés y la depresión, en dos grupos (uno grupo control y un grupo experimental), encontrando que efectivamente después del tratamiento los pacientes del grupo experimental mostraron menores conductas de riesgo, menor estrés y depresión. Otros resultados satisfactorios son los que se encuentran en la investigación realizada por De Moya. (2000) en la cual el grupo experimental en comparación con el grupo control mostró una significativa reducción de la ansiedad y la disforia, además de un mejoramiento en el sistema inmune, después de 10 sesiones de 90 minutos cada una en los cuales se entreno a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en técnicas para el manejo del estrés. Estudios más recientes como el de McPherson, Malow, Penedo, Jones, Schneiderman, y Klimas. (2003)., en la cual se observo la eficacia de técnicas de consejo breve, con el fin de mejorar la adhesión terapéutica, mediante un grupo experimental en comparación con el grupo control, los resultados obtenidos coinciden con una mayor adhesión terapéutica y un menor numero de enfermedades oportunistas, en los pacientes pertenecientes al grupo experimental. También Molassiotis, Nahas, Chung, y Lam, (2003)., hallo un significativo

mejoramiento en la adherencia al tratamiento, después de aplicar un tratamiento basado en: informar al paciente individualmente sobre los medicamentos, evaluación del estilo del vida, consejo, refuerzo, e identificación de barreras para la adherencia al tratamiento; en una investigación piloto con seis pacientes que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana. Theunissen, Ridder, Bensing, Rutten. (2003)., trabajaron con una muestra de 68 hombres seropositivos, divididos en tres grupos experimentales y a cada uno de ellos se les aplicó una intervención diferente; la aplicación del primer grupo consistió en un tratamiento grupal cognitivo conductual, las estrategias para este grupo fueron: reestructuración cognitiva, relajación muscular, reducción de ansiedad, la adopción de medidas de sexo seguro y el establecimiento de una red social de apoyo, la aplicación del segundo grupo consistió en un grupo de apoyo y en el tercer grupo la intervención se realizó a partir de la psicoterapia individual.; los resultados obtenidos señalan que los tratamientos grupales fueron significativamente más eficientes frente a la psicoterapia individual.

Castellon. J., (2003)., realizó una investigación cuasiexperimental con diseño pre y pos test, con grupo control y grupo experimental, su objetivo consistió en identificar los niveles de calidad de vida antes y después de una intervención grupal, la muestra la conformaron 19 hombres con dxo. de VIH, entre los 30 y 50 años, la intervención consistió en la realización de talleres durante cuatro meses los cuales incluían información sobre salud física, psicológica y social, los resultados obtenidos señalan una diferencia significativa entre el pre y el post test, en el grupo experimental en cuanto a calidad de vida, “Los resultados establecen la relevancia de la psicología en la salud mental y el funcionamiento cognitivo en las persona diagnosticadas.”

Lourdes, Eguiluz, Giselle, González, Investigaron con el fin de comparar los niveles de ansiedad y depresión en pacientes sintomáticas y asintomáticas, para enfocar la intervención en aquellos grupos que presentaron mayores niveles de ansiedad y/o depresión. La diferencia entre los grupos no fue significativa, sin embargo recomiendan manejar, controlar y disminuir los niveles de depresión en el área física en pacientes infectados por el VIH/SIDA en situación de asintomáticos que más recientemente hayan conocido su diagnóstico. Durante la intervención psicológica, así como también la creación del diseño de un plan de apoyo terapéutico dirigido a mejorar la calidad de vida de los pacientes teniendo en cuenta el soporte psicosocial, como las recomendaciones mas relevantes para este articulo.

Jonson, Hedges, Diaz, (2006)., presentan un programa de intervención grupal cognitivo conductual, con una duración de ocho sesiones, su objetivo fue mejorar la adherencia al tratamiento y el estado emocional de las PVV. Los resultados encontrados explicitan una mejora significativa en la adherencia al tratamiento teniendo en cuenta las siguientes variables clínicas: la ansiedad, la depresión o la autoestima y otras como el grado de hipocondría de los pacientes, su perturbación afectiva, su irritabilidad, el grado de interferencia de la enfermedad en distintas esferas de sus vidas, el apoyo social percibido y el locus de control sobre la salud.

Algunos clínicos Sarosh, Motivala, Barry, Hurwitz, Llabre, Klimas, , Fletcher, Antoni, William G. LeBlanc, PhD and Neil Schneiderman. (2003), han centrado su atención en dirigir la intervención a los problemas emocionales, pues señalan estos como factores de riesgo para la baja adherencia al tratamiento, enfatizado en la utilidad de las

técnicas de intervención Frank, y cols, señalan la importancia de las intervenciones psicológicas dirigidas a la prevención de contagio, (reducir el número de hombres que tienen relaciones con hombres sin preservativo), estimando que esto reduciría significativamente el número de hombres que se contagian con el virus del VIH. En cuanto a los beneficios de la intervención psicológica, se ha reportado la búsqueda de apoyo social, la adherencia al tratamiento y en la atenuación del estado emocional negativo. Uribe, (2005), sugiere la pronta realización de las intervenciones psicológicas especialmente cuando el nivel de las células CD4 es todavía elevado, con el fin de aumentarlas o en su defecto mantenerlas. Vinaccia . & Sandín B.(2005) ., afirma que: hay evidencia en torno al hecho de que las intervenciones psicológicas ayudan a que el desencadenamiento de la enfermedad sea más lento, aumentando así el número de años de vida saludables y también la calidad de vida, según González, (1994)., la atención integral del paciente requiere atención médica básica, terapia psicológica, apoyo social y planes nutricionales, principalmente la atención de todas estas necesidades no sólo mejora la condición física de los pacientes sino también su estado emocional y la calidad de su vida, permitiéndoles vivir con dignidad y autoestima..

Actualmente se desarrollan programas de tratamiento dirigidos a variables tales como el apoyo social que afectan el curso de la enfermedad; en este sentido se trata de utilizar técnicas de intervención como la relajación progresiva, la terapia cognitiva, , la imaginación guiada, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y el entrenamiento asertivo para mejorar la relación con los profesionales sanitarios todo esto con el fin de educir la ansiedad, el malestar emocional, la sensación indefensión y la falta de control.

Kelly, Jeffrey, Murphy, Debra, Bahr, Richard, Koob, Jeffrey. et al (1993)., expone la implicación de los problemas emocionales como factor de riesgo para las PVV , resalta además las debilidades y fortalezas de la intervención psicológica en incrementar la calidad de vida principalmente, concluyendo la importancia en las conductas de riesgo, las acciones preventivas, la evaluación de la eficacia de los tratamientos, y la intervención psicológica en niños y adolescentes que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana así como también en los familiares y personal sanitario que tratan con el paciente.

Londono, Tobon, Delgadillo, Vinaccia, Contreras, (2005) resaltan la importancia de realizar intervenciones multidisciplinarias, con los familiares, y cuidadores primarios del paciente para lograr de esta manera una mayor efectividad, y así una mejora en la calidad de vida del paciente

El manejo efectivo del paciente con VIH/SIDA, requiere una intervención en la cual, la maximización de la sensación de bienestar, el control de los síntomas y la manera de enfrentar la situación, en cualquiera que sea la fase de la enfermedad; Vinaccia & Sandín (2005)., revela la importancia de incrementar las intervención psicológicas grupales o individuales Los programas de intervención psicológica para los pacientes con Infección por VIH son escasos y todavía lo son más los trabajos que presentan datos acerca del grado de eficacia de estos programas sobre variables clínicas relevantes.

## CONCLUSIONES

Después de haber revisado teóricamente los artículos de relación, se podría concluir que el afrontamiento activo en personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana, es de mayor utilidad, para sobrellevar el curso de la enfermedad; el estrés, el malestar psicológico, la carga emocional, la depresión y los ideales suicidas, sin embargo no se corroboran del todo esta información pues algunas de la investigaciones citadas a pesar de su escasa muestra señalan resultados contradictorios, en cuanto al afrontamiento pasivo, la evidencia empírica nos demuestra que es también de utilidad en algunas de las etapas del afrontamiento (las primeras) para las PPV, pues no necesariamente desencadena en malestar psicológico.

Es evidente la necesidad de seguir investigando el afrontamiento en PVV, como herramienta esencial en el curso de la enfermedad, puesto que puede ser adoptada por los pacientes como factor protector y que a través de intervenciones psicológicas eficaces, en las que necesariamente se tendrían que abordar estrategias adecuadas, se observara un beneficio por medio de los resultados de las diferentes investigaciones presentadas, tanto en la prevención como en el tratamiento de la enfermedad por VIH, de esta manera se torna indudable la necesidad de la psicología en el campo de salud, y la ampliación de sus aplicabilidades e investigaciones, así como la pertinencia de un trato definitivamente humano para los PVV, sus familias y cuidadores, ya que esta interrelación entre paciente, Familia, cuidadores y terapeuta nos puede asegurar el éxito terapéutico.

Por ultimo se recalca que cada persona tiene su propio estilo de afrontamiento, y que la intervención no debe ser encaminada a cambiar esta de manera radical, pues cada persona adopta su estrategia para la protección, la intervención debe ser dirigida a un

acompañamiento psicológico y durante el proceso orientar el afrontamiento de manera asertiva para el beneficio del paciente y sus familiares.

## Referencias

- Ballester .A, 2005., Aportaciones desde la psicología al tratamiento de las personas con infección por VIH, *Revista de psicopatología y psicología clínica*. Num 1, Vol 10 pp 53-69.
- Ballester Arnal R., Campos, R., Gracia, S., Reinoso, 2001., Variables moduladoras de la adherencia al tratamiento en pacientes con infección por VIH. I. *PSICOLOGÍA CONDUCTUAL* Num. 9. pp. 323-336.
- Ballester A.(2003) *Eficacia terapéutica de programa intervención grupal cognitivo-comportamental, mejorar la adhesión al tratamiento y estado emocional pacientes con vih/sida*. Universidad Jaime I de Castellón. Ed. Acanto, S.A., Barcelona.
- Bayes, R. (1994). Sida y psicología: realidad y perspectivas. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47: 125-128.
- Bayés,R. y Ribes, E.(1989) Un modelo psicológico de prevención de enfermedad: su aplicación en caso de SIDA. *Papeles del Psicólogo*, núm 41-42,122-125.
- Bermúdez, M.P.;Sánchez, A.I.; Buela-Casal, G. 2000. Adaptación castellana de la escala de intención de cambio de conducta, *Ciencia psicológica*, Vol. 2, No 7, pp20-29.
- Castellon. J., (2003) ., Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal y el estado emocional en pacientes con cáncer. *Psicothema.*, Vol. 15 , nº 4 , pp. 517-523.
- Cano-Vindel, A. (1995). Orientaciones en el estudio de la emoción. *Manual de Motivación y Emoción*. Madrid: Ed. Ramón Areces.
- Caprio, F. S. (1985): *El Poder del Sexo*. Cita del Press. New York.
- Carboles Jose A., Remor E., Rodríguez-Alzamora L. (2000) *Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH*. Universidad Autónoma de Madrid.
- Chesney M. A., Folkman S. 1996, Psychological impact of HIV disease and implications for intervention. *Psychiatric Clinics of North America*. Vol 17 (1): 163-182.
- Coates, T. y Mc kusick , L (1987). The efficacy of stress management in reducing his risk behavior and improving immune function in HIV antibody positive man. *Paper present at the Third international conference on AIDS Washington*.

- Costa, J., Damiano, A., (1992). *La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana: Patogenia, diagnóstico y tratamiento*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. pp. 567-572.
- De Moya, E. (2000). *Juegos de Guerra: el enfoque genérico-cultural de la respuesta al VIH/SIDA*. Instituto de Sexualidad Humana UASD. Sto Domingo.
- Emmott, S.(1991) Cognitive group therapy for coping with HIV infection paper. Seventh International conference on AIDS, *International Journal of clinical and Health* ISSN 1697-2600.
- 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) .
- Genova, M. Patton, D.;Jurich, J. , McDemid, S. & col (1994) . Ways of coping among HIV-infected individuals . *Journal of Social Psychology* 655-663.
- Godoy, J.F. (1999). *Psicología de la salud: Delimitación conceptual*. *Manual de psicología de la salud* (pp. 77-114). Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.
- González, N. (1994): Influencia de los factores psicosociales, en el estado de salud de 20 pacientes VIH positivos. *VIH/SIDA* Año 4 N° 11 Diciembre 1994 Pp. 13.
- Goodkin, K., Fuchs, I., Feaster, D., Leeka, J. y Dickson-Rishel, D. (1992). Life stressors and coping style are associated with immune measures in HIV-1 infection. A preliminary report. *The International Journal of Psychiatry in Medicine. Biopsychosocial Aspects of Patient Care.*, 22, 155-172.
- Herrera C.,Campero L.(2002) La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud pública*. Nov. 2002, vol.44, no.6, p.554-564. ISSN 0036-3634. Mexico.
- Johnson WD, Hedges LV, Diaz RM. (2002) Intervenciones para modificar los comportamientos sexuales de riesgo para prevenir la infección por VIH en hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres. *In: The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Oxford*.
- Kelly, J.A. y Murphy, D.A. (1992). Psychological interventions with AIDS, and HIV: Prevention and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, .p.p. 576-585.
- Kelly, Jeffrey A.; Murphy, Debra A.; Bahr, G. Richard; Koob, Jeffrey J.; et al (1993) Factors associated with severity of depression and high-risk sexual behavior

- among persons diagnosed with human immunodeficiency virus (HIV) infection. *Health Psychology*. 12(3), May 1993, 215-219.
- Kornblit, et al.(1999). SIDA y ETS: Qué se ha Hecho y Qué se Debe Hacer. *En: Salud, Cambio Social y Política. Perspectivas desde América Latina*. Ed. Edamex. México.
- Kubler-Ross, E. (1969). Sobre la muerte y los moribundos. *New York: Grijalbo*.
- Lazarus & Folkman, (1985). Estrés y Procesos Cognitivos México. Ediciones Roca.
- Leserman, J., Petitto, J. M., Perkins, D. O., Folds, J. D., Golden, R. N. & Evans, D. L. (1997). Severe stress, depressive symptoms, and changes in lymphocyte subsets in human immunodeficiency virus-infected men. *Archieve General of Psychiatry*, 54, 279-285.
- Leserman, J., Jakson, E.D., Pettito, J.M., Golden, R.N., Silva, S.G. & Perkins ; D.O., 1999. Progression to AIDS the effects of stress depressive symptoms social support. *Psychosomatic Medicine* 61, 397-406.
- Londono. C., Tobon.S., Delgadillo.G., Vinaccia. 2005 S. A, Contreras. F. Estilos confrontación en personas infectadas por VIH, *Revista de sicopatología y psicología clínica* , Vol 10. No. 1. pp, 25-31.
- McPherson, S., Malow, R., Penedo, F., Jones, D., Schneiderman, N. y Klimas, N. (2003). Enhancing adherence to combination antiretroviral therapy in non-adherent HIV-positive men. *AIDS Care*, 12, 399-404.
- Molassiotis, A., Nahas, V., Chung, W. y Lam, S. (2003). A pilot study of the effects of a behavioral intervention on treatment adherence in HIV-infected patients. *AIDS Care*, 15, 125-135.
- Moneyham, L. Hennessy, M., Sowell, R., Demi, A., Seals, B., & Mizuno, Y. (1998). The effectiveness of coping strategies used by HIV-seropositive women. *Research in Nursing and Health*, 351-362.
- Mulder J, McKinney N, Christopherson C, Sninsky J, Greenfield L, Kwok S.(1994) Rapid and simple PCR assay for quantitation of human immunodeficiency virus type 1 RNA in plasma: application to acute retroviral infection. *J Clinical Microbiology* 1994;32:292-300.
- Mulder, Antoni, Emmelkamp, Veugelers, Sandfort, van de Vijver y de Vries, 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.

- Nannis, E., Patterson, T., & Semple, S. (1997). Coping with HIV disease among seropositive women: psychosocial correlates. *Women and Health*, p.591.
- Padierna Sánchez,C., Fernández Rodríguez C.,González Menéndez A. 1998.,Calidad de vida en pacientes oncológicos terminales, medida con el ql-ca-afex. *Psicothema* Vol. 14 , nº 1 , pp. 1-8. Universidad de Oviedo.
- Saiz de la Hoya. P, Bedia. M, Murcia. J, Cebria. J, Sánchez- Paya. J, Portilla. J, Factores predictivos de infección por el VIH, VHC y coinfección en la población reclusa de una prision española. *Enfermedad Infecciosa Microbiológica*. 200; 23: 53-7.
- Sarosh J. Motivala, PhD, Barry E. Hurwitz, PhD, Maria M. Llabre, PhD, Nancy G. Klimas, MD, Mary Ann Fletcher, PhD, Michael H. Antoni, PhD, William G. LeBlanc, PhD and Neil Schneiderman, PhD. (2003). Psychological Distress is Associated With Decreased Memory Helper T-cell and B-cell Counts in Pre-AIDS HIV Seropositive Men and Women but Only in Those With Low Viral Load. *Psychosomatic Medicine. American Psychosomatic Society*. 65:627-635 (2003).
- 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.
- Schneiderman N., Ironson G., Siegel S.(2005) stress and health: Psychological, Behavioral, and Biological Determinants. *Annual Review of Clinical Psychology*, April 2005, Vol. 1, Pages 607-628 .
- Spire, B., Duran, S., Souville, M., Leport, C., Raffi, F. y Moatti, J. (2002). Adherence to highly active antiretroviral therapies in HIV-infected patients: from a predictive to a dynamic approach. *Social Science and Medicine*, 54, 1.481-1.496.
- Tapia P., (1992): Rasgos de personalidad en pacientes infectados por VIH. *Revista VIH/SIDA* año 2 N° 6 Noviembre. Caracas. Pág. 10.
- Theunissen. N., Ridder. D., Bensing. J., Rutten. G., (2003)., Manipulation of patient-provider interaction: discussing illness representations or actions plans concerning adherence. *Patient education and counselling*, 51, 247-258.
- Tuldrà, A., Fumaz, C.R., Bayés, R., et al. (2000). Prospective randomized two-arm controlled study to determine the efficacy of a specific intervention to improve long-term adherence to highly active antiretroviral therapy. *Journal Of AIDS*, 25 : 221-228.

Uribe., A., Intervención grupal y calidad de vida en personas diagnosticadas de VIH, *Revista Colombiana de psicología*, No 14. 28-33, Pontificia Universidad Javeriana, Cali Colombia (2005).

Vinaccia S. & Sandín B.(2005) Factores Psicológicos de la Enfermedad Crónica. *RPPC* Volumen 10.

Vinaccia S. & Sandín B.(2005). Barreras para el manejo efectivo del dolor crónico. *RPPC* volumen 10 N° 1.

Stress Affects Immunity in Ways Related to Stress Type and Duration, as Shown by Nearly 300 Studies. American Psychology Association . Disponible en: [www.apa.org/releases/stress\\_immune.html](http://www.apa.org/releases/stress_immune.html)

Lourdes L., Eguiluz A., Giselle A., González N. Depresión, ideación suicida y estilos de afrontamiento en personas que viven con y sin H.I.V Disponible en: <http://www.depsicoterapias.com/site/articulo.asp?IdArticulo=120&IdSeccion=21>

[www.stopsida.org](http://www.stopsida.org)

[www.vivoysano.com](http://www.vivoysano.com)

[www.lafacu.com/apuntes/medicina/sida/default.htm](http://www.lafacu.com/apuntes/medicina/sida/default.htm)

[www.ctv.es/USERS/provida/Ocho\\_preguntas\\_basicas\\_sobre\\_el\\_SIDA.htm](http://www.ctv.es/USERS/provida/Ocho_preguntas_basicas_sobre_el_SIDA.htm)

[www.onusida.org](http://www.onusida.org)