

# **DISEÑO DE UN MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN EL VIH/SIDA A PARTIR DEL ENFOQUE PROCESUAL DEL ESTRÉS**

**Ariel César Núñez Rojas**

*Profesor e investigador. Facultad de Psicología,  
Universidad de Manizales y Programa de Psicología,  
Universidad Católica Popular de Risaralda, Colombia*

**Sergio Tobón**

*Universidad Nacional de Educación a Distancia -UNED-  
Universidad Complutense de Madrid, España*

**Stefano Vinaccia Alpi**

*Universidad de San Buenaventura, Colombia*

**Diana Arias Henao**

*Psicóloga, Universidad de Manizales, Colombia*

## **ABSTRACT**

*Problem: The present psychotherapeutic intervention in HIV/ aids is a field in which a great variety of psychotherapeutic techniques are proliferated without any connection or therapeutic articulation. Objective: To design a general model of psychological therapy on HIV/ aids which has as its heuristic framework, the progressive focal point of stress put forward by Lazarus and Folkman (1986). Results: The design of the model is put forward which in turn goes through a validation phase. This has as its central axis the development and strengthening of confrontation strategies*

*in the infected person with the purpose of managing their psychological demands, the evaluation of events, negative emotions, the physical manifestations of stress and dispositional variables in an adaptive way. For this to take place, one takes into account intervention in each one of the phases of the infection, from the moment that the positive results were given until the phase of preparation for death. Conclusions: The model allows for the integration of the research results from different disciplines in order to help the patient deal with the illness.*

**Key words:** *psychological therapy, HIV, aids, health psychology, clinical psychology, Progressive Model of Stress.*

## RESUMEN

*Problema: La intervención psicoterapéutica actual en el VIH/sida es un campo donde proliferan gran variedad de técnicas psicoterapéuticas sin ninguna conexión ni articulación teórica. Objetivo: Diseñar un modelo general de terapia psicológica en el VIH/sida teniendo como marco heurístico el enfoque procesual del estrés presentado por Lazarus & Folkman (1986). Resultados: Se presenta el diseño del modelo, el cual se encuentra en fase de validación. Éste tiene como eje central el desarrollo y afianzamiento de estrategias de afrontamiento en la persona infectada, con el fin de que maneje de forma adaptativa las demandas psicosociales, la evaluación de los eventos, las emociones negativas, las manifestaciones físicas del estrés y las variables disposicionales. Para ello se tiene en cuenta la intervención en cada una de las fases de la infección, desde el momento de la comunicación de los resultados de la seropositividad hasta la fase de preparación para la muerte. Conclusiones: el modelo facilita integrar los resultados de la investigación de diferentes disciplinas para ayudarle al paciente a manejar su enfermedad.*

**Palabras clave:** *terapia psicológica, HIV, sida, psicología de la salud, psicología clínica, Modelo Procesual del Estrés.*

## INTRODUCCIÓN

**E**l síndrome de inmunodeficiencia adquirida o sida es un problema de salud pública con una alta prevalencia en la población mundial (Ballester, 1997; ONUSIDA, 2005). En general, se considera que alrededor del 95% de las personas infectadas pertenecen a países en vía de desarrollo. Es por esta razón que la

infección por VIH tiene una alta prioridad por parte de instituciones gubernamentales y no gubernamentales respecto al estudio de factores de riesgo, prevención y tratamiento, como puede verse en los programas establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de Naciones Unidas (ONU) (Díaz, González, Rodríguez, Robles, Moreno & Frías, 2003).

La infección por HIV consiste en una progresiva disminución de los linfocitos T - CD4, células que tienen como función coordinar y regular la respuesta inmune (Gallo, 1991). Respecto al tratamiento, todavía no se conoce ningún procedimiento médico capaz de eliminar la infección del organismo; asimismo, tampoco se ha desarrollado ninguna vacuna capaz de prevenir dicha infección. Es por esta razón, que la intervención en el área de la medicina está dirigida a 1) prevenir el contagio del virus mediante campañas educativas de uso correcto del condón y de utensilios que están en contacto con la sangre como máquinas de afeitar, equipos de odontología y jeringas; y 2) brindar tratamiento farmacológico con el fin de potenciar la capacidad de respuesta del sistema inmune.

Dentro de la intervención en VIH/SIDA, la terapia psicológica cada vez tiene una mayor importancia, por las siguientes razones: 1) hay evidencia de la implicación de la depresión y del estrés en la producción de cambios en el sistema nervioso, el sistema inmunológico y el sistema endocrino, los cuales influyen en el desencadenamiento y evolución de esta enfermedad (Bayés & Arranz, 1988; Bayés, 1995); 2) el VIH/SIDA se asocia a un conjunto amplio de alteraciones de la calidad de vida que implican estados emocionales negativos y trastornos psicopatológicos (Nieuwkerk *et al.*, 2001; Ballester, 1997) y 3) las intervenciones psicológicas han demostrado tener efectos benéficos en la

mejora del pronóstico y el aumento de la calidad de vida de las personas infectadas (Bayés, 1994; 1995).

La importancia de la terapia psicológica en este campo ha llevado a un aumento considerable de enfoques en este campo que emplean teorías, métodos y técnicas con diferentes enfoques y lenguajes. Al respecto, se han hecho esfuerzos por crear modelos de sistematización de la intervención psicológica (Calvo, 1990; Bayés, 1994, 1995; Baratas, *et al.*, 1996; Ballester, 1997; Tobón & Vinaccia, 2003). Sin embargo, se carece todavía de un modelo heurístico que posibilite una conexión entre la intervención y los resultados de la investigación básica y que facilite la integración interdisciplinaria de la psicología con las ciencias humanas y de la salud (Casado, 2002), posibilitando una guía para entender los diferentes niveles de acción del psicólogo en el manejo del estrés de los pacientes infectados. Es por ello que el propósito del presente artículo consiste en diseñar un modelo general de intervención terapéutica en el VIH/SIDA teniendo como heurístico el modelo procesual del estrés propuesto por Lazarus & Folkman (1986) en la versión de Sandín (1995, 1999).

## **MODELO PROCESUAL DEL ESTRÉS Y TERAPIA PSICOLÓGICA**

### **ASPECTOS GENERALES DEL MODELO PROCESUAL DEL ESTRÉS**

El estrés constituye uno de los fenómenos más ampliamente estudiados

desde el punto de vista científico abarcando múltiples y variadas áreas (Hobfoll, Schwarzer y Chon, 1998), tales como la salud física (prevención y promoción, estilos de vida saludable, trastornos psicofisiológicos), vida familiar, desempeño laboral, funcionamiento social y psicopatología (desde el estrés se han estudiado problemas tales como los trastornos de ansiedad y depresión). Es por ello que este enfoque tiene la virtud de facilitar la integración de teorías, datos, esquemas, técnicas y métodos de diferentes disciplinas, de manera coherente y lógica, lo cual lo ubica como un eje de esencial importancia para la interdisciplinariedad y transdisciplinariedad (Núñez & Tobón, 2005).

Se han establecido tres modelos sobre el estrés: 1) modelo basado en las características del estresor (por ejemplo el estrés psicosocial basado en sucesos vitales); 2) modelo basado en la respuesta de la persona (emociones negativas, activación de epinefrina, norepinefrina y cortisol, etc.) y 3) modelo basado en la interacción entre la persona y el entorno (estímulo-persona-respuestas). Este último enfoque se denomina modelo procesual del estrés y fue propuesto por Lazarus & Folkman (1986) y formulado por Sandín (1995, 1999) y Núñez & Tobón (2005). En esta última perspectiva, el estrés implica siempre “una alteración, interferencia o perturbación del funcionamiento habitual del individuo, pudiendo ser entendido

este funcionamiento habitual tanto en términos biológicos (homeostasis) como psicológicos (rutina comportamental; integridad operativa del organismo), y cuya alteración ha sido generada por algún tipo de estimulación (externa o interna) que denominamos estresor (estímulo, pensamiento, suceso, etc.)” (Sandín, 1999, p. 20).

El modelo del estrés procesual asume que el estado de salud y la calidad de vida son el resultado de la manera cómo la persona experimenta y maneja las demandas psicosociales (sucesos vitales, contrariedades y estrés crónico) a partir de la evaluación cognitiva de ellas (evaluación positiva o evaluación negativa-amenazante) y las estrategias de afrontamiento empleadas (afrontamiento enfocado al problema, a la emoción, a la evitación o al apoyo social), influyendo una serie de variables moduladoras (rasgos de personalidad, sexo, raza) y amortiguadoras (condiciones socioeconómicas y apoyo social). En este enfoque el afrontamiento tiene un papel decisivo, ya que esta variable está directamente relacionada con la evaluación cognitiva de los eventos y con las respuestas emocionales mediadoras (Lazarus & Folkman, 1986; Sandín, 1995; Tobón, Núñez & Vinaccia, 2004; Núñez & Tobón, 2005). Por consiguiente, de acuerdo a cómo se afronten las situaciones estresantes es que habrá menor o mayor riesgo de que se altere la salud mental y física.

## MODELO PROCESUAL DEL ESTRÉS COMO HEURÍSTICO EN LA PSICOTERAPIA CON PACIENTES QUE PRESENTAN VIH/ SIDA

Se propone orientar la terapia psicológica en los pacientes con VIH/SIDA tomando como base el modelo procesual del estrés de acuerdo a Lazarus y Folkman (1986), Lazarus & Lazarus (2000) & Lazarus (2000). Este enfoque se ha sugerido como un potente heurístico para la psicoterapia por su alto grado de interdisciplinariedad e integralidad (Casado, 2002). La propuesta de heurístico en el sida se basa en la investigación de Kelly & Kalichman (2002), quienes hallaron evidencia de que la intervención psicoterapéutica basada en el manejo de estrategias de afrontamiento tiene efectos benéficos y contribuye a mejorar la calidad de vida de las personas infectadas con VIH/SIDA. Además, el enfoque del estrés procesual ha comenzado a ser incluido en los programas de intervención psicológica en el VIH/SIDA (Tobón & Vinaccia, 2003).

El modelo del estrés procesual tiene varias ventajas como heurístico para la orientación de la psicoterapia en las personas infectadas. En primer lugar, posibilita un enfoque biopsicosocial (Belloch & Olavarría, 1993) coherente de la salud y la enfermedad, teniendo en cuenta los factores sociales, ambientales, psicológicos y físicos. En segundo lugar, integrar aportes de diversas disciplinas tales como la salud pública, la medicina, la antropología, la socio-

logía, la psicología y la psicología de la salud (Sandín, 1999; Casado, 2002). En tercer lugar, permite integrar enfoques terapéuticos de diversas corrientes de una forma coherente a partir de una determinación clara del nivel de análisis donde han de actuar (manejo de demandas psicosociales, reestructuración de la evaluación cognitiva, búsqueda de apoyo social, reestructuración de rasgos de personalidad, manejo de las emociones negativas, manejo de la activación fisiológica, etc.), lo cual facilita que la intervención dependa exclusivamente de las necesidades del paciente y no esté limitada a las posibilidades o puntos de énfasis de una terapia específica.

## EVALUACIÓN PROCESUAL

El éxito de todo proceso de psicoterapia radica en gran parte en la manera cómo se lleve a cabo la evaluación del paciente. En particular, hay dos factores centrales relacionados con el impacto: la integralidad y el foco de intervención. Una evaluación integral permite determinar la problemática del paciente considerando el entorno donde vive, su biografía personal, sus condiciones socioeconómicas, el apoyo social del cual dispone, sus rasgos de personalidad, su estado emocional y la posible tenencia de trastornos psicopatológicos, entre otros aspectos. El foco de atención se refiere al factor o factor central a los cuales se va a dirigir la atención con el fin de lograr resultados rápidos y de impacto en la

calidad de vida del paciente, lo cual es difícil de lograr cuando se trabajan con igual énfasis todas las problemáticas asociadas.

El modelo procesual del estrés permite un marco para llevar a cabo dicha evaluación integral de forma coherente y no como datos dispersos, tal como se viene haciendo en los pacientes con VIH/SIDA. Asimismo, la

evaluación busca detectar el área prioritaria de atención y las estrategias de afrontamiento que requieren fortalecer o desarrollar los pacientes, teniendo en cuenta el momento evolutivo de la infección. Al respecto, la tabla 1 presenta los puntos más importantes a tener en cuenta en la evaluación procesual.

**TABLA 1. Componentes de la evaluación procesual**

Modalidad de la intervención	<ol style="list-style-type: none"> <li>Individual</li> <li>De pareja y de familia (si el caso lo amerita y la persona lo estima consciente).</li> </ol>
Propósitos	<ol style="list-style-type: none"> <li>Determinar cómo la persona está afrontando el estrés teniendo en cuenta las demandas psicosociales, la evaluación cognitiva, las estrategias de afrontamiento, los factores moduladores, las variables sociales, las respuestas del estrés y el estatus de salud.</li> <li>Determinar el foco de intervención, estableciendo las estrategias de afrontamiento que deben ser fortalecidas o desarrolladas.</li> <li>Promover que la persona se conozca mejor a sí misma.</li> </ol>
Técnicas Instrumentos psicológicos	<ol style="list-style-type: none"> <li>Se explora el funcionamiento de la persona en las áreas familiar, social, laboral, sexual y educativa.</li> <li>Se determina cómo está el funcionamiento de la persona de acuerdo a todas las variables comprendidas en el modelo del estrés procesual.</li> <li>Se indican los problemas psicopatológicos más significativos teniendo como base el DSM-IV (APA, 1994).</li> <li>Evaluación neuropsicológica de las funciones mentales superiores en el período sintomático.</li> </ol>
recomendados Duración	<p>Generalmente se requiere de dos sesiones de una hora cada una. Cuando es necesario evaluar los trastornos neuropsiquiátricos se necesita una sesión adicional.</p>

## **TERAPIA PROCESUAL EN EL VIH/SIDA**

La terapia procesual en el VIH/SIDA tiene como propósito central posibilitarle a las personas infectadas orientación y asesoramiento psicológico para que desarrollen y afiancen su competencia en el afrontamiento adaptativo, y favorable a la salud, del estrés que implica tener la enfermedad, como también de sus consecuencias emocionales, sociales y físicas (tensión física). De esta forma, se pretende que la terapia le permita a la persona afianzar su autonomía, aprendiendo a prevenir y a afrontar situaciones de estrés no sólo en el presente, sino también en el futuro.

La aplicación de la terapia psicológica depende del proceso de evolución de la infección (véase tabla 2). Se sabe que el VIH permanece durante un tiempo de forma asintomática, controlado en cierto nivel por el sistema inmunitario, hasta que llega un momento en el cual la inmunocompetencia disminuye y aparece la fase sintomática, caracterizada por la presencia de enfermedades oportunistas. Después de este período viene la muerte, debido a la incapacidad del organismo de afrontar el virus. Este proceso de infección implica cuatro etapas diferenciadas para la terapia psicológica: comunicación de los resultados de seropositividad, fase asintomática, fase sintomática y preparación para la muerte.

## **FASE I. COMUNICACIÓN DE RESULTADOS DE SEROPOSITIVIDAD**

Esta fase consiste en el momento en el cual se le comunica a la persona que posee la infección por VIH. En este proceso, la terapia psicológica busca que la persona asuma esta situación con el menor nivel de estrés posible, orientándole en la comprensión de que tener la infección no significa la muerte. Igualmente, el psicólogo facilita la expresión de emociones negativas y busca que el propio paciente afronte el hecho con decisión y esperanza. Se ha podido corroborar que cuanto más temprano se inicie la intervención psicológica, el pronóstico es más positivo (Antoni, Schneiderman, Flechter & Goldstein, 1990).

## **FASE II. PERÍODO ASINTOMÁTICO**

La infección es controlada durante meses o años por el sistema inmunitario, dependiendo de los virus que entraron en el momento de la infección, así como también del nivel de inmunocompetencia de la persona (Ho, 1995; Ballester, 1997; Tobón & Vinaccia, 2003). El período asintomático termina cuando aparecen por primera vez los primeros síntomas. Se ha podido constatar cómo el apoyo social y los factores psicológicos ayudan a aumentar o disminuir este período (Kemeny *et al.*, 1995; Sherman, 1996; Theorell, Blomkvist, Jonsson, Schulman & Berntorp, 1995). Por

**TABLA 2. Ejes esenciales de terapia psicológica en el VIH/SIDA desde el modelo procesual del estrés**

FASE DE LA INFECCIÓN	COMUNICACIÓN DE RESULTADOS	FASE ASINTOMÁTICA	FASE SINTOMÁTICA	PREPARACIÓN PARA LA MUERTE
Propósito clave	Favorecer en la persona infectada estrategias de afrontamiento frente a la situación de estar infectada y romper el estereotipo de que el VIH significa SIDA y muerte.	Favorecer la integración de la persona a la sociedad mediante estilos de vida saludable.	Orientar a la persona en el manejo de los síntomas y el estado emocional negativo asociado.	Facilitar que la persona acepte su proceso de muerte y ayudarlo en su despedida.
Estrategias de afrontamiento fundamentales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manejo de cogniciones negativas frente a la infección por VIH.</li> <li>- Contrastar pensamientos negativos causantes de ansiedad y depresión.</li> <li>- Expresar los sentimientos a otras personas en torno al hecho de estar infectado.</li> <li>- Buscar apoyo emocional en otros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afianzar estilos de vida saludable (deporte, recreación, actividades culturales, paseos, alimentación, etc.).</li> <li>- Automotivarse frente al seguimiento de las recomendaciones médicas.</li> <li>- Practicar la relajación para disminuir tensiones.</li> <li>- Contrastar pensamientos negativos relacionados con el hecho de haberse infectado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Practicar regularmente la relajación para disminuir el dolor y las molestias de los síntomas físicos.</li> <li>- Buscar apoyo emocional de otras personas para afrontar la fase sintomática.</li> <li>- Contrastar pensamientos negativos automáticos.</li> <li>- Ocultar los síntomas para favorecer la integración sociolaboral.</li> <li>- Practicar los hábitos de vida saludable con autorrefuerzo positivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asumir la muerte como una etapa más de la vida.</li> <li>- Contrastar pensamientos negativos en torno a la muerte.</li> <li>- Buscar y mantener el apoyo emocional de otras personas.</li> <li>- Despedirse de las otras personas.</li> </ul>
Técnicas centrales de la terapia	Comunicación de los resultados de forma directa, con prudencia y respetuosa de la integridad de la persona, facilitando que se desahogue.	Orientación al paciente en la contrastación de pensamientos negativos relacionados con la infección, buscando que desarrolle un estilo de vida saludable y favorecedor de emociones positivas.	Facilitar en la persona el reforzamiento del estilo de vida saludable, enfatizando en la práctica de la relajación y en la ocultación de síntomas. Se requiere ayudarlo a buscar apoyo emocional para superar los momentos de dolor y pensamientos relacionados con la muerte.	Acompañamiento empático para que el paciente comprenda que está en sus últimos momentos, ayudándole a asumir la muerte como una etapa más de la vida.

consiguiente, la terapia psicológica busca en esta fase que la persona estructure y refuerce estilos de vida saludable, desarrolle un estilo cognitivo optimista y aprenda a manejar sus emociones negativas, con el fin de contribuir a aumentar la inmunocompetencia.

### FASE III. PERÍODO SINTOMÁTICO

Se produce cuando el virus vence la capacidad de inmunocompetencia de la persona (se evidencia en una reducción significativa de las células C4) y aparecen enfermedades oportunistas. Este estado corresponde al sida propiamente dicho. En este período, la



terapia psicológica tiene como prioridad reforzar las estrategias de afrontamiento al estrés enfocadas al manejo de emociones negativas y tensión física, así como en el ocultamiento de síntomas y la búsqueda de apoyo social (Tobón & Vinaccia, 2003).

#### FASE IV. ETAPA DE PREPARACIÓN PARA LA MUERTE

Esta etapa se inicia en el momento en el que el paciente está próximo a la muerte. En este momento, la terapia psicológica está orientada a brindar apoyo emocional para que la persona asuma este proceso vital, elabore posibles emociones negativas y realice la labor de despedida. La atención psicológica se da si el paciente la requiere y la acepta, ya que hay casos en los cuales los pacientes afrontan por sí mismos este proceso.

### CONCLUSIONES

El modelo procesual del estrés construido por Lazarus & Folkman (1986) y sistematizado por Sandín (1995, 1999) constituye un heurístico que permite integrar los aportes de la investigación básica en torno a la relación de factores psicosociales con el VIH/SIDA. Así mismo, facilita la conceptualización y planeación de la intervención en las diversas fases de la enfermedad, tal como fue sugerido por Tobón & Vinaccia (2003).

El modelo recoge todos los desarrollos en la teoría del estrés como un

proceso transaccional, donde los factores relacionados con la persona, tales como la evaluación cognitiva, las estrategias de afrontamiento y las variables disposicionales, median entre los estresores (demandas psicosociales) y las respuestas del organismo (emocionales y físicas), que tienen una influencia decisiva en estado de salud-enfermedad. En este proceso el afrontamiento ocupa un lugar destacado: de acuerdo a como la persona maneje los estresores externos (o internos) y las respuestas estresantes, hay un mayor o menor grado de enfermar. Por consiguiente, el foco de la terapia psicológica en las personas con VIH/SIDA basada en el modelo procesual del estrés consiste en formar o afianzar estrategias de afrontamiento dirigidas al manejo de las situaciones estresantes, la evaluación cognitiva negativa, las emociones negativas (ansiedad y depresión), rasgos negativos de personalidad (somatización, neuroticismo e ira-rasgo, entre otros), los factores sociales adversos y la búsqueda de apoyo social, desde la perspectiva del automejoramiento continuo de la calidad de vida. De esta forma, el psicólogo tiene a la disposición de un heurístico que facilita el trabajo interdisciplinario con otros profesionales de la salud y también de un modelo para emplear técnicas de diferentes enfoques psicoterapéuticos de una manera coordinada y coherente.

## REFERENCIAS

- Alonso, J.; Regidor, E.; Barrio, G.; Prieto, L.; Rodríguez, C. & de la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica*, 111, 410-416.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM - IV), 4a. ed., Washington D.C.
- Antoni, M.H.; Schneiderman, N.; Flechter, M.A & Goldstein, D.A. (1990). Psychoneuroimmunology and HIV-1. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 38-49.
- Ayers, M.R.; Abrams, D.I.; Newell, T.G. & Friedrich, F. (1987). Performance of individuals with AIDS on the Luria - Nebraska Neuropsychological Battery. *International Journal of Clinical Neuropsychology*, 9, 101-105.
- Ballester, R. (1997). Intervención psicológica en sida y VIH: prevención y tratamiento. En L.M. Pascual & R. Ballester (eds.), *La práctica de la psicología de la salud: programas de intervención*. Valencia: Promolibro, 207-248.
- Baratas, D.; Monteserín, F.; Parejo, M.; Peña, C.; Polo, A.; Robledo, J.M. (1996). Programa marco de intervención psicológica con afectados por VIH/SIDA. *Ansiedad y estrés*, 2, 69-82.
- Bayés, R. (1994). Sida y psicología: realidad y perspectivas. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47, 125-128.
- Bayés, R. (1995). *Sida y psicología*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bayés, R. & Arranz, P. (1988). Las variables psicológicas como cofactores del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Jano*, 812, 313-322.
- Bayés, R. & Borràs, F.J. (1999). Psiconeuroinmunología y salud. En M.A. Simon (ed.), *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Brown, L.K.; Fritz, G.K. & Barone, V.J. (1989). The impact of AIDS education on junior and senior high school students. *Journal of Adolescent Health Care*, 10, 386-392.
- Calvo, F. (1990). Intervención psicológica y sida. En J.M. Buceta & A.M. Bueno (eds.), *Modificación de conducta y salud*. Madrid: Eudema.
- Casado, F.D. (2002). Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. *Apuntes de Psicología*, 20, 403-414.
- Chorot, P. (1998). *Escala de optimismo disposicional de Joiner (DIOP)*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) (policopiado).
- Chorot, P. & Sandín, B. (1985). *Escala conductual de ansiedad - Estado (ECAE)*. *Psiquis*, 6, 115-120.
- Derogatis, L.R. (1983). *SCL-90-R. Administration, scoring and procedures Manual-II* (2nd ed.). Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Fahey, J.L.; Taylor, J.M.; Detels, R.; Hofman, B.; Melmed, R.; Nishanian, P. & Giorgi, J. (1990). The prognostic value of cellular and serologic markers in infection with human immunodeficiency virus type-1. *New England Journal of Medicine*, 322, 166-172.
- Gallo, R.C. (1991). *Virus hunting AIDS, cancer, and the human retrovirus: a story of scientific discovery*. New York: Basic Books.
- Godoy, J.F. (1999). Psicología de la salud: delimitación conceptual. En M.A. Simon (ed.), *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 77-114.
- González de Rivera, J.L.; Derogatis, L.R.; De las Cuevas, C.; Gracia-Marco, R.; Rodríguez-Pulido, F.; Henry-Benítez, M. & Monterrey, A.L. (1989). *The spanish version of the SCL-90-R. Normative data in general population*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Ho, D.D. (1995). Time to hit HIV, early and hard. *The New England Journal of Medicine*, 333, 450-451.
- Keeling, R.P. (1987). Effects of AIDS on young Americans. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 21, 22-23.
- Kelly, J.A. & Kalichman, S.C. (2002). Behavioral research in HIV/AIDS primary and secondary prevention: Recent advances and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 626-639.
- Kelly, J.A. & Murphy, D.A. (1992). Psychological interventions with AIDS and HIV: Prevention and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 576-585.
- Kemeny, M.E.; Weiner, H.; Duran, R.; Taylor, S.E.; Visscher, B. & Fahey, J.L. (1995). Immune

- system changes after the death of a partner in HIV-positive gay men. *Psychosomatic Medicine*, 57, 547-554.
- Kleinbaum, D.G.; Kupper, L.L. & Morgenstern, H. (1982). *Epidemiologic research*. Belmont: Lifetime Learning Publications.
- Krikorian, R.; Kay, J. & Liang, W.M. (1995). Emotional distress, coping, and adjustment in human immunodeficiency virus infection and acquired immune deficiency syndrome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 293-298.
- Laurence, J. (1986). Sida y sistema inmunitario. *Investigación y Ciencia*, 113, 44-54.
- Lazarus, R.S. (2000). *Estrés y emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Lazarus, R.S. & Lazarus, B.N. (2000). *Pasión y razón: la comprensión de nuestras emociones*. Barcelona: Paidós.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Linsk, N.L. (2000). HIV among older adults: age-specific issues in prevention and treatment. *AIDS Red*, 10, 430-440.
- Luecken, L.J.; Suárez, E.C.; Kuhn, C.M.; Barefoot, J.C.; Blumenthal, J.A.; Sieglel, I.C. & Williams, R.B. (1997). Stress in employed women: Impact of marital status and children at home on neurohormone output and home strain. *Psychosomatic Medicine*, 59, 352-359.
- Martin, J.L. & Dean, L. (1993). Effects of AIDS - related bereavement and HIV related illness on psychological distress among gay men: a 7-year longitudinal study, 1985 - 1991. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 94-103.
- Miller, D. (1989). Psicología, SIDA, CRS y LPG. En *Atención de pacientes con sida*. México: Manual Moderno, 159-181.
- Millon, T. (1998). *MCMI-II. Inventario clínico multiaxial de Millon-II. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Morin, S.F.; Charles, K.A. & Malyon, A.K. (1984). The psychological impact of AIDS on gay men. *American Psychologist*, 39, 1288-1293.
- Nuñez, A.C. & Tobón, S. (2005). *Modelo procesual de la salud mental. El camino para la investigación, la transdisciplinariedad y la clínica*. Manizales: Universidad de Manizales.
- Nichols, S.E. (1983). Psychiatric aspects of AIDS. *Psychosomatics*, 24, 1083-1089.
- Nieuwkerk, P.; Gisolf, E.; Reijers, M.; Lange, J.; Danner, S.; Sprangers, M. NATIVE Study Group, PROMETHEUS Study Group, ADAM Study Group (2001). Long-term quality of life outcomes in three antiretroviral treatment strategies for HIV-1 infection. *AIDS*, 15, 1985-1991.
- Organización de las Naciones Unidas SIDA (ONUSIDA, 2005). *Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA, al final de 2005*. Disponible en: [www.onu.org/ni/onusida](http://www.onu.org/ni/onusida).
- Pascual, L.M. & Ballester, R., (1997). *La práctica de la psicología de la salud: programas de intervención*. Valencia: Promolibro.
- Restrepo, F. (1992). Atención primaria en salud: un reto para la psicología en Colombia. En: L. Flórez (ed.), *Psicología de la salud en Colombia* (vol. I.). Bogotá: Asociación Colombiana de Psicología de la Salud.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self - image*. Princeton, NJ: University Press.
- Sandín, B. (1995). Estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (eds.), *Manual de Psicopatología*, vol. II. Madrid: McGraw-Hill, 3-52.
- Sandín, B. (1999) (ed.). *El estrés psicosocial: conceptos y consecuencias clínicas*. Madrid: Klinik.
- Sandín, B. & Chorot, P. (1987). *Cuestionario de sucesos vitales (CSV)*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) (policopiado).
- Sandín, B.; Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 39-54.
- Sandín, B.; Chorot, P.; Lostao, L.; Joiner, T.E.; Santed, M.A. & Valiente, R.M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11, 37-51.
- Sandín, B. & Valiente, R.M. (1998). *Cuestionario de depresión (CD)*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) (policopiado).
- Santed, M.A.; Chorot, P. & Sandín, B. (1991). *Cuestionario de estrés diario (CED)*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) (policopiado).

- Sherman D. (1996). Nurses' willingness to care for AIDS patients and spirituality, social support, and death anxiety. *Image-the Journal of Nursing Scholarship*, 28, 205-213.
- Theorell, T.; Blomkvist, V.; Jonsson, H.; Schulman, S. & Berntorp E. (1995). Social support and the development of immune function in human immunodeficiency virus infection. *Psychosomatic Medicine*, 57, 332-336.
- Tobón, S. & Núñez, A.C. (2000). Psicología y sistema de salud en Latinoamérica. *Perspectivas en psicología*, 3, 21-40.
- Tobón, S. & Vinaccia, S. (2003). Modelo de intervención psicológica en el VIH/SIDA. *Psicología y Salud*, 13, 161-175.
- Tobón, S.; Núñez, A.C. & Vinaccia, S. (2004). Diseño de un modelo de intervención psicoterapéutica en el área de la salud a partir del enfoque procesal del estrés. *Revista de Estudios Sociales*, 818, 59-66.
- Vaux, A.; Riedel, S. & Stewart, D. (1987). Modes of social support: The Social Support Behaviors (SS-B) Scale. *American Journal of Community Psychology*, 15, 209-237.
- Watson, D.; Clark, L.A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Wong, M.L.; Archivald, C.; Chan Roy, K.W.; Goh, A.; Tan, T.C. & Goh, C.L. (1994). Condom use negotiation among sex workers in Singapore: findings from qualitative research. *Health Education Research*, 9, 57-67.

---

Fecha de envío: junio 30 de 2006

Fecha de aceptación: agosto 23 de 2006