



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“Salud Mental en personas con VIH/SIDA”

**TESINA
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA

Sabrina Pérez Gómez

Directora: Dra. Carolina Santillán Torres Torija

Dictaminadores: Lic. María del Rosario Guzmán Rodríguez

Dra. Marisela Rocío Soria Trujano



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RESUMEN

El VIH/SIDA actualmente es considerado una enfermedad crónico-degenerativa, que afecta a un gran número de personas a nivel mundial, presentándose un alto porcentaje de decesos y de nuevas infecciones, siendo un problema de salud pública ya que no solo afecta a los pacientes, sino que también a los familiares y a las personas que lo rodean. Una enfermedad con VIH/SIDA llena de mitos, desinformación, ignorancia, estigma y miedos tiene efectos en todas las áreas en las que se desenvuelve la persona que son: social, familiar, laboral, educativa y de pareja, ya que se producen cambios significativos al conocer que se ha diagnosticado con esta enfermedad, principalmente se genera un malestar psicológico, acompañado de diferentes emociones, sentimientos, pensamientos y situaciones estresantes que experimenta la persona a lo largo de la enfermedad, como son el miedo, desesperanza, ira, temor, culpabilidad, desesperación, angustia, ansiedad, preocupación, confusión, resignación, presentan baja autoestima, aislamiento, abuso de sustancias, ideas suicidas, suicidio, estrés o depresión, que conjunto con el deterioro físico va afectando considerablemente la salud mental de la persona, favoreciendo la aparición y de desarrollo de trastornos psicológicos que si no son tratados por un profesional puede perjudicar el bienestar y la calidad de vida.

Por consiguiente los objetivos de este trabajo son: describir como es la salud mental en personas infectadas con VIH/SIDA, como influye el VIH/SIDA en el desarrollo de trastornos psicológicos y como afecta la salud mental y calidad de la vida esta enfermedad. Este trabajo se dividirá en tres partes: en la primera se presenta los antecedentes del VIH/SIDA, en el segundo apartado, se expondrán algunos modelos psicológicos que se han utilizado para su tratamiento, y la tercera parte, se abordará la salud mental en personas con VIH/SIDA.

DEDICATORIA

A mi mamá y hermano, por su apoyo incondicional, por acompañarme durante todo este proceso, confiar en mí y en todo lo que puedo lograr

A ti, por abrirme los caminos, por ayudarme tanto, dándome tu luz, tu bendición y por guiar mi camino, gracias E.....

A ti, por darme tu amor, por motivarme e impulsarme día a día, por estar a mi lado y tomar mi mano para crecer juntos, gracias Osvaldo.

A Ángeles y Alex, por ayudarme con su trabajo y energía, por darme ánimos y escucharme ante cualquier incertidumbre.

A Dra. Carolina Santillán, por confiar en mí y en este trabajo, por los consejos y por abrirme más el panorama de la psicología.

Profesora Rosario, por sus comentarios y observaciones, por enseñarme que como psicólogos tenemos un gran deber con la sociedad.

Profesora Rocío, por sus aportaciones a mi crecimiento profesional, por ayudarme a mejorar como psicóloga.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: ANTECEDENTES.....	6
1.1. Definición y evolución del VIH/SIDA.....	6
1.2. Transmisión y prevención del VIH/SIDA.....	11
1.3. Situación epidemiológica del VIH/SIDA.....	16
1.4. Tratamientos para el VIH/SIDA.....	21
CAPÍTULO II: MODELOS PSICOLÓGICOS PARA EL TRATAMIENTO DEL VIH/SIDA.....	26
2.1. Modelo en Creencias en la Salud.....	27
2.2. Modelo Sociocognitivo.....	31
2.3. Modelo de Prevención de la Enfermedad.....	35
2.4. Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales.....	39
CAPÍTULO III: SALUD MENTAL Y VIH/SIDA.....	44
3.1. Salud mental.....	45
3.2. Impacto psicológico en personas que viven con VIH/SIDA.....	48
3.3. Trastornos psicológicos ante la presencia de VIH/SIDA.....	54
3.3.1. Trastorno Depresivo.....	54
3.3.2. Trastorno por Ansiedad.....	59
3.3.3. Trastorno Estrés Postraumático.....	63
3.4. Estrategias para el mejoramiento de la salud emocional en personas con VIH/SIDA...67	
CONCLUSIONES.....	71
REFERENCIAS.....	77

INTRODUCCIÓN.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es considerado una enfermedad crónico-degenerativa, caracterizada por un defecto de la inmunidad celular, asociada a una serie de infecciones y deterioro físico y mental. El agente causal es el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) detectado en 1981, en cinco casos de neumonía *Pneumocystis Carinii* en Los Ángeles. Desde el momento de su descubrimiento hasta la actualidad se han realizado avances científicos para mejorar el estado de salud de las personas que viven con esta enfermedad; el diagnóstico de VIH/SIDA significaba un desenlace mortal, sin embargo, el tratamiento antirretroviral (TAR) y la terapia psicológica permiten que las personas tengan una buena calidad de vida y un mejoramiento en su estado de salud física y mental.

La cronicidad de la infección por el VIH/SIDA implica que el tratamiento de los pacientes requiera un abordaje distinto al que se realizaba hace unos años. El paciente debe ser contemplado como un todo, ya que a lo largo de los años han surgido diferentes patologías asociadas al virus y eventos relacionados con la salud de las personas, que perjudican considerablemente su estilo de vida. Desde un punto de vista psicológico, las personas que viven con VIH/SIDA han dejado de percibir la enfermedad como una amenaza cercana de la muerte, porque han surgido otros temas de preocupación como lo son: la constante presencia de la enfermedad en la vida cotidiana, el cuidado continuo que ésta requiere, los efectos de un tratamiento antirretroviral, el impacto de la enfermedad en las relaciones personales, laborales, familiares y sociales, la sensación de incertidumbre, el miedo, angustia, desesperación o ira que acompaña el desarrollo de la enfermedad, la estigmatización social, el apoyo social, y la aparición de diferentes trastornos a consecuencia de la enfermedad, como lo son: ansiedad, depresión, estrés postraumático, suicidio o consumo de drogas, que perjudican la salud mental de

la persona (González, Sacristán, Valero y Sáenz, 2004). La presencia de diferentes trastornos psicológicos dificulta el manejo de la enfermedad y del tratamiento por parte de los pacientes, esto empeora el estado de salud durante la enfermedad. Frecuentemente, el tratamiento deja de centrarse sólo en el uso de los antirretrovirales y requiere la implementación de otras medidas de salud que incluyen una intervención psicológica, enfocada a la información, consejería, adquisición de conductas saludables, desarrollo de estrategias de afrontamiento, prevención y adherencia al tratamiento.

La salud mental y el VIH/SIDA están estrechamente relacionados, debido a que algunos trastornos psicológicos se producen como consecuencia de la infección por VIH/SIDA que interfieren con su tratamiento. En las personas que viven con VIH/SIDA es común encontrar que existe un malestar y angustia psicológica por los efectos de la enfermedad. Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), tanto en países de bajos ingresos como de altos ingresos, han revelado tasas más elevadas de depresión en las personas con VIH/SIDA en comparación con los grupos de VIH negativos. El nivel de angustia a menudo parece estar relacionado con la gravedad de los síntomas de la infección por VIH/SIDA. Los estilos de afrontamiento y las habilidades adquiridas pueden modificar la experiencia de síntomas depresivos y la posibilidad de ocuparse de sí mismo. Las relaciones familiares, sociales, laborales y de pareja también pueden influir en el desarrollo de problemas de salud mental.

El VIH/SIDA impone una considerable carga psicológica. Las personas que viven con la enfermedad suelen sufrir de depresión, estrés, ansiedad, pueden consumir drogas o presentar ideas suicidas, a medida que asumen las consecuencias del diagnóstico y afrontan las dificultades de vivir con una enfermedad crónica potencialmente mortal, por ejemplo, el acortamiento de la esperanza de vida, los regímenes terapéuticos, la estigmatización, y la pérdida de apoyo social o

familiar. La infección por VIH/SIDA puede estar asociada con un alto riesgo de suicidio o intento de suicidio. La idea de suicidio está relacionada con el consumo de drogas, historial de depresión, estrés por el cambio en la forma de vida y a la falta de esperanza producida por la enfermedad (Ballester, 2007).

Por consiguiente, la salud mental de las personas con VIH/SIDA, sufre un deterioro significativo al momento de conocer el diagnóstico, poniendo en riesgo su vida y perjudicando la calidad de la misma, siendo necesaria una intervención psicológica para mejorar su salud. Existen diferentes trabajos e investigaciones realizados por la OMS (2014), dedicados a examinar y mejorar ciertos aspectos de la enfermedad como son: la adherencia al tratamiento farmacológico, la disminución del deterioro físico, la reducción del desarrollo de enfermedades infecciosas y de malestares a nivel físico, dejando en segundo término la investigación referente a la salud mental de las personas con VIH/SIDA, teniendo poca información sobre: las consecuencias que tiene la enfermedad a nivel psicológico, la modificación de los estilos de vida, los cambios en las relaciones sociales o familiares, las estrategias de afrontamiento hacia la enfermedad y los diferentes trastornos psicológicos que afectan la salud de la persona, principalmente depresión, ansiedad y estrés postraumático.

El profesional de la psicología, enfocado al área de la salud, debe tener la información y capacitación necesaria para tratar, mejorar y favorecer la salud mental en personas con VIH/SIDA. La importancia de conocer el impacto que tiene la enfermedad a nivel emocional y cómo influye en cada uno de los trastornos que se genera a partir del diagnóstico hasta la fase crítica, es fundamental para que el profesional de salud pueda diseñar una intervención adecuada a las necesidades de las personas, beneficiando la salud mental de los pacientes.

La salud mental es un aspecto indispensable para el bienestar psicológico y social de la persona y para su calidad de vida, a menudo se le da más significado e importancia a la salud física debido a que se tiene más contacto con ella y se distinguen con mayor facilidad los malestares físicos/orgánicos, además de que las personas suelen manifestar preocupación cuando algo va mal con su cuerpo, mientras que la salud mental a menudo no es considerada por las personas e incluso por los profesionales, por la dificultad y complejidad de distinguir las incomodidades a nivel psicológico, es decir, emociones, sentimientos, percepciones, pensamientos, creencias, referentes a un suceso importante en la vida de la persona que puede dañar su salud mental, en este caso el de una enfermedad crónica. Ambas, la salud física y la mental, son fundamentales para la vida de la persona, por ello debe existir un equilibrio para lograr un estado de bienestar y de afrontamiento a las situaciones estresantes de la vida. Partiendo de esta premisa, los objetivos de este trabajo son: describir tres de las problemáticas de salud más frecuentes en personas que viven con VIH/SIDA (ansiedad, depresión, estrés postraumático) y cómo se ve afectada su salud mental, de tal manera que se tenga información científica y detallada para el diseño de futuras intervenciones psicológicas.

Este trabajo se dividirá en tres partes: en la primera se presenta el concepto y evolución del VIH/SIDA, las formas de transmisión, prevención, y la situación epidemiológica, para finalizar con los tratamientos existentes para esta enfermedad. En la segunda parte, se expondrán algunos modelos psicológicos que se han utilizado para el tratamiento del VIH/SIDA, principalmente los modelos socio-cognitivo, creencias en la salud, prevención de la enfermedad y el IMB (información, motivación y habilidades conductuales).

Finalmente, en la tercera parte, se abordará el concepto de salud mental, el impacto psicológico ante la presencia VIH/SIDA, el análisis de tres de las más frecuentes problemáticas

de salud mental que presentan las personas que viven con VIH/SIDA (depresión, ansiedad, estrés postraumático), concluyendo con la descripción de estrategias para el mejoramiento de la salud mental en personas con VIH/SIDA.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES DEL VIH/SIDA

La infección de VIH/SIDA es, desde su inicio en los años ochenta del siglo XX, una de las mayores problemáticas de salud a nivel mundial. Durante las últimas décadas el VIH/SIDA ha afectado en mayor o menor medida a todos los estratos sociales y culturales de países desarrollados y especialmente de países en vías de desarrollo. Tras la aparición del tratamiento antirretroviral a partir de 1996, el VIH/SIDA se ha convertido en una enfermedad crónica, ocasionando grandes afectaciones en los estados físico y emocional de la persona infectada, favoreciendo la aparición de diferentes enfermedades biológicas que ayudan a la evolución del virus, acelerando la mortalidad de las células, y de trastornos psicológicos que van deteriorando la salud mental y calidad de vida de todos aquellos que padecen VIH/SIDA.

1.1 Definición y Evolución del VIH/SIDA.

Los primeros casos del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se diagnosticaron en 1983, lo que ocasionó que se realizaran diferentes estudios para identificar el virus que causaba la enfermedad. Los investigadores Luc Montagnier y Robert Gallo, en ese mismo año, descubrieron que el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) originaba la infección de SIDA. Ésta se trataba de una nueva enfermedad que conducía a una inmunodeficiencia global y que se complicaba con determinadas infecciones oportunistas (como la neumonía por *Pneumocystis jiroveci*) o neoplasias (como el sarcoma de Kaposi). El VIH pertenece a la categoría de retrovirus, afectando directamente a los linfocitos CD4, lo cual significa que tiene la capacidad de transformar el RNA y el ADN por medio de una enzima llamada retrotranscriptasa, produciendo enfermedades por la pérdida o muerte funcional de las

células que son infectadas, el virus afecta directamente al sistema inmunológico del ser humano, ya que lo va deteriorando lentamente (Tobón y Toro, 2008).

Actualmente existen dos tipos de VIH, presentándose en mayor frecuencia en virus tipo 1 (VIH-1) que se identificó en 1983, tres años después en 1986, se identificó el VIH-2 que afecta principalmente a países de África Occidental. Las diferencias entre los dos virus, según Machuca, Soriano y González (2013) radica en que la enfermedad provocada por el VIH-2, se presenta con menos frecuencia en los humanos, es menos agresiva, parece evolucionar más lentamente hacia la destrucción del sistema inmunitario (promedio de siete a 10 años) antes de desarrollar una inmunodeficiencia severa, mientras que el VIH-1 es más infeccioso y grave que el tipo 2, deteriorando las células más rápido y de manera más agresiva. Al ser el VIH-1 el que se presenta con más frecuencia a nivel mundial, se encuentran diferentes grupos que afectan de manera distinta al sistema inmunitario; los cuatro grupos del VIH-1 se denominan M, N, O y P y dentro del M (responsable de la mayoría de las infecciones) se han identificado al menos nueve subtipos y 43 formas recombinantes. La infección por VIH-1 es básicamente una enfermedad de transmisión sexual, aunque pueda transmitirse también por vía parenteral (contactos directos con sangre o trasplante de tejidos u órganos infectados) o maternofetal (sobre todo durante el parto o a través de la lactancia materna).

El ciclo de replicación del VIH consta de dos etapas, la primera es la entrada de la capsida, en la que el ARN la copia al ADN integrándola en el genoma de la célula. La segunda fase es la síntesis y el proceso de genomas virales, para el ensamblaje se une al ARN y estos interactúan con la membrana plasmática. La evolución del VIH en el organismo tiene cuatro fases que son: eclipse, aguda o primoinfección, latencia o crónica y la fase final o etapa SIDA,

estas se describen a continuación según lo expuesto por Blanco, Mallolas, Pérez-Cuevas, y Gatell (2013).

- **Eclipse:** En esta primera etapa, después de la transmisión del virus y durante un período aproximado de dos semanas, el VIH se replica en la mucosa y submucosa del ARN, pero el virus aún no puede ser detectado.
- **Aguda:** En la segunda etapa, el virus se multiplica en el cuerpo rápidamente pero el sistema inmunitario desarrolla defensas para enfrentarlo, no para erradicarlo completamente. En esta etapa es común que las personas desarrollen una serie de síntomas similares a los de un cuadro gripal (dolor de cabeza, cansancio, fiebre, dolores musculares, decaimiento, inflamación de los ganglios del cuello, tos, erupción en la piel). El cuerpo tras la infección, tarda varias semanas en producir anticuerpos contra el VIH y en generar células inmunitarias que puedan reconocer y destruir el virus. Existe un período de aproximadamente tres meses durante el cual no se puede detectar el virus a través de los anticuerpos (Prueba de Elisa); este es el llamado **“Período Ventana.”** Es decir, que aun saliendo negativa la prueba de detección de los anticuerpos, existe la infección y se puede transmitir.
- **Crónica:** En la tercera fase se da un conflicto entre las defensas y el virus. El virus ataca y destruye las células de defensa, los linfocitos CD4, provocando una disminución en el número de estos; sin embargo, el sistema inmunitario es capaz de reponer las células destruidas, manteniendo una estabilidad de la enfermedad. En esta etapa el virus está aparentemente inactivo y quizás pasen entre ocho y 10 años sin que aparezcan síntomas, no obstante, a medida que va replicándose y evolucionado el virus, va debilitando el sistema inmunitario sin que pueda hacer frente a nuevas infecciones.

- **SIDA:** En la cuarta etapa el virus se multiplica rápidamente y se “agotan” las defensas del sistema inmunitario, apareciendo las enfermedades oportunistas, estas se aprovechan del mal funcionamiento del sistema inmunológico, que asociadas a la inmunodeficiencia que causa el VIH marcan el comienzo del SIDA o Síndrome (conjunto de signos y síntomas) de Inmunodeficiencia (deterioro del sistema inmune) Adquirida (no es hereditaria, sino que se adquiere a consecuencia de la infección por el VIH). Aún en esta fase el tratamiento antirretroviral puede resultar efectivo frente al virus y permitir que se reconstituyan las defensas, sin que elimine por completo el virus.

Para conocer en qué fase se encuentra la evolución del virus, la transmisión por el VIH se suele diagnosticar detectando los anticuerpos que produce el organismo al tratar de defenderse contra el virus. Generalmente, esos anticuerpos empiezan a producirse entre tres y ocho semanas después del momento de la infección.

No obstante, las personas infectadas por VIH/SIDA, debido al debilitamiento de su sistema inmunitario, son más propensas a contraer enfermedades que pueden llegar a debilitar aún más su organismo. Existen diferentes enfermedades e infecciones que si se desarrollan en etapas anteriores a la etapa del SIDA, influyen en la rápida evolución del virus y en la aparición más temprana de la enfermedad; algunas de las principales enfermedades asociadas a la infección por VIH/SIDA son las siguientes, mencionadas por Soriano, Núñez, Barreiro, Maida, García-Samaniego y González (2012):

- Pulmonares: neumonitis.
- Oftalmológicas: retinopatía microvascular.
- Cutáneas: exantema maculopapular de la primoinfección, tricomegalia.

- Orodigestivas: enteropatía, úlceras orales, úlceras esofágicas.
- Neurológicas: encefalopatía, neuropatía periférica, mielopatía vacuolar, meningitis aséptica.
- Renales: nefropatía.
- Cardiovasculares: miocarditis y miocardiopatía, vasculitis, púrpura trombocitopénica trombótica.
- Hematológicas: trombopenia, síndrome de infiltración linfocitaria CD8+ masiva.
- Reumatológicas: artritis, miopatía, síndrome seco.
- Otras: síndrome retroviral agudo, linfadenopatía generalizada persistente, enfermedad constitucional (pérdida de peso, fiebre, sudoración nocturna, fatiga, diarrea crónica de más de un mes de evolución).

Por otra parte, las infecciones oportunistas relacionadas con el virus de VIH se pueden clasificar en aquellas que no causan enfermedad en el huésped (*Pneumocystis carinii*), aquellas que causan enfermedad leve en el huésped (*Toxoplasma gondii*, virus herpes simples) y aquellas que debido a la inmunodeficiencia producen una enfermedad debilitante en el huésped (*Mycobacterium tuberculosis*). Una de las infecciones oportunistas más frecuentes es la toxoplasmosis cerebral, también se encuentra la neumocistosis, la candidiasis y la criptococosis. Las infecciones víricas más frecuentes son el Herpes simplex (VHS) tipo 1 y 2, el Virus Varicela Zoster (VVZ), el Citomegalovirus (CMV), el Virus Herpes tipo 8 (VHH-8). Como infecciones oportunistas de origen bacteriano más frecuentes están las neumonías bacterianas, la salmonelosis y la tuberculosis (Lizarazo, Castro, De Arco, Chávez y Peña, 2009).

Hoy en día, con la ayuda de las nuevas investigaciones y con el tratamiento antirretroviral es posible controlar la evolución del VIH y el desarrollo de enfermedades e infecciones

oportunistas, sin embargo, para que la terapia farmacológica tenga efectos positivos es necesario realizar un diagnóstico oportuno de estas enfermedades, ya que en muchas ocasiones se suelen confundir con los síntomas propios del VIH.

1.2 Transmisión y prevención del VIH/SIDA.

La transmisión por el VIH/SIDA se da principalmente por la emisión de conductas de riesgo que facilitan la transferencia del VIH por el paso de células infectadas presentes en los fluidos de una persona diagnosticada con VIH/SIDA, con una completamente sana. Las vías de transmisión se describieron a principio de los años ochenta del siglo XX. A pesar de que en los inicios se creía que se podía contraer el virus mediante diferentes líquidos orgánicos (como la saliva, las lágrimas o las secreciones bronquiales) y tejidos (médula ósea, nódulos linfáticos), los datos epidemiológicos muestran que la transmisión del virus es solamente a través de la sangre y productos plasmáticos contaminados, semen, secreciones vaginales y cervicales, y la leche materna durante la lactancia, es decir, de manera sexual, sanguínea y perinatal o vertical. No existe evidencia epidemiológica alguna de que hayan otros mecanismos de transmisión. La convivencia, los contactos físicos habituales, el sudor, la saliva, la orina, las heces, la tos, los insectos, las piscinas, etc., no son fuentes de contagio porque no son capaces de introducir suficiente cantidad de virus en la persona como para producir una infección (Vives, Folch y Casabona, 2013).

Son varios los factores de riesgo que facilitan la transmisión del VIH; entre ellos, la prevalencia de la infección en una población, las prácticas sexuales sin protección, la presencia de otras enfermedades de transmisión sexual, y el uso y consumo de drogas y alcohol. En la Tabla 1, se pueden observar los factores de riesgo de cada uno de los mecanismos de transmisión.

A continuación se revisan los aspectos más importantes de cada uno de los mecanismos de transmisión del virus.

Sexual.

Es el modo predominante de transmisión en todo el mundo. La transmisión sexual puede ocurrir cuando las secreciones sexuales de una persona infectada se ponen en contacto con la mucosa oral, genital o anal de otra persona. La infectividad de una persona depende de la carga viral que tenga en el momento: a mayor carga viral, mayor probabilidad de infectar al compañero sexual. Las conductas sexuales consideradas de alto riesgo son: el coito anal y vaginal y en menor medida el sexo oral sin protección. Durante el acto sexual, normalmente, se producen pequeñas lesiones o heridas microscópicas en las mucosas de la vagina, pene o ano, a través de estas pequeñas aberturas el virus puede pasar a la sangre. Tobón y Toro (2008) mencionan que las enfermedades de transmisión sexual (ETS) tienen una estrecha asociación con la transmisión del VIH, sobre todo aquellas de presentación ulcerativa a nivel genital, incluidas las infecciones por *Treponema pallidum*, *Haemophilus ducreyi* y el virus del Herpes simplex, asimismo las ETS inflamatorias no ulcerativas causadas por microorganismos tales como *Chlamydia trachomatis*.

Sanguínea.

La transmisión por vía sanguínea tiene lugar cuando la sangre de una persona con VIH/SIDA entra en el torrente sanguíneo de otra. La transmisión del VIH mediante el uso compartido de material de inyección entre los usuarios de drogas por vía endovenosa es una forma importante de transmisión en muchos países desarrollados como en vías de desarrollo. Además, el hecho de compartir agujas o jeringuillas, objetos cortantes y utensilios personales contaminados por el VIH son factores asociados al riesgo de contagio.

Perinatal o vertical.

La infección por vía perinatal puede darse cuando una mujer con VIH/SIDA, tiene de un 20% a un 40% de posibilidades de tener un hijo infectado. Puede transmitir el virus por vía sanguínea durante el embarazo (a través de la placenta), por el canal del parto y también a través de la leche materna. En ausencia de tratamiento, el riesgo de transmisión oscila alrededor del 40%, siendo el estadio clínico de la infección en la madre durante el embarazo uno de los factores de riesgo más consistentemente identificados (Vives, Folch y Casabona, 2013).

Tabla 1

Conductas de Riesgo Asociadas a la Transmisión del VIH/SIDA.

Transmisión sexual.	Transmisión sanguínea.	Transmisión de madre a hijo.
Prácticas que tienen como resultado la laceración del epitelio vaginal, rectal, oral o del pene.	Uso de agujas lavadas y no esterilizadas.	Recuento elevado de linfocitos CD8 positivos en la madre.
Múltiples compañeros sexuales sin protección.	Tatuajes y pearcing con agujas compartidas no esterilizadas.	Recuento disminuido de linfocitos CD4 positivos en la madre.
Presencia de úlceras genitales, rectales u orales causadas por otras enfermedades de transmisión sexual, como el herpes.	Inyecciones con jeringas contaminadas (drogadicción).	Corioamnionitis o funisitis (inflamación del cordón umbilical).
No usar preservativos en prácticas sexuales.	Transfusión con sangre o productos sanguíneos no tamizados.	Fiebre persistente en la madre.
		Lactancia.

Fuente. Recuperado de “Estudio del paciente por infección de VIH” Juan Carlos Tobón Pereira, Ana Isabel Toro Montoya, 2008.

Para lograr el control de la propagación de la infección por el VIH, se deben implementar diferentes estrategias preventivas relacionadas no solo con los controles epidemiológicos y la atención a las personas diagnosticadas de VIH/SIDA, sino también a la identificación de los principales mecanismos de transmisión, al conocimiento de las posibles causas que llevan a las

personas a asumir riesgos frente a la infección por el VIH y los otros factores concomitantes, que en conjunto buscan la disminución de las conductas de riesgo ante la incidencia del VIH.

Para Giménez (2008), las estrategias de prevención primaria tienen como objetivo evitar la adquisición de la infección por VIH. Pueden ser universales, dirigidas a la población general, intentando promover hábitos saludables de vida, se detectan conductas de riesgo para la adquisición de la infección y se ayuda a modificar las conductas de riesgo detectadas. Por otro lado, también se diseñan estrategias selectivas, dirigidas a grupos poblacionales con mayor susceptibilidad de contraer la infección por VIH por sus características sociodemográficas o conductuales. Mientras que el objetivo principal de la prevención secundaria es la intervención precoz, que incluye estrategias para el diagnóstico de la infección por VIH así como un acompañamiento psicológico. Finalmente, un tratamiento temprano y específico de la infección por VIH y de las infecciones oportunistas, asociado a una intervención psicológica constituirían los objetivos principales de la prevención terciaria, para enlentecer el curso de la infección y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Entre las formas de prevención en transmisión sexual se encuentran la promoción de prácticas de sexo más seguro que consiste en valorar el riesgo de la conducta sexual, identificar dudas y dificultades para mantener relaciones sexuales más seguras y protegidas así como proporcionar recursos para reducir los comportamientos de riesgo, el uso sistemático del preservativo masculino o femenino como método de barrera más efectivo, el diagnóstico y tratamiento temprano de las ETS. Con respecto a la transmisión perinatal, se ha logrado controlar la transmisión del VIH de madre a hijo por el inicio del tratamiento antirretroviral durante los primeros meses de gestación; otra forma de prevención de la transmisión de madre a hijo ha sido el diagnóstico precoz de la infección por el VIH en mujeres que desean tener un hijo con el fin

de controlar tanto la fecundación como todo el proceso de gestación con las intervenciones adecuadas (Castro, 2013).

De igual forma, el autor mencionado anteriormente, señala que en relación a la transmisión sanguínea, las estrategias preventivas se diferencian en función del consumo de drogas, por pertenecer al grupo de personas hemofílicas o por transfusiones de sangre. En la drogadicción por vía sanguínea, las principales medidas de prevención enfatizan en los programas de esterilización del material que se utiliza en el intercambio de jeringas, los programas de modificación de conducta y las campañas preventivas en las instituciones educativas. En cuanto a los procesos de transfusión de sangre, fundamentalmente, la prevención se centra en los procesos de control de la sangre, y los programas de selección de donantes. Estas infecciones pueden evitarse mediante una práctica efectiva de bioseguridad, como la esterilización de los instrumentos médico-quirúrgicos, la selección adecuada de donantes de sangre, semen, tejidos y el uso de barreras de protección, entre otros.

Finalmente, se considera fundamental la educación como estrategia preventiva frente a la infección por el VIH. Sin embargo, es muy bajo el porcentaje de personas que acceden a esta información a pesar de los diferentes esfuerzos para la ampliación de la misma. La transmisión por el VIH se considera una enfermedad que se puede prevenir al asumir conductas de autocuidado como el uso del preservativo en las relaciones sexuales, evitar el consumo de drogas inyectables y el intercambio de jeringas, no consumir sustancias psicoactivas antes y durante las relaciones sexuales, identificar el nivel de susceptibilidad frente a la infección por el VIH y enfatizar en las diferentes conductas de protección y sobre algunas de las conductas de prevención frente a la infección por el VIH (ONUSIDA, 2016).

1.3. Situación Epidemiológica del VIH/SIDA.

El Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) es uno de los principales organismos mundiales que se encargan en establecer y publicar de manera anual, informes sobre la epidemia del VIH/SIDA a nivel global, basándose en la vigilancia epidemiológica de cada país.

La vigilancia epidemiológica de la infección por el VIH/SIDA tiene como objetivo cuantificar la magnitud de la epidemia y definir las características de la población afectada, en particular en relación con las formas de contagio del virus. La epidemia de VIH/SIDA ha evolucionado de forma diferente y con distinta intensidad en las diversas áreas geográficas del planeta, en función de los factores sociodemográficos, culturales, económicos y políticos de cada zona.

En el año 2016, 36.7 millones (30.8 millones–42.9 millones) de personas vivían con el VIH/SIDA, el número de casos por infecciones de VIH no ha presentado aumentos significativos desde el 2014, debido a que las personas tienen mayor acceso al tratamiento antirretroviral. En 2016, 19.5 millones de personas tenían acceso a la terapia antirretroviral, presentando un aumento en comparación a los 17.1 millones del 2015 y a los 7.7 millones de 2010. Pese a que el número de infecciones por VIH/SIDA ha disminuido considerablemente en relación a años anteriores, todavía existe un número considerable de nuevas infecciones por el VIH y de muertes relacionadas con el SIDA cada año. A nivel mundial, 1.8 millones de personas contrajeron VIH/SIDA, mientras que un millón murieron a causa de la enfermedad en el 2016 (ONUSIDA, 2016).

No obstante, a pesar de que las nuevas infecciones por VIH y el número de muertes se han reducido en relación con el año 2005, año que se registraron más casos por VIH, se sigue observando un alto número de infecciones, principalmente en población joven. En la Tabla 2, se muestran datos más específicos referentes a la situación epidemiológica del VIH/SIDA a nivel mundial.

Tabla 2

Situación epidemiológica del VIH/SIDA a nivel mundial de 2016.

<p>Personas que viven con VIH/SIDA.</p> <p>36.7 millones (30.8 millones–42.9 millones) de personas vivían con el VIH.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 34.5 millones (28.8 millones–40.2 millones) adultos. • 17.8 millones (15.4 millones–20.3 millones) mujeres (mayores de 15 años). • 2.2 millones (1.7 millones–2.6 millones) niños (menores de 15 años).
<p>Nuevas infecciones.</p> <p>1.8 millones de personas contrajeron la infección por el VIH.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las nuevas infecciones por el VI en adultos descendieron alrededor de un 11% es decir, 1.7 millones, en comparación con el año 2010. • Las nuevas infecciones por el VIH en niños descendieron un 47% desde 2010, desde 300,000 en 2010 hasta 160, 000 en 2016.
<p>Muertes relacionadas con VIH/SIDA.</p> <p>Fallecieron un millón de personas en todo el mundo a causa de la enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desde el pico alcanzado en 2005, los casos de muertes relacionadas con el VIH/SIDA se han reducido en un 48%. • Frente a los 1.9 millones de 2005 y los 1.5 millones de 2010.
<p>Personas con acceso a tratamiento antirretroviral.</p> <p>19.5 millones de personas tuvieron acceso a un tratamiento antirretroviral.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El 53% de las personas que vivían con el VIH tuvieron acceso al tratamiento. • El 54% de los adultos mayores de 15 años tuvieron acceso al tratamiento. • El 43% de los niños de hasta 14 años tuvieron acceso. • El 76% de las mujeres embarazadas que vivían con el VIH tuvieron acceso a un tratamiento para evitar la transmisión del VIH a sus hijos.

Fuente. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, ONUSIDA (2016). *Situación de la Epidemia de Sida. Diciembre de 2016.*

Para una mejor comprensión de la prevalencia e incidencia del VIH/SIDA a nivel mundial y sus oscilaciones, es recomendable observar los datos epidemiológicos procedentes de las distintas regiones del mundo. La distribución geográfica del VIH/SIDA permite tener una visión global de cómo avanza y evoluciona la epidemia, y en qué grado afecta a los diferentes

países en función de su población, cultura y nivel de desarrollo. En la Tabla 3, se presentan los datos de cada región, principalmente el total de personas que viven con VIH/SIDA, nuevas infecciones (total, adultos mayores de 15 años, niños de 15 años o menos, muertes por VIH y personas con acceso a una terapia antirretroviral), siendo África Oriental y Meridional la región donde existen más personas viviendo con VIH/SIDA y con más muertes por esta enfermedad, mientras que la región de Oriente Medio es donde existe un menor número de personas que viven con VIH/SIDA y El Caribe es donde se presenta un menor número de muertes.

Tabla 3
Situación Epidemiológica Regional de VIH/SIDA de 2016.

	Nuevas Infecciones por VIH/SIDA.					
	Personas que viven con VIH/SIDA	Total.	Adultos mayores de 15 años.	Niños menores de 15 años.	Muertes por VIH/SIDA.	Personas con acceso a la terapia.
África Oriental y Meridional.	19.4 millones	790,000	710,000	77,000	420,000	11.7 millones
Asia y el Pacífico.	5.1 millones	270,000	250,000	15,000	170,000	2.4 millones
África Occidental y Central.	6.1 millones	370,000	310,000	60,000	310,000	2.1 millones
América Latina.	1.8 millones	97,000	96,000	1,800	36,000	1.0 millones
Caribe.	310,000	18,000	17,000	1,000	9,400	162,000
Oriente Medio y África Septentrional.	230,000	18,000	17,000	1,400	11,000	54,400
Europa Oriental y Asia Central.	1.6 millones	190,000	190,000	—	40,000	434,000
Europa Occidental, Central y América Norte.	2.1 millones	73,000	72,000	—	18,000	1.7 millones

Fuente: Fuente de Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, ONUSIDA (2016). *Situación de la Epidemia de Sida. Diciembre de 2016.*

Por otra parte, en México, el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (CENSIDA), es el organismo encargado de la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA; según los informes en el país se tiene una prevalencia de VIH/SIDA en adultos de alrededor de 0.24 casos por cada 100 personas de 15-49 años. Desde el inicio de la epidemia y hasta el 18 de noviembre del 2011, existen 152,390 casos de SIDA notificados, 80.2% (125,197) son hombres y 19.8% (27,193) son mujeres; la relación hombre:mujer del total de casos de SIDA acumulados hasta el año 2011 es de 5:1, siendo de 4:1 en los últimos diez años. La tasa de incidencia de casos registrados de SIDA del año 2000 fue de 8.6 casos por cada 100,000 habitantes, para el año 2005 de 8.3 y en el año 2010 de 5.3 casos por cada 100,000 habitantes, registrando una disminución en el número de casos de SIDA (CENSIDA, 2015).

Al 15 de noviembre de 2016, se tiene registrado que en todos los estados de la República Mexicana existen personas infectadas por VIH/SIDA; desde el año 1983 (año en que inició la epidemia en el país) a 2016 se tiene notificado un total de 245,210 casos por VIH/SIDA. En el presente año se han diagnosticado 9,257 nuevos casos de VIH y SIDA, de los cuales 4,112 son de SIDA y 5,145 de VIH, presentado un decremento en el registro de nuevos casos diagnosticados en comparación con el 2015, teniendo un total de 12,118, siendo 5,696 de SIDA y 6,422 de VIH. Los estados con la mayor tasa de casos nuevos diagnosticados de SIDA en 2016 son Campeche (22.1) y Guerrero (9.8), mientras que en los casos de VIH se encuentran Campeche (17.4) y Yucatán (13.7) por cada 100.000 habitantes.

Del año 2010 al 2016, de acuerdo a los datos proporcionados por CENSIDA (2016), las entidades federativas con más casos diagnosticados de VIH/SIDA fueron: Veracruz (2,787), Guerrero (3,234), Distrito Federal (3,601), México (3,713) y Chiapas (3,756). Mientras que los estados con menor número de casos fueron: Tlaxcala (627), Querétaro (296), Aguascalientes

(255), Baja California Sur (218) y Zacatecas (204). En las Tablas 4 y 5, se pueden observar los casos registrados del 2010 a 2016.

El Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA, señala que en México, el 63.4 % de los casos se presentan en personas con edades de 30- 65 años, el 34% en jóvenes de 15-29 años, el 2.1% en menores de 15 años y el 0.5% en personas de 65 años o más. Por otra parte, en la vía de transmisión del VIH/SIDA, el 95.2% de los casos son resultado de transmisión sexual, el 2.9% se produjeron por vía sanguínea y el 1.9% por transmisión perinatal.

Tabla 4

Entidades con Mayor Número de Casos Diagnosticados de VIH/SIDA del año 2010 a 2016.

Entidad/Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Veracruz	620	582	574	541	255	77	138	2,787
Guerrero	533	400	542	482	476	449	352	3,234
Distrito Federal	585	270	776	740	432	623	175	3,601
México	687	527	550	483	462	600	404	3,713
Chiapas	617	572	606	606	547	502	306	3,756

Fuente. Vigilancia Epidemiológica de Casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA (CENSIDA, 2016). Actualización al 15 de noviembre de 2016.

Tabla 5

Entidades con Menor Número de Casos Diagnosticados de VIH/SIDA del año 2010 a 2016.

Entidad/Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Tlaxcala	75	87	87	110	83	85	100	627
Querétaro	39	52	58	51	36	42	18	296
Aguascalientes	40	44	39	46	44	27	10	255
Baja California Sur	71	39	48	7	18	26	9	218
Zacatecas	37	33	31	25	32	21	35	204

Fuente. Vigilancia Epidemiológica de Casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA (CENSIDA,2016). Actualización al 15 de noviembre de 2016.

De acuerdo con la tipología de ONUSIDA (2016), México tiene una epidemia concentrada, la cual afecta principalmente a los siguientes poblaciones: hombres que tienen sexo con otros hombres, usuarios de drogas inyectadas, trabajadoras y trabajadores sexuales, así como personas transgénero, transexuales y travestis. Por lo que las estrategias de prevención no solo deben estar dirigidas a la población en general, sino también a los grupos que son más propensos a adquirir el VIH/SIDA.

A pesar de que los casos diagnosticados de VIH/SIDA han disminuido a lo largo de los años, en el país, la tasa de mortalidad por esta enfermedad no ha disminuido como se esperaba, ya que en el 2015 de las 124.718 personas se encontraban diagnosticadas con la enfermedad, 96.856 ya fallecieron y 14.379 se desconoce su status actual. Por ello es necesario intensificar las acciones de detección oportuna, vincular a las personas detectadas con VIH/SIDA a los servicios de atención, así como mejorar la retención y adherencia terapéutica, el apoyo psicológico y preventivo para mejorar la calidad de vida de la persona infectada.

1.4. Tratamiento para el VIH/SIDA.

Actualmente, la infección por VIH/SIDA puede ser vista como una infección crónica con una esperanza de vida casi normal, diferente de cómo era hace 20 años, cuando la infección por el VIH era considerada mortal. La diferencia entre estos dos pronósticos de una misma infección de un mismo virus, ha sido la disponibilidad de un tratamiento eficaz. Históricamente, este cambio sucedió en un tiempo relativamente corto y se ha asociado al creciente número de medicaciones y de clases de medicamentos disponibles. La meta del tratamiento es mantener la salud y prolongar la vida, durante la selección de un tratamiento hay un número de

consideraciones, como son: la potencia, la tolerabilidad y la conveniencia. Una clave del éxito a largo plazo del tratamiento es una buena adherencia a los medicamentos (ONUSIDA, 2016).

La terapia antirretroviral, aunque no puede erradicar la infección por el VIH, mantiene suprimida la replicación viral, restaura y preserva el estado inmunológico incrementando el número de linfocitos CD4+, disminuye la morbimortalidad, mejora la calidad de vida y previene la transmisión del virus. La administración de la terapia antirretroviral (TAR) actualmente está recomendada para todos los pacientes con infección por el VIH, independientemente del recuento de linfocitos CD4+, aunque en función de este valor varía la fuerza del tratamiento implementado. Hay un consenso en recomendar siempre TAR a las personas infectadas por el VIH con valores de CD4+ inferiores a 500 CD4+/ml. Sin embargo, para valores por encima de este nivel la decisión debe ser individualizada, ya que actualmente no existen datos en relación con la mortalidad; si bien dada la tolerabilidad y simplicidad de los tratamientos actuales, y que el incremento de la población tratada disminuye las tasas de transmisión, se recomienda iniciar el tratamiento especialmente en aquellos grupos de pacientes con mayor riesgo de progresión que son: Carga Viral Plasmática (CVP) superior a 105 copias/ml, mayores de 55 años, cirrosis hepática, hepatitis crónica por VHC, trastornos neurocognitivos o tumores no relacionados con el SIDA (Fariña, Navarro, Maestre, Artiles, Pérez, Montes, Castellano, y De la Nuez, 2015). Estos mismos autores, señalan que el tratamiento antirretroviral no logra erradicar el virus del organismo y la respuesta al tratamiento se pierde en una proporción importante de los pacientes a lo largo del tiempo, ocurriendo falla virológica (aumento de la carga viral plasmática), falla inmunológica (descenso del conteo de linfocitos CD4+ en sangre) o falla clínica (eventos clínicos marcadores de evolución de la infección). Para evitar y retrasar la ocurrencia de falla virológica es fundamental la adherencia del paciente al tratamiento. La adherencia al tratamiento

se ve dificultada por la complejidad del TAR (especialmente en planes que incluyen varias tomas diarias y muchos comprimidos), por la frecuente ocurrencia de efectos colaterales (generalmente leves y tolerables) y por otros factores (psicológicos, soporte social, familiar y del equipo asistencial, percepción de la enfermedad, etc.).

La falta de adherencia es un problema multifactorial en el que intervienen numerosas variables, que no siempre son fáciles de controlar. Estas se pueden agrupar en cinco categorías, mencionadas por Knobel, Marí, Fumaz, y Tuldrà (2013).

Factores relacionados con la enfermedad. La infección por el VIH puede presentar períodos asintomáticos y sintomáticos. La aceptación del tratamiento y su adherencia pueden variar en función de los mismos. Por una parte, el seguimiento puede resultar complejo en personas asintomáticas al no percibir gravedad en su situación. Por otro lado, la aparición de síntomas potencia la adherencia, sin embargo, en personas sintomáticas, la remisión de las molestias al tomar medicación puede ser relativa en la percepción de riesgo, disminuyendo la correcta toma del tratamiento.

Factores relacionados con el régimen terapéutico. La adherencia a un tratamiento disminuye cuanto mayor es el número de fármacos y la frecuencia de administración. Asimismo, la aparición de efectos secundarios y la duración del tratamiento, afectan para que un paciente presente o no una buena adherencia.

Factores psicológicos. Los elementos de carácter psicológico deben ser especialmente considerados ya que la presencia de síntomas de ansiedad, estrés o de depresión, asociados al proceso de la enfermedad, pueden comprometer seriamente la adherencia, debido a que se pueden presentar sentimientos de inferioridad, culpa, desesperación, baja autoestima,

aislamiento, miedo a los avances de la enfermedad o a los efectos del tratamiento, ideación suicida, dificultad para relacionarse, que afectan el estado emocional del paciente y su relación con su entorno y enfermedad. Por otra parte, el abuso de sustancias tóxicas también constituye un grave obstáculo para seguir el tratamiento de forma correcta. Asimismo, dentro de estos factores, Ammassari, Trota y Murri (2008) señalan que el conjunto de creencias que los pacientes tienen respecto a la eficacia del tratamiento, hacia la percepción de la enfermedad, estrategias de afrontamiento y la capacidad subjetiva de seguir el tratamiento de forma correcta, son variables que afectan la adherencia al tratamiento. Los factores psicológicos presentan una carga significativa al momento de recibir el tratamiento, ya que el estado emocional en el que se encuentra la persona afectará cómo percibe los demás factores involucrados en la adherencia a un tratamiento

Factores relacionados con la situación social. En este apartado se incluyen aspectos como, disponer de domicilio fijo, apoyos social, familiar, de pareja o de amigos; factores como el rechazo social hacia la enfermedad, los prejuicios, la desinformación sobre la enfermedad (mitos), la información sobre los tratamientos en los medios de comunicación, la política sanitaria, el acceso a un diagnóstico o tratamiento, situación laboral, son componentes que, relacionados con los factores psicológicos, pueden dificultar el seguimiento de un tratamiento antirretroviral. Lo anterior, coincide con lo mencionado por Malta, Strathdee, Magnanini, y Bastos (2008) quienes señalan que las personas que viven con VIH/SIDA presentan niveles bajos de adherencia cuando no se cuenta con una soporte social adecuado, es decir, cuando no se cuenta con: un sustento económico y familiar, la información necesaria sobre la enfermedad o el acceso a un tratamiento adecuado, son factores que favorecen el desarrollo de conductas de

aislamiento, desesperación y un rechazo por parte de sus círculos sociales más cercanos, obstaculizando la adherencia al tratamiento.

Factores relacionados con el equipo asistencial. La relación que se establece entre el equipo asistencial y el paciente es de suma importancia para el cumplimiento del tratamiento, ya que si existe una buena comunicación y empatía entre profesional-paciente, el tratamiento resulta menos complejo y más fácil de adaptar a la vida cotidiana. De igual forma, para Fumaz, Muñoz-Moreno, Moltó, Ferrer, López y Negredo (2008), consideran que la confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad del equipo asistencial son factores que influyen favorablemente a la adherencia, si el paciente no recibe un trato adecuado de los profesionales, no resuelven sus dudas o no existe una empatía por el equipo de profesionales con el paciente se presentará una falta de adherencia.

Por tanto, antes de tomar la decisión de administrar un TAR se debe considerar lo siguiente: confirmarse las cifras de linfocitos CD4+ y la CVP, preparar al paciente y adaptar las opciones terapéuticas a su estilo de vida, informar sobre posibles efectos secundarios y valorar el riesgo de mala adherencia terapéutica. Para Fariña, et al (2015), la adherencia terapéutica al TAR constituye un potente predictor de respuesta, es decir, sin una buena adherencia la eficacia de los medicamentos queda en un segundo plano, siendo una de las principales causas de fracaso terapéutico. La falta de adherencia conlleva no sólo implicaciones individuales sino también implicaciones en salud pública con desarrollo de resistencias y la transmisión de éstas. Asimismo, los factores psicológicos, sociales, de equipo asistencial, relacionados con la enfermedad y el tratamiento, presentan una gran influencia al momento de iniciar la terapia, ya que estos determinarán la continuidad o abandono del tratamiento.

CAPÍTULO 2.

MODELOS PSICOLÓGICOS PARA EL TRATAMIENTO DEL VIH/SIDA

Actualmente la epidemia del VIH/SIDA cumple más de tres décadas de historia. A lo largo de estos años se han alcanzado importantes logros en la lucha contra esta grave enfermedad, no obstante, a pesar de los avances, sigue existiendo un número considerable de infecciones por año, esto es porque el VIH/SIDA es, principalmente, una consecuencia de la conducta, tratándose de qué se hace o cómo se actúa en situaciones saludables o de riesgo. Es la conducta la que determinará el grado en que una persona se expondrá a contraer esta grave enfermedad.

Las ciencias del comportamiento han abordado la creación y el desarrollo de intervenciones preventivas basadas en la teoría para reducir el riesgo a contraer enfermedades crónicas, una de ellas el VIH/SIDA, y promocionar la conducta saludable. A través de los diferentes modelos teóricos se persigue dar una explicación exacta de los factores que están interviniendo para que se lleve a cabo una conducta de riesgo o una conducta de protección frente a la enfermedad. Las intervenciones y modelos de promoción de la salud están diseñadas para estimular a las personas para que mantengan o desarrollen comportamientos de autocuidado. De cualquier forma, una cosa es saber que un determinado comportamiento está afectando de forma negativa a la salud, y otra conocer la forma de cambiarlo por otro saludable. En este punto las teorías y modelos son de gran utilidad, porque permiten entender y predecir las conductas de salud, y los procesos de cambio que pueden darse en dichas conductas (Painter, Borba, Hynes, Mays y Glanz, 2008).

Los profesionales de la Psicología Social y la Psicología de la Salud han elaborado diversas teorías y modelos para explicar los comportamientos e intentar predecirlos. Aunque muchas de esas teorías comparten términos comunes, su significado no es necesariamente idéntico. Estos modelos teóricos pueden resultar de gran utilidad para la elaboración de intervenciones preventivas y de tratamiento psicológico para el VIH/SIDA.

2.1 Modelo en Creencias de la Salud.

El Modelo de Creencias de Salud (MCS) o *Health Belief Model* surgió en EEUU en los años cincuenta del siglo XX, bajo la colaboración de Mayhew Derryberry, creador de la División de Estudios de la Conducta en la Oficina de Educación para la Salud del Servicio de Salud Pública en Estados Unidos de América y cuatro psicólogos sociales del servicio, Hochbaum, Becker, Strecher y Rosenstock, que desarrollaron la arquitectura y descripción original del modelo, como respuesta a la interrogante sobre la negativa de los pacientes a someterse a revisiones médicas para la detección de posibles patologías y así indagar sobre las respuestas individuales a los síntomas, al diagnóstico, al tratamiento de la enfermedad, y las razones por las que las personas no participaban en programas de prevención o en programas dirigidos a detectar la enfermedad. Posteriormente, el modelo fue aplicado a otros ámbitos de la prevención y promoción de la salud como el tabaquismo y otras conductas adictivas (Ríos, 2011).

Este fue uno de los primeros modelos desarrollados de forma específica para explicar las conductas relacionadas con la salud. En él se presta atención especialmente al papel de la percepción individual sobre la vulnerabilidad hacia una enfermedad que amenaza la salud y sobre las acciones que se pueden llevar a cabo para prevenir y hacer frente a dicha enfermedad.

Este modelo concibe como variable principal **la influencia cognitiva** sobre la conducta; considerando que las **creencias** (percepción subjetiva sobre un tema en particular) y las **actitudes** (evaluación de los resultados de una conducta), pueden llegar a determinar de forma significativa la práctica de conductas saludables. El MCS postula que la motivación de una persona para llevar a cabo conductas relacionadas con la salud depende de la interacción de los siguientes factores (Salamanca y Giraldo, 2012):

- Si la persona se considera susceptible de sufrir un problema de salud.
- Si considera que ese es un problema de salud grave o relevante.
- Si está convencida de que las actividades de tratamiento o prevención le reportarán beneficio.
- Si los potenciales beneficios superan los costos o barreras para la acción.
- Si reconoce la necesidad de actuar.

La necesidad de actuar está influenciada por distintas variables que afectan la percepción individual y como resultado influyen su comportamiento. Entre estos factores están el nivel educativo, características culturales, experiencias personales, el género y el estatus económico. Esas variables influyen en la percepción de la susceptibilidad, la severidad del riesgo, el beneficio y las barreras para el mantenimiento o cambio del comportamiento. Rueda, Manzano, Darío, Pérez de Arriba, Zuazagoita y Zulueta (2008) mencionan que este modelo, aplicado a la modificación de estilos de vida a largo plazo, como en el caso del VIH/SIDA, la persona tiene que sentirse amenazada por su patrón de conducta previa o actual (amenaza percibida= susceptibilidad + severidad) y debe creer que el cambio de conducta necesario tendrá un resultado deseable y lo hará a un costo aceptable.

En la Tabla 6, Janz, Champion y Strecher (2008) presenta los conceptos bases de este modelo, se definen y se plantean aplicaciones prácticas derivadas de ellos y de utilidad a la hora de planificar actividades de promoción de la salud.

Tabla 6

Conceptos y definiciones del Modelo de Creencias de la Salud.

Concepto	Definición	Aplicación
Susceptibilidad percibida.	La creencia personal acerca de la probabilidad de que les suceda una enfermedad.	Estimar riesgo personalizado basándose en las características o comportamiento personal. Hacer que la sensibilidad percibida sea más consistente con el riesgo real.
Severidad percibida.	Creencia personal acerca de la gravedad de una enfermedad o sus secuelas.	Informar de las consecuencias del riesgo y la condición.
Beneficios esperados Percibidos.	Creencia individual acerca de la eficacia de la acción propuesta para reducir el riesgo o la gravedad de la enfermedad.	Definir la acción necesaria: cómo, dónde, cuándo; clarificar los efectos positivos esperados.
Barreras percibidas.	Creencia individual acerca de los costos tangibles y psicológicos de la acción propuesta.	Identificar y reducir las barreras percibidas por medio de reafirmación, corrección de información incorrecta, incentivos, asistencia.
Estímulos para la acción.	Estrategias para activar la disposición individual al comportamiento deseado.	Proporcionar información sobre cómo hacerlo, promover la conciencia, emplear sistemas de recuerdo.
Autocontrol.	Confianza en uno mismo respecto a la capacidad de realizar la acción propuesta.	Proporcionar entrenamiento y guía al realizar la acción. Establecer objetivos progresivos Dar refuerzo verbal. Ejemplificar los comportamientos deseados. Reducir la ansiedad.

Fuente. Janz, Champion y Strecher, (2008) The health belief model.

De acuerdo con las características del modelo, sus componentes se agrupan en tres factores que son: las percepciones personales, los factores modificantes (los cuales influyen en las percepciones y creencias de los individuos), y la probabilidad de acción, éstos se

interrelacionan entre sí, ayudando a los profesionales a elaborar una intervención de acuerdo a las características de la persona. Por lo tanto, el modelo está diseñado para predecir las posibilidades que tienen los individuos que adoptan una conducta particular de salud como una función de percibir amenazas y beneficios (Ríos, 2011). En la Figura 1, se pueden observar los componentes del MCS y las relaciones que existen entre ellos.

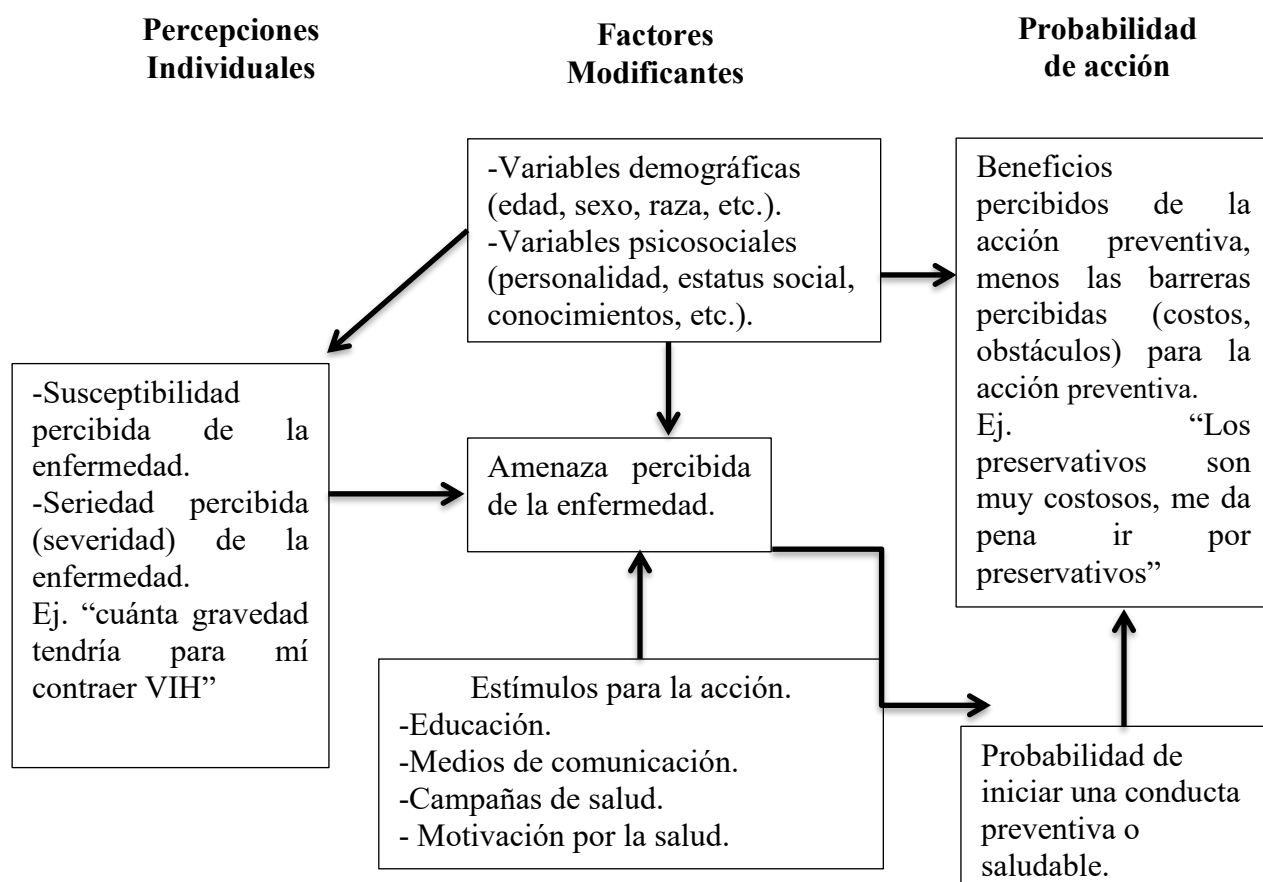


Figura 1. Modelo de Creencias en la Salud. Fuente: Rueda, Manzano, Darío, Pérez de Arriba, Zuazagoita y Zulueta. (2008). La promoción de la salud. Algunas teorías y herramientas para la planificación y evaluación de intervenciones sobre los estilos de vida.

Por consiguiente, de acuerdo a este modelo, se puede predecir la ocurrencia de una conducta de salud (preventiva de la enfermedad) cuando la persona se percibe susceptible a un

problema de salud que le amenaza, lo valora como grave y respecto a esto considera qué acción puede emprender, de tal manera que le sea beneficiosa y no demasiado costosa. En otras palabras, lo que se sugiere es que el conjunto de creencias del individuo produce algún grado de preparación psicológica para actuar y enfrentar el problema de salud. Si las creencias sobrepasan cierto umbral, la acción se hace más probable, siempre y cuando las condiciones ambientales lo permitan (Moreno y Rosales-Nieto, 2007). Por lo tanto para que una persona lleve a cabo conductas de prevención frente al VIH/SIDA, debe percibir el SIDA como una enfermedad grave, estar realmente en riesgo de contraer el virus, ser susceptible de adquirirlo o ha reinfectarse, conocer los mecanismos de prevención, estar motivado para ponerlos en práctica, y contar con los recursos necesarios para realizar finalmente las conductas preventivas.

Finalmente, el presente modelo ha sido uno de los más empleados a la hora de intervenir sobre conductas relacionadas con la salud a nivel individual. Dicho modelo ofrece ciertas pautas para el diseño de intervenciones preventivas en las que se debe promover la autoeficacia, trabajar sobre la percepción del riesgo y de la gravedad de la enfermedad, y al mismo tiempo minimizar la percepción sobre el costo de las conductas preventivas al tiempo que se incrementen los beneficios (Giménez, 2008).

2.2 Modelo Autoeficacia de Bandura.

La teoría del aprendizaje social de Bandura (1986) citado en Antón (2013), es una teoría interpersonal que aborda tanto los determinantes de la conducta como el proceso de modificación de la misma. Desde este marco teórico se ha intentado explicar la adquisición y mantenimiento de las conductas, aquellas que son consideradas útiles y adaptativas, y las que resultan desadaptativas y pueden generar un malestar. Basada en las propuestas de Bandura, afirma que la conducta humana viene explicada por un modelo **triádico, dinámico y recíproco** en el que la

conducta, los factores personales (variables cognitivas, biológicas y afectivas) y las influencias del ambiente o entorno social interaccionan entre sí simultáneamente (Antón, 2013). Esta relación se puede observar en la Figura 2.

Los principales determinantes de la conducta descritos en este modelo son las expectativas de resultado, la autoeficacia, la capacidad intelectual, la conducta percibida de los otros y el entorno. Esta teoría atribuye al entorno socio-cultural de la persona un papel decisivo en su proceso de adquirir o desarrollar una conducta. Es a través de la experiencia directa o por observación, el modo en que las personas aprenden y van construyendo nuevos patrones conductuales.

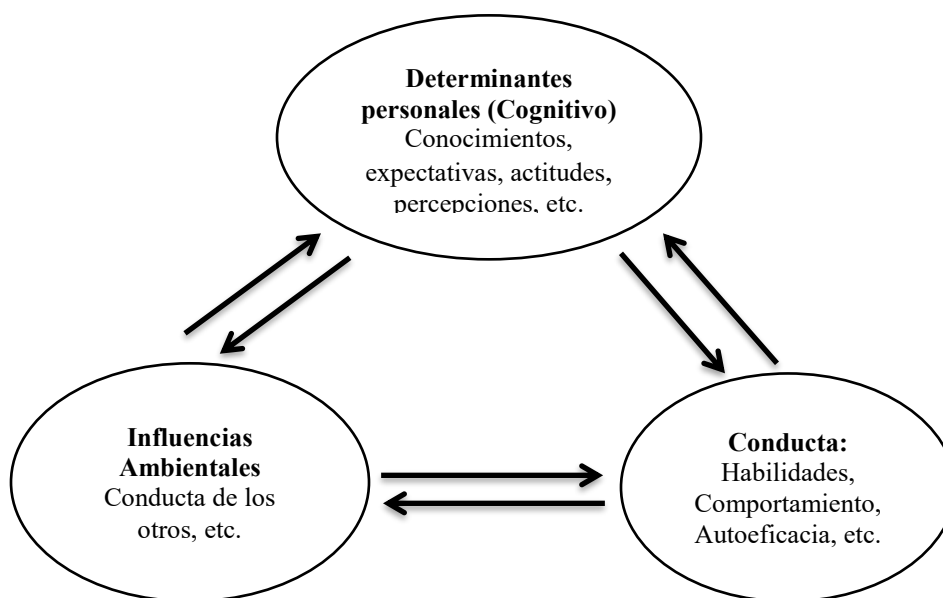


Figura 2. Modelo Triádico de Bandura 1997.

De esta forma, la teoría de la **autoeficacia**, se propone, al finalizar la década de los setenta del siglo XX, basándose en dos postulados de Bandura, el primero es que los factores que modifican el ambiente son eficaces para modificar la conducta, y el segundo que la intervención cognitiva del sujeto es imprescindible (Velásquez, 2012). En este modelo la autoeficacia se

define, como la percepción que tiene una persona en torno a las capacidades para adaptarse a situaciones que requieren un plan de acción, con el propósito de conseguirlas; es decir, aquellas personas que se perciban eficaces ante las demandas del entorno, contarán con herramientas para afrontar tareas y situaciones complejas, percibiéndolas como moldeables y no como amenazas, por ende existirá una mayor probabilidad de conseguir los objetivos deseados; por el contrario, una autoeficacia baja estará asociada a síntomas depresivos, ansiedad y desamparo (Salamanca y Giraldo, 2012).

Este modelo afirma que para que una persona establezca como meta un cambio en su conducta referente a la salud y valore más la misma, dependerá de tres tipos de cogniciones, señaladas por Condori (2013).

- **Las percepciones de riesgo:** Sensaciones de vulnerabilidad y de gravedad que percibe la persona de la enfermedad, estos elementos poseen un gran valor motivacional en el proceso de toma de decisiones, ya que en ocasiones, cuando una persona es demasiado optimista puede subestimar los riesgos de la enfermedad y a no poner en práctica ciertas conductas saludables para prevenir el desarrollo de la enfermedad.
- **Las expectativas del cambio de comportamiento:** Los resultados comportamentales que se implementen pueden reducir la amenaza de la enfermedad, es decir, se refieren a la estimación que hace una persona acerca de las consecuencias de poner en acción conductas saludables. En este tipo de expectativas, la persona debe lograr percibirse como un agente de cambio, es decir, que se considere capaz de producir cambios conductuales para mejorar su salud, y debe estar motivada para realizar las conductas de cambio, ya que

decidirá qué acciones realizará, cuánto esfuerzo invertirá y durante cuánto tiempo persistirá en ellas.

- **La autoeficacia percibida:** Está determina la cantidad de esfuerzo invertido y el nivel de perseverancia. Las personas que confían en sí mismas, que se sienten capaces de llevar a cabo los cambios propuestos para mejorar su salud persisten en mantener el curso de sus acciones; a pesar de los obstáculos, perciben alternativas de solución a los mismos y se recuperan fácilmente de las frustraciones. Por último, se deben considerar las barreras y las oportunidades situacionales, porque si las claves situacionales son excesivas, las destrezas cognitivas aprendidas no serán tan eficaces. Asimismo, una red social de apoyo es de utilidad para mantener y consolidar los cambios en la salud.

Dentro del modelo de autoeficacia las personas se diferencian de acuerdo a los niveles altos y bajos de autoeficacia. Bandura (1997) sostiene que los individuos que demuestran mayor constancia y perseverancia, en sus objetivos planteados, son personas con niveles altos de autoeficacia, esto determina una mayor motivación intrínseca hacia nuevas actividades o retos ocasionando un mayor bienestar. Estas personas se esfuerzan en las tareas que realizan, ven las situaciones difíciles como desafíos estimulantes, se recuperan rápido de sus frustraciones y se enfocan en mantener una actitud positiva atribuyendo el éxito a su esfuerzo, aumentando la confianza para enfrentar futuras situaciones difíciles. En cambio, las personas con un nivel bajo de autoeficacia dudan de sus capacidades, tienen bajas aspiraciones y escaso compromiso con los objetivos que se plantean, cuando se enfrentan con tareas difíciles disminuyen sus esfuerzos ante las dificultades. A diferencia de la alta autoeficacia estas personas mantienen una percepción negativa sobre sus capacidades y dedican poco esfuerzo a sus objetivos, interpretan sus fracasos

como algo personal, cuestionándose y recriminándose, son individuos que piensan que los objetivos propuestos están fuera de su alcance (Galicía, Sánchez, y Robles, 2013).

Olivari y Urra (2007) señalan que la teoría de la autoeficacia promueve una mejor adopción de conductas saludables además de influir en la motivación para persistir y detener ciertas conductas, la autoeficacia ha sido determinante porque la persona busca alcanzar el éxito. La autoeficacia se convierte en un constructo importante que debe tenerse en cuenta para guiar las acciones de promoción de la salud.

Por consiguiente, una adecuada intervención en personas que viven con el VIH/SIDA, actuando sobre los tres componentes del modelo, debería considerar la facilitación de la información sobre VIH/SIDA a la población aumentando sus conocimientos sobre la enfermedad, desarrollar habilidades sociales y de autocontrol que permitan convertir el conocimiento adquirido en conductas preventivas, potencializar la autoeficacia para que la persona pueda practicar y corregir sus habilidades adquiridas y entrenarlas en situaciones de alto riesgo y finalmente, fomentar el apoyo social para afianzar y reafirmar los cambios preventivos hacia el VIH/SIDA.

2.3 Modelo de Prevención de la Enfermedad.

El Modelo de Prevención de la Enfermedad, es un modelo alternativo que se encuentra constituido por el modelo psicológico de salud biológica propuesto por Ribes en 1990 y, aplicado particularmente a la prevención del VIH/SIDA, por Ramón Bayés en 1992. Desde esta perspectiva, el interés se centra en la interacción del individuo con su ambiente y se consideran tres factores que involucran una diversidad de funciones psicológicas cuyo proceso será determinante en los resultados biológicos en términos de salud o enfermedad. Dichos factores

hacen referencia a la forma en que la conducta participa en la modulación de los estados biológicos, las competencias que definen la efectividad para interactuar con toda clase de situaciones que pueden afectar la salud y las maneras consistentes de comportarse de una persona (Piña, 2007).

El modelo de prevención de la enfermedad aplicado al VIH/SIDA que propone Bayés en 1992, hace énfasis en los aspectos temporales de la interacción; **la historia interactiva** de la persona constituye un elemento psicológico que influye inicialmente en su comportamiento de riesgo o prevención. Este modelo consta de tres momentos: pasado, presente y futuro.

En el **pasado** se pone énfasis en tres variables: las situaciones vinculadas con estrés, la historia de competencias (pasadas) y los motivos. Las *situaciones vinculadas con el estrés* tienen que ver con los estilos interactivos y se conciben como situaciones que una persona enfrenta a lo largo de su vida y que se caracterizan por la incontrolabilidad, la ambigüedad, la impredecibilidad y la incertidumbre (Piña, 2007).

Por otra parte, la *historia de competencias* tiene que ver con lo que la persona ha hecho en el pasado al interactuar en situaciones en las que se establecía el cumplimiento de determinados criterios o ajustes. Su papel es el de facilitar o interferir con el ejercicio de las competencias presentes y de ciertos comportamientos en una diversidad de situaciones. Posteriormente, los *motivos* afectan de manera especial la efectividad de las consecuencias que favorecen al comportamiento. Para esto se deben identificar las opciones que aseguran la naturaleza motivacional de las consecuencias. En ese sentido, una persona que se encuentra motivada para realizar un comportamiento, implica que *quiere* hacer algo en una situación interactiva en la que el hacer o comportarse de determinada manera se evalúa como oportuno y

pertinente porque se ha establecido una correspondencia funcional entre el comportamiento y las consecuencias (Tapia y Piña, 2008).

Antón (2013) señala que en el **presente**, se incluyen cuatro variables: los eventos disposicionales biológicos; las competencias presentes; los eventos disposicionales sociales y los comportamientos instrumentales de riesgo o de prevención, como elementos que permiten “evaluar” e “inferir” la disponibilidad o no de las competencias. Estas variables se describen a continuación.

- **Eventos disposicionales biológicos:** factores del organismo que pueden influir en la realización de la conducta (nivel de activación, edad, alimentación, etc.).
- **Competencias presentes:** son comportamientos que permiten a una persona, en diferentes situaciones, ajustarse a criterios de manera eficiente; implican saber el qué de las cosas y saber cómo hacer esas cosas.
- **Eventos disposicionales sociales:** factores del contexto que facilitan u obstaculizan el desempeño de la conducta.
- **Comportamientos instrumentales:** el conjunto de acciones que directa o indirectamente disminuyen o aumentan el riesgo de contraer una enfermedad.

Finalmente, en los factores del **futuro** Sánchez y Enríquez (2011) mencionan que a este respecto, se comprenden las consecuencias a medio o largo plazo en el continuo de salud/enfermedad, es decir, consta de aquellas consecuencias que tendrán lugar a partir de la realización de una conducta de riesgo o preventiva, como lo son el nivel y el estado de salud/enfermedad, considerando esto como un continuo, se combinarían las prácticas de prevención o riesgo y la vulnerabilidad del organismo ante la enfermedad. En la Figura 3, se puede observar la interacción de estos tres momentos y sus respectivas variables.

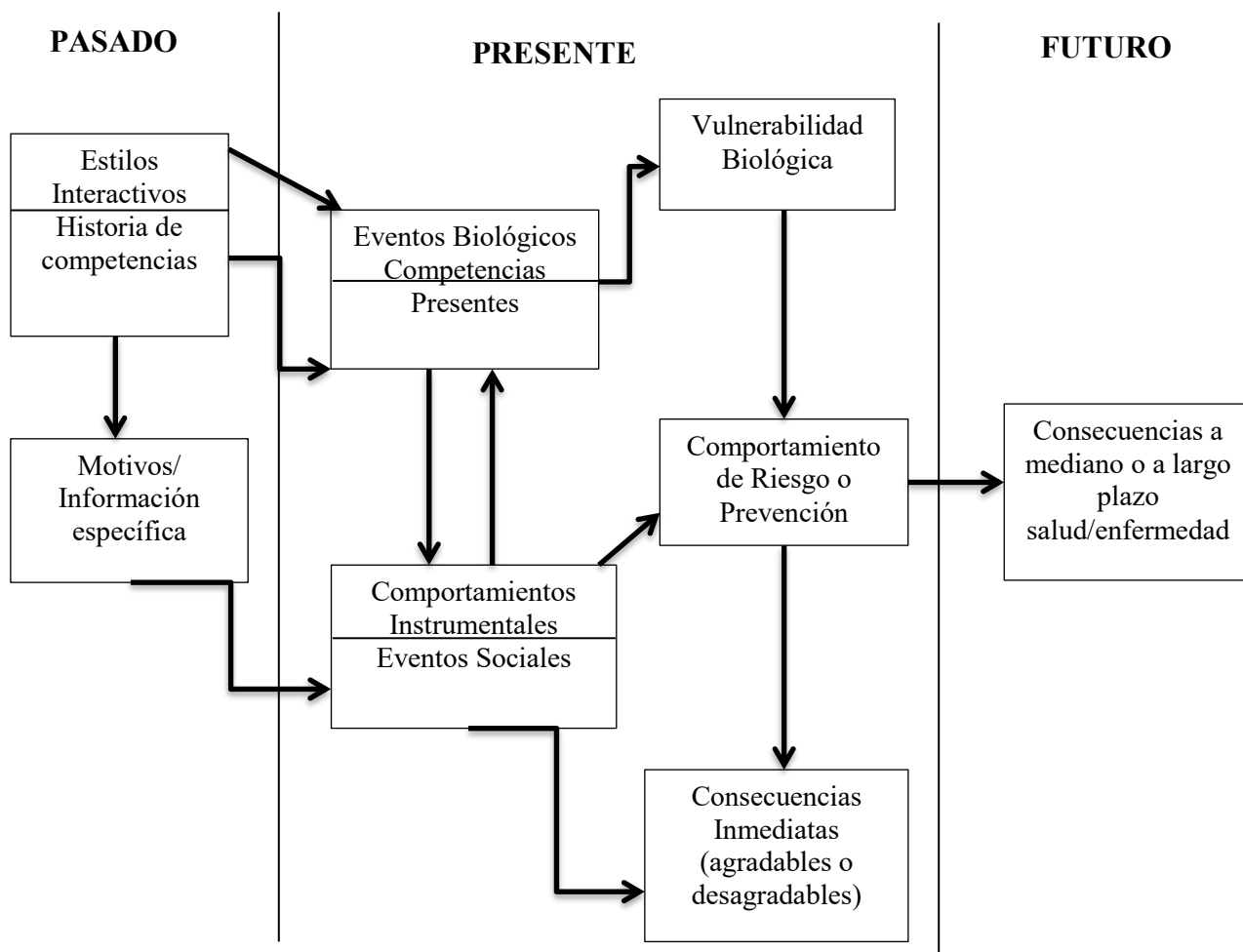


Figura 3. Modelo de Prevención de la Enfermedad de Bayés (1927). Fuente: Sánchez y Enríquez (2011). Modelos Psicológicos de la Salud que han abordado el VIH/SIDA: Modelo de prevención de enfermedad. AISD-SIDA.

El modelo de Prevención de la Enfermedad de Bayés mejora la comprensión de las conductas de riesgo distinguiendo aquellas variables que las facilitan y se mantienen en el tiempo. Se deja constar la necesidad de una intervención elaborada a distintos niveles de actuación, que no sólo se trabaje con la transmisión de información, sino que también se tengan en cuenta la capacidad y motivación de la persona para asimilar dicha información y poner en

práctica la misma. Asimismo, se debe procurar un contexto o entorno favorable con condiciones mínimas necesarias para que la persona pueda poner en práctica las conductas preventivas.

2.4 Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales.

El Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (Information, Motivation and Behavioral Skills Model, IMB) fue desarrollado por Fisher y Fisher en 1992, el cual se originó en un intento por integrar los principales determinantes de la prevención del VIH. Este modelo se plantea que el desarrollo de conductas preventivas ocurre cuando se posee información relevante relacionada con el problema de salud que se quiere prevenir (**componente de información**); cuando se está motivado para desarrollar y mantener dichas conductas (**componente motivacional**) incluyéndose las creencias, actitudes, autoeficacia, subjetividad, intenciones; y cuando se aprenden habilidades conductuales específicas que permiten desarrollar conductas preventivas, siendo este el **componente conductual** (Montijo, Solano, Díaz, Moreno, Frías, Rodríguez y Barroso, 2012).

Este modelo, menciona Santillán (2014), se ha utilizado para la prevención e intervención en conductas de riesgo relacionadas con el VIH en diferentes poblaciones como lo son en los adolescentes, personas que mantienen relaciones sexuales con personas de su mismo sexo, en la pareja, en personal militar, en personas que consumen drogas, en personas con trastornos psicológicos y en aquellas personas que viven con VIH/SIDA. También se ha manejado para promover el uso de anticonceptivos, para reducir el riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual y para la adherencia al tratamiento.

Barra (2007) señala que la correcta utilización del modelo implica la identificación de los contenidos específicos de la información, motivación y habilidades conductuales relevantes para

una conducta de salud específica en una población específica, y la identificación de los factores que tienen una mayor influencia en la práctica de esa conducta en esa población. Sólo de esta manera se contará con la información necesaria para diseñar una buena intervención de promoción de la salud.

El modelo IMB define que la información sobre prevención de la salud, la motivación para llevar a cabo conductas saludables, y las habilidades conductuales para realizar las conductas de salud, constituyen los componentes fundamentales para el comportamiento de promoción y prevención de la salud.

Estos componentes se describen a continuación de acuerdo a lo mencionado por Barra (2007) y Sun Ju, Suyoung, Se-An y Misoon (2014):

- La **información** se define como "un prerrequisito inicial para implementar un comportamiento saludable" (Sun Ju et al., 2014, p.173) esto incluye no solo la información relacionada con el comportamiento sino también a los mitos que permiten una toma de decisiones automática o cognitivamente sin esfuerzo relacionada con el comportamiento de salud. Asimismo, las características que debe tener este componente para una intervención en promoción de la salud es que debe ser específica, que sea fácilmente comprensible para las personas que van a recibirla, que sea fácilmente traducible en conductas concretas, que no provoque un alto nivel de temor, que contenga recomendaciones específicas, fáciles de implementar, y que no promueva inadvertidamente conductas de riesgo.
- La **motivación** para poner en práctica las conductas de salud, principalmente se basa en motivación personal que incluye creencias sobre el resultado de la

intervención y las actitudes hacia un comportamiento de salud particular, y la motivación social (percepción de apoyo social, normas sociales) y, en algunos casos, ciertas respuestas emocionales.

- Las **habilidades conductuales** consisten en habilidades objetivas para la ejecución de actos de promoción de salud y en la autoeficacia para llevar a cabo tales conductas, estando ambas habilidades altamente correlacionadas, incluyendo también las habilidades que posee el individuo respecto a la conducta preventiva.

Como se puede observar en la Figura 4, la información y la motivación tienen efectos directos tanto en las habilidades conductuales como en el comportamiento de salud. Además, las habilidades conductuales ejercen efectos directos sobre el comportamiento de salud.

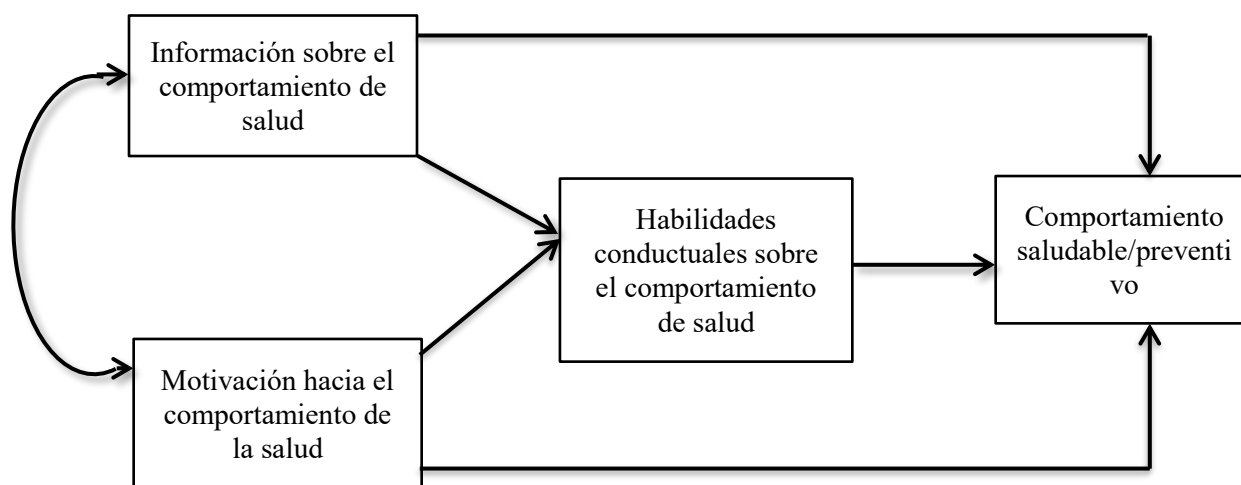


Figura 4. Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (IMB). Fuente: Sun Ju, Suyoung, Se-An, y Misoong (2014). Intervention Strategies Based on Information-Motivation-Behavioral Skills Model for Health Behavior Change: A Systematic Review.

La información, la motivación y las habilidades conductuales, así como las relaciones explícitas entre estos constructos se consideran determinantes para los comportamientos relacionados con la salud, por lo que el modelo IMB se ha utilizado como base teórica para estudios de intervención conductual en una variedad de comportamientos de salud. Es por ello

que según el modelo IMB, en la medida en que la persona sea informada, motivada y entrenada en habilidades conductuales, se espera que se involucre notablemente en comportamientos preventivos frente al VIH/SIDA. En este modelo se contempla el hecho de que tanto el componente de la información como el de la motivación, trabajen a través del componente de habilidades conductuales para influir finalmente sobre el comportamiento preventivo frente al VIH/SIDA.

Los modelos descritos anteriormente nos brindan una explicación para crear diferentes propuestas para la prevención de enfermedades y modificación de conductas de riesgo, cada modelo considera el factor cognitivo como un aspecto significativo para el desarrollo de conductas saludables y su mantenimiento, ya que la percepción y pensamientos que se tienen sobre la enfermedad y el cambio que presenta en modo de vida, influirán en la manera de llevar a cabo conductas preventivas. Asimismo, el entorno y el aprendizaje intervienen al momento de producir cambios en la conducta saludable. Finalmente, cada uno de los modelos da cuenta de cómo, por qué y bajo qué circunstancias las personas optan por poner en práctica conductas saludables o de riesgo, identifican qué factores psicológicos las hacen más o menos probables, y a partir de ahí, derivar programas y estrategias dirigidos a la prevención. Cada una de las variables se relacionan entre sí, dando una explicación de los comportamientos saludables y de riesgo, sin importar qué modelo se utilice para crear una intervención, se debe perseguir mejorar la salud de las personas. En la Tabla 7 se resumen los modelos para la intervención de VIH/SIDA.

Tabla 7

Resumen de los modelos teóricos para la intervención de VIH/SIDA

<i>Modelo</i>	<i>Autor</i>	<i>Base teórica</i>	<i>Variables</i>	<i>Postulado</i>
Creencias de la Salud.	Rosenstock, Strecher y Becker (1958).	Cognitivo-conductual	-Susceptibilidad percibida. -Severidad percibida. -Beneficios esperados. -Barreras percibidas. -Estímulos para la acción. -Autocontrol.	Las creencias producen preparación psicológica para actuar y enfrentar el problema de salud. La conducta está determinada por las creencias
Teoría de la autoeficacia.	Bandura (1982).	Socio-cognitivo.	-Determinantes personales (actitudes, expectativas, conocimientos). -Influencias ambientales (conducta de otros). -Conducta (habilidades, autoeficacia).	Los factores que modifican el ambiente a su vez modifican la conducta, la intervención cognitiva de la persona es fundamental. La conducta resulta de la interacción recíproca entre el entorno, variables personales y variables conductuales.
Prevención de la enfermedad.	Bayés (1992)	Cognitivo-conductual	-Historia de competencias. -Información específica. -Estilos interactivos. -Aspectos biológicos y situacionales. -Eventos sociales. -Competencias. -Refuerzos a corto y largo plazo.	Los aspectos temporales de la interacción de las variables, constituye un elemento psicológico que influye en su conducta de riesgo o prevención
Información, Motivación y Habilidades Conductuales	Fisher y Fisher (1992)	Cognitivo-conductual	-Información de la conducta de salud -Motivación hacia la conducta de salud -Habilidades conductuales sobre la conducta	Con la información y motivación necesarias para realizar conductas saludables y el entrenamiento en habilidades conductuales se tendrá mayores conductas preventivas.

CAPÍTULO III.

SALUD MENTAL Y VIH/SIDA

El VIH/SIDA no solo es un problema a nivel orgánico, sino que también involucra un grave impacto emocional en las personas que viven con esta enfermedad, en sus familias y en su entorno social. El impacto emocional que trae consigo el diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA es un factor que facilita la aparición y desarrollo de diferentes trastornos psicológicos que pueden llegar a ser más devastadores que la misma enfermedad, provocando cambios significativos a niveles personal, familiar, social y laboral que poco a poco van deteriorando su calidad de vida y por consiguiente su salud mental y la física. Es por ello que al realizar una intervención psicológica en personas que presentan VIH/SIDA se debe enfocar en mejorar la salud mental de la persona, brindarle y desarrollar estrategias de afrontamiento para recaídas, optimizando de esta forma la calidad de vida y bienestar de la persona.

El área de la Psicología de Salud, se encarga de las intervenciones en personas con VIH/SIDA, trabajando para el mejoramiento de la salud, principalmente a niveles mental y conductual. Es de suma importancia que se tenga definido y comprendido el concepto de salud, en especial de salud mental para que los profesionales desarrollen y apliquen intervenciones que ayuden a prevenir, reducir y controlar los efectos de esta enfermedad, que con el paso del tiempo se ha convertido en una problemática de salud pública al ser considerada una enfermedad crónica que cada año cobra un gran número de vidas a nivel mundial.

Siendo el VIH/SIDA una enfermedad que afecta la salud física y la mental de la persona y que trae consigo grandes consecuencias en todas las esferas de la vida, es de suma importancia indagar en el impacto psicológico por el que atraviesan las personas que viven con VIH/SIDA, que si no es tratado por especialistas puede desencadenar diferentes trastornos psicológicos,

acelerando el deterioro de la salud de la persona. La salud mental en personas con esta enfermedad se encuentra gravemente afectada, pero con ayuda de los profesionales de la salud se pueden crear, desarrollar y enseñar estrategias de afrontamiento para vivir con VIH/SIDA, ayudando significativamente a la vida de las personas. Por consiguiente, en este capítulo se abordarán aspectos relacionados con la salud mental en personas con VIH/SIDA, con la finalidad de tener fundamentos necesarios para la elaboración de tratamientos psicológicos para esta grave enfermedad.

3.1 Salud Mental.

La salud está definida por la Organización Mundial de la Salud en 1947 como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no a la ausencia de enfermedad o dolencia” (OMS, 2014, p. 12) este concepto de salud contempla al ser humano de una forma integral, considerando la interacción e interrelación entre lo físico, mental y social. Por lo tanto la salud mental, siguiendo el concepto de salud, se basa en tres ideas principales: la salud mental es una parte integral de la salud, la salud mental es más que la ausencia de enfermedad, es decir, no necesariamente se tiene que presentar una enfermedad biológica, y la salud mental está estrechamente relacionada con la salud física y la conducta (OMS, 2014).

El significado que da la OMS (2014) para la salud mental es “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productivamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (p.12). En este sentido, la salud mental se considera la base para el bienestar y el funcionamiento correcto de la persona en su comunidad. No obstante, ¿qué tan viable es esta definición dada por la OMS para la creación de intervenciones en personas con VIH/SIDA y para el tratamiento de trastornos psicológicos? Esta definición actualmente puede llegar a ser obsoleta cuando se

trabaja con personas con enfermedades crónicas, es por ello que diferentes autores han explicado el concepto de salud mental con la finalidad de tener un mejor entendimiento y comprensión de lo que significa. Dummar (2015) menciona que la salud mental influye directamente en el estado de bienestar, siendo un derecho fundamental vivir con un equilibrio emocional, además los cambios, variantes y crisis que se presentan durante la vida de la persona, no deben implicar más esfuerzo del necesario para mantener dicho equilibrio y favorecer el estado de bienestar.

Mebarak, Castro, Salamanca, y Quintero (2009) señalan que la salud es un estado y al mismo tiempo, un proceso dinámico y cambiante, que continuamente sufren alteraciones en los medios interno, externo, físico y psicológico, demandando reestructuraciones de nuestros esquemas internos. La salud mental, para estos autores, implica que una persona muestra la suficiente capacidad para relacionarse con su entorno de una manera constructiva, flexible, productiva y adaptativa, y las percepciones de sí misma y del entorno son promotoras de un equilibrio cognitivo-afectivo, de relaciones interpersonales duraderas, abiertas, sanas y estables, y de patrones de comportamientos funcionales y sanos. Sin embargo, cuando las alteraciones del medio son dolorosas o complicadas para la persona, comienza a existir un desequilibrio en sus emociones, cogniciones y comportamientos, corriendo el riesgo de que se presenten problemas psicológicos afectando la salud mental. Estos autores brindan una explicación más integrada de la salud mental, considerando aspectos como la adaptabilidad, estabilidad emocional, afectividad y las cogniciones y como estas se relacionan con el entorno de la persona.

Mientras tanto, González y García-Viniegras (2007) mencionan que la salud mental es un estado de equilibrio, adaptación e interacción entre la satisfacción personal, con la vida y con sus entornos microsocial y macrosocial, pero cuando se rompe el equilibrio debido a las demandas del exterior e interior, éstas pueden llegar a ser muy intensas o significativamente largas

sobrepasando la capacidad de adaptación de la persona, dificultando el mantenimiento del equilibrio, si esto ocurre durante largo tiempo, favorece la aparición y desarrollo de trastornos psicológicos.

Asimismo, la salud mental involucra encontrar un balance en todos los aspectos de la vida: física, mental, emocional y espiritual. Es la habilidad de poder gozar la vida y a la vez de enfrentar los desafíos diarios, ya sea tomando decisiones, lidiando y adaptándose a situaciones difíciles. Así como la vida y las circunstancias cambian continuamente, también el carácter, pensamientos y sentido de bienestar. Debido a los cambios que se presentan a lo largo de la vida de la persona, es común sentirse desequilibrado, presentando tristeza, miedo o preocupación, no obstante, este tipo de sentimientos se convierten en problema cuando empiezan a obstaculizar la vida diaria por un prolongado período de tiempo, ocasionando problemas a nivel mental (Centre for Addiction and Mental Health, 2013).

Por consiguiente, se podría definir la salud mental como un estado de equilibrio entre los aspectos emocionales, psicológicos, cognitivos, afectivos y conductuales de una persona, éstos interactúan entre sí a niveles exterior e interior, si se encuentran en equilibrio se logra una adaptabilidad y estabilidad ante los diferentes cambios, demandas y alteraciones del entorno, no obstante, si no se logra adaptar a estos cambios ocurre un desajuste en los aspectos de la salud mental provocando la aparición de sentimientos negativos, comportamientos de riesgo, diferentes problemas y trastornos psicológicos. A partir de que surgen los problemas de salud mental todas las esferas de la vida de la persona afectada se verán dañadas gradualmente, haciendo que se vuelva más vulnerable a sufrir problemas físicos y psicológicos.

3.2 Impacto psicológico en personas que viven con VIH/SIDA.

El VIH/SIDA puede involucrar un gran impacto psicológico en la persona que presenta esta enfermedad, en sus relaciones interpersonales (pareja, familiares, laborales) y a nivel social, presentando una carga de emociones negativas ante los diferentes aspectos de la vida, ocasionando que se vea afectada su salud mental. La afectación a nivel psicológico no se debe pasar por alto; por el contrario, debe ser fundamental la evaluación de los procesos psicológicos y emociones involucrados en el VIH/SIDA, tanto a nivel preventivo como de tratamiento a fin de conseguir una atención completa y un mejoramiento en la salud.

Las personas que viven con VIH/SIDA deben lidiar con un conjunto de estresores fisiológicos, socioculturales, psicológicos y económicos que constituyen una amenaza potencial a su salud física y mental. La forma en la que el impacto emocional afecta a la salud puede ser múltiple, va desde el reconocimiento de síntomas y búsqueda de atención médica, la elección de conductas saludables y no saludables como estrategia de regulación emocional, hasta la compleja relación entre apoyo social y salud. Desde el diagnóstico, las personas experimentan en mayor o en menor grado algún tipo de alteración emocional, con una severidad, tiempo e intensidad distintas; estas alteraciones pueden incluir pérdida de autoestima, aislamiento de grupos sociales, pérdida de la pareja o el empleo, culpabilidad por la vida sexual pasada, cambios en la imagen corporal, aumento de la atención a síntomas o manifestaciones físicas, incertidumbre frente al futuro, indefensión, frustración, percepción de pérdida de control sobre sus vidas, desesperanza, tristeza, ansiedad e ideación suicida (Meza, Mancilla, Sánchez, Figuero, Contreras, y Carreño, 2013).

Orozco y Terán (2013) señalan que la persona enfrenta alguna o todas las etapas al enterarse que se posee VIH/SIDA, desencadenando alteraciones psicológicas y posteriormente trastornos psicológicos:

- Se centra en mantener el secreto del diagnóstico y se asocia a sentimientos de pena y estigma.
- Se caracteriza por una idea de desesperanza usualmente, acompañada de depresión.
- Al percibir el diagnóstico y tratamiento como amenazantes, se centra en la evitación, que involucra negación del diagnóstico y evitación del tratamiento, y a partir de un mejor conocimiento, disminuye la resistencia y ocurre la aceptación del diagnóstico.

Dentro de estas etapas por las que suele pasar la persona con VIH/SIDA, experimenta diversas emociones y cambios a nivel psicológico, los cuales deben ser considerados al iniciar un tratamiento.

Las primeras reacciones ante el conocimiento de la enfermedad y la forma en la que los pacientes afrontan los cambios serán fundamentales para mantener un bienestar tanto físico como psicológico. Las primeras reacciones de la persona que vive con VIH/SIDA son catastróficas con una fuerte carga emocional por la percepción del miedo a una muerte cercana e inevitable tras un curso doloroso por la enfermedad. Son diversas las emociones y sentimientos que presentan las personas infectadas con VIH/SIDA, entre las más comunes destacan: sentimientos de ira, depresión, fatiga, desesperanza, angustia, temor y culpa. Estos sentimientos no representan etapas de la enfermedad, ni siguen un orden establecido. En algunas personas sobresalen más

algunos, los sienten con mayor intensidad; en cambio para otras les resultará menos intenso o quizás no experimenten alguno de ellos (Avelar, Cornejo y Torres, 2011).

Diversos autores han investigado cuáles son las reacciones psicológicas que presentan las personas cuando reciben la noticia de tener VIH/SIDA, así como su impacto psicológico durante el transcurso y desarrollo de la enfermedad. Faler y Abreu (2016) realizaron una investigación en Jalisco, México, para identificar los impactos del VIH/SIDA a niveles personal y familiar, lo que encontraron fue que las personas que viven con VIH/SIDA presentan reacciones puntuales como la ira, el dolor y el miedo al diagnóstico, estos son experimentadas en diferentes fases: la ira y el dolor se perciben al descubrir la enfermedad, el miedo es relacionado a la vida familiar, especialmente el miedo a la pareja, que niega la enfermedad y no acepta el diálogo sobre el tema. También explican que es común que surjan sentimientos de depresión, soledad, pérdida del sentido de la vida y desesperanza, se aíslan, pueden caer en problemas de drogas y podrían pensar en el suicidio.

Por otra parte, Cantú, Torres y Martínez (2013) realizaron un estudio en Monterrey, México, para analizar el perfil psicosocial de personas que viven con VIH/SIDA, mediante variables emocionales, sucesos vitales, soporte social y afrontamiento, encontraron que el impacto psicológico ante la enfermedad era negativo a partir del diagnóstico, manteniéndose, en algunos casos, a lo largo de la enfermedad, caracterizándose por emociones como tristeza, enojo, miedo, culpa y ansiedad, presentan soledad, aislamiento y frustración, pero con variantes en todas ellas, el sentimiento de la culpa se logra conservar durante toda la enfermedad, la llamada “culpa del sobreviviente”, que significa la emoción que mostraron algunos pacientes al ver que a otros les va deteriorando la enfermedad y no a ellos, lo que indica que debe prestársele más atención a esta emoción por la connotación y estigma que implica vivir con VIH/SIDA, sin

embargo, este impacto puede ser menor si existe un soporte social afectivo ya que ayuda al paciente para que comparta sus emociones y tenga un efecto de desahogo y descargo, en lugar de que reserve dichas emociones, lo que implica seguir viviéndolas, trayendo como consecuencia un proceso cognitivo negativo asociado a la enfermedad.

Fuentes y Gutiérrez (2014), en su investigación sobre el efecto psicológico que trae consigo el VIH/SIDA, realizada en España, señalan que las primeras reacciones que se producen además del miedo, es la culpa la cual es generada por las ideas propias de la persona acerca de que pudieron haber evitado infectarse, buscando información sobre el tema; piensan que deben ser castigadas por haber contraído el virus o que ellos dieron pie a la infección. Tras el diagnóstico de VIH puede existir un importante shock emocional en los pacientes, ya que esto implica un cambio radical en el estilo de vida, pues deben cambiar sus hábitos comportamentales para evitar futuras conductas de riesgo, esto a su vez les genera tristeza, por el mismo hecho de sentirse impotentes de revertir la realidad a la que deberán enfrentar. Asimismo, la preocupación por la posibilidad de infectar a otras personas, el cambio en su vida sexual, las expectativas de vida, el tratamiento, la notificación a la familia y las relaciones de pareja, van conduciendo a la persona a un aislamiento y soledad que pueden traer consigo pensamientos suicidas.

Las personas que viven con VIH/SIDA presentan varios sentimientos y preocupaciones como son: el temor al deterioro físico, la inquietud por mantener su trabajo, la incertidumbre sobre el futuro de las personas con las que se relacionan, las exigencias de un tratamiento que creen prolongado y complejo, la angustia de infectar a otras personas o a sufrir una reinfección; estos sentimientos sumados al cambio en su entorno social ocasionan una gran carga emocional (Romar, 2010).

Los estados afectivos influyen en la capacidad para obtener y utilizar una información, de manera que el estado anímico de la persona afecta la evaluación de su estado de salud. Los pacientes que viven con VIH/SIDA tienen más afectado el bienestar psicológico y el social que su sensación de bienestar físico, y esto influye en la manera en que evalúan el estado de su salud. Las conductas negativas frente a la enfermedad son factores que contribuyen a la aparición de problemas de salud mental, provocando reacciones de descontrol con riesgo de autolesión y trastornos psicológicos que ponen en peligro la vida la persona (Arriaga, González, Castro, Pérez, y Alerm, 2013).

Afrontar la noticia que se padece VIH/SIDA puede tener un impacto severo en la persona y su familia, caracterizado por reacciones como la negación o el miedo debido a la cercanía de la muerte; incapacidad de no poder cuidar de sí misma, o desesperanza al carecer de motivos que le den certeza, tales como tener trabajo, recibir tratamiento médico o tener soporte social sólido; las personas con VIH/SIDA experimentan diversas pérdidas en sus relaciones interpersonales, trabajo, estilo de vida, funcionamiento intelectual y conductual (Cantú, Torres, y Martínez, 2013).

De acuerdo a las investigaciones revisadas, el impacto psicológico en personas que viven con VIH/SIDA es de una gran carga emocional, que se presenta desde el momento del diagnóstico pudiendo ocasionar un shock emocional, con reacciones como el desconcierto, negación, enojo o confusión; conforme va evolucionando la enfermedad las personas muestran tristeza, miedo, desesperanza, frustración, ira, soledad, culpa, baja autoestima, aislamiento, resignación, preocupación no solo por la enfermedad, sino por los cambios que trae consigo como la cercanía a la muerte, el deterioro físico, modificaciones en su conducta, el tratamiento a llevar, la angustia por infectar a otros, los cambios en sus entornos familiar, social, laboral y de

pareja, remordimiento e impotencia por sus conductas pasadas y los cambios en sus expectativas del futuro y de la vida. Estas emociones y el impacto que tienen en la vida de la persona con VIH/SIDA influyen de manera significativa en la salud, ya que si no son atendidas pueden ocasionar afectaciones graves como la falta de adherencia a un tratamiento, recaídas o trastornos psicológicos que ponen en peligro la vida de la persona y la estabilidad de las personas con las que se relaciona.

Después del diagnóstico de VIH/SIDA la persona se puede enfrentar a una fuerte carga emocional y a situaciones estresantes, ya sea por el desconocimiento de la enfermedad, el miedo a hacer frente a la enfermedad, revelar el diagnóstico a sus familiares, la amenaza y progresión de la enfermedad, el tratamiento que se llevará a cabo. Los efectos de la enfermedad causan preocupación, nerviosismo, ansiedad, miedo o angustia, que desencadenan altos niveles de estrés llegando a provocar el trastorno por estrés postraumático, ya que el diagnóstico de una enfermedad mortal que causa cambios en el estilo de vida de la persona, en su entorno y en la forma en que se afronta una situación que se encuentra fuera de control, alteran de manera significativa la percepción de la persona ante diversas circunstancias, provocando no solo estrés postraumático, sino también síntomas depresivos y ansiosos, teniendo un impacto psicológico negativo que afecta considerablemente su calidad de vida.

No obstante, si se brinda un tratamiento psicológico para que la persona pueda lidiar con las emociones que trae consigo la enfermedad y se tiene un apoyo social, especialmente por parte de la familia y de la pareja, con el que se pueda dar un desahogo y soporte, este impacto psicológico irá disminuyendo a lo largo de la enfermedad.

3.3 Trastornos psicológicos ante la presencia de VIH/SIDA.

La relación del VIH/SIDA y las diferentes alteraciones a nivel psicológico son diversas, la gran cantidad de emociones que experimenta la persona con VIH/SIDA afectan de manera significativa su vida, sus relaciones interpersonales y su salud física y mental, sentimientos como la culpa, miedo, tristeza, desesperanza, desesperación, frustración, enojo, preocupación, soledad, baja autoestima, entre otras, ocasionan graves problemas de salud mental, ya que persisten por mucho tiempo, son indicadores para el desarrollo de trastornos psicológicos, que si no se tratan por un profesional pueden causar la evolución más rápida de la enfermedad (por la falta de adherencia) o incluso la muerte de la persona. Existe un gran número de trastornos psicológicos ocasionados por el VIH/SIDA, pero los que tienen una mayor incidencia en las personas con esta enfermedad son: depresión, que puede llevar al suicidio, ansiedad, estrés postraumático y consumo de sustancias tóxicas. A continuación se abordarán los trastornos psicológicos más frecuentes en personas que viven con VIH/SIDA, iniciando con el trastorno depresivo, siguiendo con el trastorno por ansiedad y finalizando con el trastorno por el estrés postraumático.

3.3.1 Trastorno Depresivo.

La depresión la describió Beck en 1976, como un conjunto de concepciones negativas de sí mismo, del mundo y del futuro; mismas que conllevan a una serie de distorsiones en el procesamiento de la información. La depresión es un problema frecuente en pacientes con VIH/SIDA, por la carga personal y social que implica para el paciente ser portador del VIH porque son más proclives a reinfectarse de VIH, debido a que muchas de las veces muestran conductas de riesgo y el uso de drogas.

La prevalencia de los trastornos depresivos en los pacientes VIH/SIDA es más elevada que la observada en la población general, y similar a la que se presenta en pacientes otras

enfermedades crónicas. Blanch, Díez, Fumaz y Mora (2013) muestran datos que indican una prevalencia de depresión del 20% o menor en hombres y del 30 a 50% en mujeres. Estos mismos autores señalan que la incidencia de síntomas depresivos aumenta coincidiendo con determinadas situaciones estresantes relacionadas con la infección: el diagnóstico, el declive del estado inmunitario, la ocurrencia de infecciones oportunistas, el inicio del tratamiento antirretroviral y la aparición de efectos secundarios, además complica el tratamiento de la infección por el VIH/SIDA ya que incrementa el riesgo de falta de adherencia del tratamiento antirretroviral.

Galindo y Ortega (2010) mencionan que algunos factores que contribuyen al desarrollo de trastornos depresivos en pacientes con VIH/SIDA son: el estigma social, la falta de apoyo, el estrés crónico, el aislamiento social y la desmoralización, la discapacidad ocupacional, los cambios en la imagen corporal, y el estricto régimen de tratamiento. Además, se han identificado factores psicosociales ligados a la depresión, como el antecedente de abuso físico o de sustancias, lo cual predice un mal apego al tratamiento antirretroviral, un mayor número de prácticas de riesgo, falla del tratamiento, progresión de la enfermedad, y tasas de mortalidad más altas.

El síndrome depresivo se caracteriza por la presencia de tristeza y por una dificultad o incapacidad para disfrutar de actividades habitualmente placenteras. Entre ellos se pueden distinguir los síntomas específicamente depresivos como: ideas de inutilidad, de culpa, de desesperanza, ideas de muerte o suicidas, falta de motivación o apatía, y los síntomas que afectan a funciones somáticas y neuropsicológicas que son: dificultades de concentración, disminución del apetito (hiporexia), pérdida de peso, insomnio, inhibición o inquietud psicomotora, falta de energía (Soto y Cruz, 2014).

El diagnóstico de depresión en pacientes con VIH/SIDA no es fácil, ya que muchas veces se suele confundir con los cambios propios de la enfermedad o con otro trastorno psicológico, sin embargo, los síntomas de la depresión se caracterizan por tener una intensidad y frecuencia considerablemente alta, especialmente en estos pacientes, por lo que se han establecido criterios para un diagnóstico correcto. En la Tabla 8 se exponen los criterios diagnósticos para un trastorno depresivo según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Sociedad Americana de Psiquiatría, versión cinco (DSM-V), (American Psychiatric Association, 2013).

Además de la dificultad que presentan los criterios para el diagnóstico de VIH/SIDA, existen otras barreras para el diagnóstico de depresión en personas con VIH/SIDA, entre ellas la dificultad que tiene el propio individuo para hablar sobre sus emociones con los profesionales de la salud y la dificultad de comprensión de estos acerca de que la depresión es una reacción a consecuencia de la enfermedad.

Tabla 8.

Criterios para el diagnóstico del trastorno de depresión mayor según el DSM-V

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

1.-Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.

2.-Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.

3.-Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

4.-Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5.-Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.

6.-Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7.-Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8.-Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.

Tabla 8. (Continuada).

Criterios para el diagnóstico del trastorno de depresión mayor según el DSM-V

9.-Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco

Fuente: American Psychiatric Association. DSM-V, 2013.

Wolff, Alvarado y Wolff (2009), señalan que el tratamiento de la depresión en los pacientes infectados por VIH/SIDA se basa en los mismos principios que el tratamiento de la depresión para la población general u otros subgrupos con enfermedades crónicas, esto es, un enfoque multimodal que combina farmacoterapia, psicoterapia e intervenciones psicosociales. El tratamiento antidepresivo ha demostrado ser altamente efectivo, tanto en el manejo de la sintomatología anímica como en disminuir el riesgo suicida y contribuir a la mejoría del estado inmunológico y adherencia a la TAR, y para eliminar conductas de riesgo, de tal manera que exista una mejoría en la calidad de vida. Considerando que todas las clases de antidepresivos tienen efectos terapéuticos, la decisión del fármaco a utilizar va a depender de las posibles interacciones del medicamento, de los efectos secundarios asociados que se deseen potenciar o evitar, y de la disponibilidad de los fármacos en la red asistencial de salud. Es importante informar a los pacientes que el efecto terapéutico de los antidepresivos tarda entre dos y tres semanas en iniciarse, que el tratamiento debe mantenerse por al menos seis meses en forma

continuada, que existen posibles efectos adversos asociados y que su eventual suspensión debe ser de manera gradual.

La depresión afecta negativamente en la calidad de vida de las personas con VIH/SIDA, los estados depresivos complican el curso de cualquier enfermedad por medio de la variedad de síntomas que se presentan, interfiriendo en la adhesión al tratamiento, disminuyendo el soporte social desestabilizado su estado emocional y su sistema inmunológico. Los trastornos depresivos están asociados a graves consecuencias en términos de mortalidad y morbilidad, causando la pérdida de productividad e interfiriendo en las relaciones interpersonales. Los efectos a largo plazo de la depresión son graves: que la persona consuma y abuse de sustancias tóxicas, presentar ideas suicidas e incluso llevar a cabo el suicidio, siendo esta la consecuencia más severa de este trastorno (Reis, Haas, Santos, Teles, Galvão y Gir, 2011).

La ideación suicida y el suicidio son una consecuencia del trastorno depresivo, debido a los sentimientos de desesperanza, desolación, soledad, o miedo de sentirse incapaz de sobrellevar la enfermedad, el consumo de sustancias y la falta de soporte social también son predictores para el suicidio. La infección por VIH/SIDA y los efectos negativos que esta implica, incluidos la discriminación y el rechazo pueden ser precursores para ideación suicida o suicidio. Varios factores se han visto asociados con ideación suicida en personas infectadas por VIH/SIDA entre ellas la pérdida de una persona por la enfermedad, pérdida de su estilo de vida, deterioro de su aspecto físico, la presencia previa de ideación suicida y la presencia de síntomas físicos propios de la enfermedad. Algunas de las variables que pueden predecir ideación suicida incluyen abuso de sustancias, historia pasada de depresión y la presencia de desesperanza. El estigma también es considerado como una importante variable predictora de suicidio ya que la persona se va

aislando de su entorno social, favoreciendo la presencia de sentimientos negativos y síntomas depresivos (Owe-Larsson, Säll, Salamon y Allgulander, 2009).

3.3.2 Trastorno de Ansiedad.

La ansiedad es una reacción emocional normal necesaria para la supervivencia de las personas, no obstante, las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativas en determinadas situaciones. En este caso la reacción deja de ser normal y es considerada patológica.

La ansiedad involucra una serie de sentimientos de tensión y anticipación que van acompañados de activación fisiológica, esto se encuentra relacionado con los estímulos internos y externos de cada persona. El DSM-V (2013), contempla la ansiedad como una serie de trastornos con características particulares que, presentan aspectos como los cambios de índole fisiológico (palpitaciones, sudoración, aumento de temperatura, temblores); de índole conductual (conductas evitativas) y cambios a nivel cognitivo (hipervigilancia, dificultades o errores en el procesamiento de información y productos cognitivos catastróficos de temor o pérdida de control y eficacia). En la Tabla 9, se observan los criterios para diagnosticar el trastorno de ansiedad generalizada.

Para los pacientes con VIH/SIDA la ansiedad no es sólo un factor limitante debido a la activación fisiológica sino que también les limita debido a la disminución de la actividad inmunológica que se presenta durante la enfermedad.

Las tasas de prevalencia a seis meses de ansiedad generalizada son de entre el 15 y el 20%, y son similares para hombres como para mujeres. Las tasas de otros trastornos de ansiedad (trastorno de angustia sin agorafobia y trastorno obsesivo compulsivo) no parecen ser especialmente elevadas en personas con VIH. El trastorno ansioso se caracteriza por la presencia

de ansiedad patológica, es decir, desproporcionada o anacrónica, que provoca un malestar clínico o un deterioro del funcionamiento. Los síntomas son múltiples: activación motora (inquietud, tensión muscular, contracturas, fatiga muscular), activación fisiológica (palpitaciones, sensación disnéica, molestias digestivas, etc), inseguridad, preocupaciones excesivas sobre circunstancias del presente o del futuro inmediato, labilidad emocional, irritabilidad, insomnio de conciliación, hiperfagia, entre otros (Clucas, Sibley, Harding, Liu, Catalan y Sherr, 2011).

Tabla 9.

Criterios para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada según el DSM-V

A. Ansiedad y preocupaciones excesivas (anticipación aprehensiva), sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar, relaciones, salud), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes y al menos algunos síntomas han estado presentes durante los últimos seis meses o más

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Fácilmente fatigado.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento), ni a otra afectación médica

E. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

Fuente: American Psychiatric Association. DSM-V, 2013.

En las personas que viven con VIH/SIDA se observa con frecuencia un elevado porcentaje de síntomas del trastorno de ansiedad, así como del trastorno depresivo, esto es en parte consecuencia de la incertidumbre que va generando la enfermedad y su evolución, esto puede dificultar la adherencia al tratamiento antirretroviral que reciben y a la terapia psicológica, perjudicando gravemente su salud mental.

Los pacientes desarrollan el trastorno de ansiedad, porque comienzan a tener dudas de cómo será la evolución de la enfermedad, si hay alguna forma de evitarla, de cómo será su futuro en las áreas social, laboral, familiar o económica, esto es frecuente de observar en pacientes que se encuentran en las etapas iniciales de la enfermedad, aunque también se presentan, en aquellas personas en las que la enfermedad está más avanzada. Existe una serie de temores ante la enfermedad que van desencadenando los síntomas ansiosos en los pacientes (Portas, 2012):

- Miedo al rechazo social
- Miedo a su destino laboral, a la marginación, a no poder responder a las exigencias, miedo a los problemas económicos que esto les trae aparejado.
- Miedo al abandono de su pareja, familiares, amigos.
- Miedo a afrontar su homosexualidad, adicciones u otras conductas de riesgo
- Miedo a encarar las relaciones sexuales.

Este mismo autor menciona, que los cuadros ansiosos no sólo se encontrarán al comienzo, éstos pueden presentarse en cualquier momento de la evolución de la enfermedad, sobre todo en esos períodos, el paciente siente que va perdiendo su independencia debido a sus trastornos somáticos o a la aparición de infecciones oportunistas. La pérdida de la pareja y de personas de su grupo de pertenencia por el VIH/SIDA, favorece a que imagine el probable

desenlace de la enfermedad, situación que le genera mucha angustia, preocupación y temor, por lo tanto se crea un gran nivel de ansiedad.

Para Blanch, Díez, Fumaz y Mora (2013), en el tratamiento de la ansiedad en pacientes con VIH/SIDA se utilizan técnicas comportamentales que incluyen: la exposición, la relajación, la psicoterapia cognitiva y la terapia cognitivo-conductual. También son útiles el counselling y los grupos de apoyo y de autoayuda. De igual forma, sirven las medidas educacionales que contribuyen a combatir la incertidumbre, el miedo, la angustia y la preocupación del paciente, aumentando su confianza y autoestima para enfrentar la enfermedad al sentirse apoyado y con mayor conocimiento de lo que le está sucediendo.

Blanch, Cánoves, Carvajal, Centeno, Estrada, Fumaz y Galiendo (2008) exponen que la medicación puede ser necesaria cuando los síntomas de ansiedad son graves de tal manera que se complemente con la psicoterapia. Los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) son la primera línea de tratamiento farmacológico para varios trastornos de ansiedad generalizada, para fobia social, trastornos obsesivo-compulsivos y trastorno de estrés postraumático. Todos los ISRS tienen la misma eficacia y se dan en dosis más altas que para los trastornos depresivos. El tratamiento farmacológico con ISRS debe mantenerse durante 12 semanas para ver la efectividad terapéutica y, si es satisfactoria, mantenerlo al menos 6 meses más. Las benzodiacepinas son la elección en cuadros agudos, para ansiedad grave y por periodos recortados de tiempo (2 a 6 semanas). Son efectivos tanto en la ansiedad leve como en los trastornos de ansiedad grave. Las benzodiacepinas más utilizadas son las de alta potencia: loracepam, alprazolam y clonacepam. Por otra parte, Sánchez y Tomateo (2014) señalan que los hipnóticos, sedantes no benzodiacepinicos, (eszopiclona, zolpidem) también son recomendables para el tratamiento de cuadros ansiosos; los antidepresivos sedantes como la mirtazapina y la

nefazodona y antipsicóticos atípicos como la olanzapina y quetiapina, son bastante útiles para disminuir la ansiedad asociada en estos pacientes.

3.3.3 Trastorno por Estrés Postraumático.

Se le considera al estrés como una activación que anticipa la posibilidad de cambio, también tiene consecuencias y alteraciones emocionales y cognitivas. La alteración emocional del estrés se manifiesta a través de sensaciones de ansiedad, irritabilidad, rabia, depresión y culpabilidad, siendo la ansiedad y la depresión las alteraciones emocionales más prevalentes, ansiedad como emoción anticipatoria y depresión como emoción que se produce después del esfuerzo de afrontamiento. El estrés tiene el potencial de añadir al patrón de pensamientos elementos de preocupación y auto evaluaciones negativas. A pesar de la existencia de diferentes estresores también se considera que hay sucesos que pueden actuar como detonantes del estrés, estos sucesos son los cambios importantes en la vida de las personas tales como: el matrimonio o la separación, un nuevo trabajo o la destitución del mismo, un accidente, la pérdida de un ser querido, enfermedades, entre otros. Los sucesos de tensión crónica mantenida consisten en situaciones que tienen la capacidad de generar estrés de forma intensa y que, perduran durante periodos de tiempo prolongados, tales como una enfermedad como lo es el VIH/SIDA (Arrivillaga, Lopez y Ossa, 2007).

Este trastorno surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar en la persona. Es causado por un trauma psicológico o físico, siendo con mayor frecuencia una combinación de ambos. Sus características clínicas más representativas son: reexperimentar el trauma original a través de flash-backs y pesadillas, evitar los estímulos relacionados con el evento traumático, aumento de la excitación (como irritación, ira, trastornos

del sueño), depresión y ansiedad. La duración de estos síntomas debe ser más de un mes (menos de este tiempo se define como una reacción de estrés agudo), con efectos negativos en las áreas sociales y ocupacionales u otras áreas importantes para la vida del individuo. Se define como crónico a partir de los tres meses (American Psychiatric Association, 2013). El DSM-V, presenta los siguientes criterios para diagnosticar el trastorno de estrés postraumático, estos se presentan en la Tabla 10.

Tabla 10

Criterios para el diagnóstico del trastorno de estrés postraumático según el DSM-V.

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso traumático.
2. Presencia directa del suceso ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático (socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

B. Presencia de uno o más de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso traumático, que comienza después del suceso traumático:

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático.
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso traumático.
3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático. (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso traumático, que comienza tras el suceso traumático, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático.
 2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático.
-

Tabla 10. (Continuada)

Criterios para el diagnóstico del trastorno de estrés postraumático según el DSM-V

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso traumático, que comienzan o empeoran después del suceso traumático, como se pone de manifiesto por dos o más de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso traumático (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo.
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso traumático que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente.
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso traumático, que comienza o empeora después del suceso traumático, como se pone de manifiesto por dos o más de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. **Despersonalización:** Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
2. **Desrealización:** Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Fuente. American Psychiatric Association. DSM-V, 2013.

La Fundación Toronto People With AIDS (2012) menciona que debido a los deterioros físico y psicológico que sufren las personas con VIH/SIDA en su sistema inmunológico, pueden

deprimirse debido al estrés prolongado, ocasionado graves problemas de salud y poniendo en riesgo su vida. El estrés crónico, eventos traumáticos y la depresión, pueden llevar a un aumento de la carga viral y una disminución de los recuentos de CD4, y por lo tanto, acelerar la progresión de la enfermedad. El estrés, es una realidad para muchas personas que viven con el VIH/SIDA. La enfermedad crónica trae consigo el estrés de manejar las citas médicas, control de medicamentos y efectos secundarios. Además, tienen que lidiar con cuestiones relacionadas al estigma, discriminación, sus relaciones interpersonales y con el hecho de contar o no con apoyo social, todo esto, añadido a los factores regulares de estrés, experimentados a lo largo de toda su vida. Por lo que es muy importante que los pacientes con VIH/SIDA desarrollen técnicas efectivas para enfrentar y manejar los factores del estrés y así disminuir los efectos causados por la progresión del VIH/SIDA.

Los síntomas por estrés postraumático en individuos con VIH/SIDA están principalmente asociados con el diagnóstico de una enfermedad potencialmente mortal, también se atribuyen a la imprevisibilidad de la progresión del VIH/SIDA y a la estigmatización social (Breet, Kagee y Seedat, 2014). Asimismo, estos síntomas suelen estar vinculados con una pobre adherencia al tratamiento. Alteraciones fisiológicas en el organismo, un mayor abuso de sustancias, mala alimentación, insomnio y un deterioro del funcionamiento inmune mediante la reducción de los recuentos de células CD4 y el aumento del nivel de los síntomas físicos del VIH/SIDA (Rzeszuteka, Oniszczenkob, Schierb, Biernat-Kałużac y Gasikd, 2015).

El tratamiento empleado para tratar el estrés postraumático comprende medicamentos antidepresivos como la Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina; no obstante, cuando el paciente presenta riesgos de suicidio se utilizan fármacos más fuertes como: Amitriptilina, Aripiprazol, Bupropión, Buspirona, Carbamazepina, y se recomienda un seguimiento más habitual que en

aquellos pacientes que no presentan riesgo de suicidio. Asociado al tratamiento con medicamentos se utiliza psicoterapia para mejorar el estado emocional de la persona, frecuentemente se emplea la terapia cognitivo conductual y se desarrollan habilidades o estrategias de afrontamiento ante las situaciones y estímulos estresores.

3.4 Estrategias para el mejoramiento de la salud emocional en personas con VIH/SIDA.

Recibir el diagnóstico de una enfermedad que amenaza la vida puede implicar una gran crisis en la persona. Pero las consecuencias emocionales, sociales y financieras del VIH/SIDA pueden hacer que el afrontamiento de esta enfermedad sea especialmente difícil. Las personas con VIH/SIDA 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 (Mendoza, Cervantes, Aguilar y Everardo, 2009).

Una persona con VIH/SIDA, en las distintas fases de la enfermedad, debe enfrentarse a diversas situaciones adversas y retos para mejorar su salud y calidad de vida, las estrategias de afrontamiento les ayudan a mantener el control sobre su vida y a encontrar un bienestar psicológico.

Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como: “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p.217). Los autores han propuesto dos formas de afrontamiento que utilizan las personas cuando se sienten amenazadas ante una situación, la primera es el afrontamiento centrado en el problema, este va dirigido a la modificación de la situación o acontecimientos percibidos como desafiantes y tienen cabida todos los intentos de manipulación o alteración de las condiciones del entorno; la segunda es el afrontamiento centrado en la

emoción, éste es la forma de combatir el estado emocional displacentero suscitado por la emoción, ambos se influyen mutuamente, pudiendo funcionar al mismo tiempo o uno sobresalir sobre otro.

Debido al impacto que ocasiona el VIH/SIDA en la vida de la persona y de las repercusiones que trae consigo si no se cuenta con un tratamiento e intervención adecuada, se han realizado diferentes investigaciones para conocer cuáles son las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas con VIH/SIDA, desde el momento que se recibe el diagnóstico hasta la evolución de la enfermedad, de tal manera que se desarrollen intervenciones partiendo de las estrategias que presentan las personas. La mayoría de las investigaciones utilizan la definición de Lazarus y Folkman sobre afrontamiento.

Vargas, Cervantes y Aguilar (2009) evaluaron las estrategias de afrontamiento psicológico de personas que viven con SIDA en México para desarrollar intervenciones que mejoren la calidad de vida. En su investigación encontraron que el apego a la religión y la negación son las estrategias de afrontamiento más utilizadas, caracterizadas por una respuesta de evitación psicológica de la condición de salud, teniendo los pacientes un mayor riesgo de sufrimiento emocional y de deterioro corporal. También recurren al abuso de sustancias o drogas como una búsqueda de apoyo emocional. En este estudio las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes eran evitativas, acudiendo a la religión o consumo de sustancias para sobrellevar los efectos de la enfermedad.

Gavirial, Quiceno y Vinaccia (2009) realizaron un estudio con el fin de evaluar las estrategias afrontamiento y la ansiedad-depresión en 92 pacientes de ambos géneros diagnosticados con VIH/SIDA, en Colombia, Medellín y sus resultados indicaron un alto uso de estrategias de afrontamiento de tipo cognitivo (focalizadas en el problema), de búsqueda de

apoyo en la religión y en profesionales de la salud. También se encontró alto empleo de la estrategia de control emocional. Las estrategias focalizadas en la cognición como búsqueda de alternativas, refrenar afrontamiento (aplazar el afrontamiento para obtener más información), reevaluación positiva e incluso la religión y búsqueda de apoyo profesional que son fundamentales para encontrar soluciones cognitivas ante los síntomas físicos y las reacciones emocionales tuvieron más relevancia en los pacientes con VIH/SIDA que las estrategias focalizadas en la emoción. Los resultados indican que hubo supresión de pensamientos negativos sustituyéndolos por pensamientos positivos que les favorecen la tolerancia, planificación o generación de alternativas viables para buscar soluciones ante la enfermedad.

Quiceno, Vinaccia, Lozano, Castaño y Fernández (2008), en un estudio desarrollado en Colombia tuvieron como objetivo identificar la relación existente entre estrategias de afrontamiento y estrés en un grupo de personas con VIH/SIDA, participaron 50 pacientes diagnosticados con esta enfermedad, en los resultados mostrados los pacientes manifestaron un alto nivel de estrés frente a sucesos vitales como trabajo, matrimonio/pareja, hijos y finanzas, y las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron solución de problemas, refrenar afrontamiento, expresión emocional, religión, búsqueda de apoyo profesional, control emocional y evitación comportamental.

Por su parte, Restrepo (2014), en su investigación sobre las estrategias de afrontamiento más utilizadas en pacientes con VIH/SIDA, en España, evidenció el uso frecuente de estrategias de afrontamiento de tipo cognitivo (con énfasis en el problema), de búsqueda de apoyo en la religión, y profesionales de la salud, reevaluación positiva y evitación cognitiva. El uso de las estrategias cognitivas les favorece a los pacientes a la resolución de problemas físicos y emocionales, ayudando a la desaparición de pensamientos negativos remplazándolos por

pensamientos positivos que les benefician para sobrellevar, planificar o buscar alternativas ante la enfermedad o cualquier otra situación. El uso de la religión como estrategia de afrontamiento la expresan a través de la oración, el rezo y la meditación, así como la búsqueda de apoyo de profesionales de salud y familia son un soporte que ayuda a liberar y resistir la carga emocional generada por la enfermedad.

En las investigaciones revisadas, los pacientes con VIH/SIDA emplean diferentes estrategias de afrontamiento con la finalidad de sobrellevar los efectos físicos y psicológicos de la enfermedad, las más utilizadas son las enfocadas a la cognición, como la religión y el apoyo de profesionales/familiares. El control emocional, reevaluación positiva, refrenar el afrontamiento y la solución de problemas también son usadas por las personas con VIH/SIDA presentado cambios en sus pensamientos y conductas por unas más saludables, sin embargo, si no se cuenta con las estrategias adecuadas, la persona puede recaer en conductas de riesgo. Las estrategias de afrontamiento que utilice o desarrolle la persona con VIH/SIDA son de suma importancia para el manejo de los efectos de la enfermedad, la adherencia a un tratamiento y para recibir una terapia psicológica, puesto que si se cuentan con las estrategias adecuadas, la salud mental y física de la persona mejorará considerablemente, así como sus relaciones interpersonales y su calidad de vida.

CONCLUSIÓN.

Desde que se diagnosticaron los primeros casos de VIH/SIDA, en los Ángeles California EEUU, se han realizado investigaciones para descubrir las causas que provocan la enfermedad, el desarrollo del virus, los efectos que tiene en la salud y los tratamientos para controlarla; gracias a las investigaciones realizadas desde 1983 hasta la actualidad, se han logrado grandes avances en el tratamiento de la enfermedad, y por consiguiente en lo referente a su diagnóstico, evolución, a sus repercusiones en la salud y en la vida de la persona. Con revisión realizada en este trabajo, existen siete conclusiones a las que llega esta investigación: investigar a mayor profundidad los efectos que tiene el VIH/SIDA en la salud mental; la salud mental de las personas que viven con VIH/SIDA se ve deteriorada por los cambios físicos, psicológicos y sociales que trae consigo la enfermedad; indagar más sobre las consecuencias psicológicas del VIH/SIDA y sus efectos en la vida cotidiana; intervenir en los efectos psicológicos que tiene el VIH/SIDA en la vida de la persona; mejorar la evaluación, intervención e información sobre la salud mental en personas con VIH/SIDA; se necesitan más intervenciones y evaluaciones a nivel de la salud mental y fomentar la salud mental en la población en general para intervenir, prevenir y detectar trastornos psicológicos.

Con la información existente sobre el VIH/SIDA, se puede establecer que se adquiere por tener múltiples parejas sexuales, relaciones sexuales sin protección, el uso de jeringas contaminadas, de madre a hijo durante la gestación, parto o la lactancia. Asimismo, se tiene información sobre los efectos a niveles físico y psicológico, el tratamiento que se lleva a cabo y las medidas de prevención para la enfermedad. Sin embargo, a pesar de estos hallazgos se continúan registrando casos de VIH/SIDA en todo el mundo, principalmente en jóvenes, además

se sigue observando falta de adherencia al tratamiento y la aparición de trastornos psicológicos, que afectan la salud física y mental de las personas que viven con esta enfermedad.

A lo largo de esta revisión bibliográfica y descriptiva sobre el VIH/SIDA, se puede constatar que, existe una gran cantidad de investigaciones sobre esta enfermedad en relación a su descubrimiento, evolución, las enfermedades que se pueden desarrollar a partir del VIH, sus mecanismos de transmisión, su epidemiología a nivel mundial y nacional, los tratamientos utilizados, las medidas de prevención, y las estrategias empleadas para mejorar la salud. En los diferentes artículos, libros y guías sobre VIH/SIDA, se abordan estos ejes, no obstante, en pocos de ellos se contempla la salud mental de las personas que viven con VIH/SIDA, la evaluación psicológica y los modelos psicológicos para el diseño de una intervención, existiendo poca información en este eje en comparación de los demás, dificultando la labor de los profesionales de la salud al realizar una evaluación psicológica, para intervenir en los diferentes trastornos psicológicos y en el desarrollo de estrategias de afrontamiento; dejando en segundo plano la salud mental, que es parte fundamental para el bienestar de la persona, presente o no alguna enfermedad crónico-degenerativa.

Por otra parte, la salud mental de las personas que viven con VIH/SIDA, debe ser atendida con la misma importancia que la salud física, de tal manera que se logre un equilibrio y tener una mejoría en la calidad de vida. Si bien es cierto que los efectos a nivel biológico de la enfermedad son devastadores debido al deterioro del sistema inmunológico que hace más vulnerable a la persona a contraer enfermedades, los cambios corporales y conductuales pueden ocasionar que la persona no presente adherencia al tratamiento antirretroviral, debilitando considerablemente su sistema inmune. Todos estos efectos a nivel físico influyen en la salud mental, ya que la persona presenta cambios en su estilo de vida, en sus relaciones laborales,

sociales, familiares y de pareja, en sus estados anímicos, en sus pensamientos, actitudes, creencias que perjudican su conducta, la percepción que tiene sobre la vida y sobre el futuro, favoreciendo la aparición de trastornos psicológicos; esto no solo afecta a la persona que vive con VIH/SIDA, sino que también a las personas que están a su alrededor, ya que se modifican sus vidas y la forma en la que perciben a la persona con VIH/SIDA, por lo que la salud mental se ve afectada por no saber cómo sobrellevar la enfermedad, presentando crisis que desencadenan problemáticas que pueden llegar a ser más devastadoras que el VIH/SIDA, como son: el aislamiento, soledad, falta de apoyo, ideación suicida, el miedo, angustia, depresión, ansiedad, estrés postraumático, entre otros, que ponen en riesgo la vida de la persona y de los que se encuentran en contacto con él.

¿Por qué la salud mental puede llegar a ser tan determinante en el bienestar de la persona con VIH/SIDA, siendo que esta enfermedad afecta de manera significativa el sistema inmunológico? Esto se debe a que al tener mayor conocimiento de la enfermedad y de sus consecuencias, se pueden desarrollar un malestar psicológico que provoca una angustia por el hecho de padecer una enfermedad asociada con la muerte, por la falta de apoyo social o económico, por el rechazo por parte de personas cercanas (familiares, amigos, pareja), miedo al futuro, temor a enfrentarse a lo desconocido y el estigma que tiene el VIH/SIDA, facilitando el desarrollo de trastornos psicológicos, de creencias negativas y comportamientos de riesgo que perjudican considerablemente la salud mental. Este malestar psicológico, también influye en la manera de enfrentarse a la enfermedad, la forma de asumir la etiqueta del diagnóstico, como afrontar los cambios físicos, psicológicos y sociales y en el desarrollo conductas saludables y estrategias de afrontamiento.

No obstante, a pesar de ser esta una investigación bibliográfica y descriptiva, esta información y hallazgos pueden ser de utilidad para la psicología en dos aspectos importantes y que pueden cambiar la manera de percibir la salud mental, no solo en el VIH/SIDA, sino en cualquier otra enfermedad crónico-degenerativa. El primer aspecto es que se tome conciencia de la necesidad de evaluar e intervenir a favor de la salud mental de las personas con VIH/SIDA y en aquellas que presenten diferentes trastornos psicológicos, lo que conlleva a su vez que este tipo de atención psicológica se integre en los servicios de salud dirigidos a toda la población con un mayor impacto. El segundo es considerar la salud mental como un parte fundamental en la vida de las personas, ya que a pesar de que existe información sobre salud mental en esta población y en otras, no es la suficiente comparándola con investigaciones a niveles biológico y físico, por lo que indagar más, será beneficioso para que se tenga un mayor conocimiento de las repercusiones psicológicas que tiene el VIH/SIDA o cualquier otra enfermedad, de tal manera que se realicen intervenciones más integrales para mejorar todas las esferas de la vida de la persona.

Asimismo, se debe fomentar el trabajo con salud mental en la población en general, ya que en muchas ocasiones se desacredita o se le deja en segundo término, debido a la dificultad que se tiene para diagnosticar, tratar e intervenir problemáticas de índole psicológica. Además de que en la mayoría de los servicios de salud pública no se tiene acceso o existen pocos profesionales especializados en salud mental. De igual forma, el desconocimiento que presentan las personas, dificulta que acudan a los profesionales de esta área, esto porque las personas no le dan importancia a los cambios que pueden presentar psicológicamente como lo son; cambios de ánimo, conductuales, comportamentales, en sus creencias o pensamientos, especulando que son propios de un suceso estresante, de una etapa de la vida o que son pasajeros, ocasionando

patologías que agravan la vida de las personas. La salud mental debe ser conocida por todas las personas e incluso por los profesionales, al mismo tiempo se le debe dar promoción, crear intervenciones y tratamientos para mejorarla, siendo parte fundamental para el bienestar de una persona, de su desarrollo personal y calidad de vida.

Las secuelas psicológicas que trae consigo el VIH/SIDA, conforman una gran cantidad de emociones, sentimientos, pensamientos y conductas que pueden perjudicar considerablemente la salud mental e incluso poner en riesgo la vida de la persona, por lo que es necesaria una intervención que no solo se enfoque en tratar las consecuencias físicas de la enfermedad, sino que también se realicen intervenciones para que el estado psicológico de la persona mejore, orientándolos y ayudándolos a desarrollar conductas, cogniciones y estrategias más funcionales que favorezcan su bienestar y su salud, además de incluir a las personas cercanas como son la familia, amigos y pareja. Esto no quiere decir que se dejen de realizar intervenciones enfocadas a la adherencia al tratamiento o a los cambios a nivel físico-biológico, sino que se realice una intervención integral, para que se lleve a cabo un trabajo multidisciplinario por parte de los diferentes profesionales de la salud, de tal manera que se mejore el bienestar de la persona, ayudado de los diferentes modelos psicológicos para la prevención e intervención en enfermedades crónicas, de tal manera que su estado físico y psicológico se encuentren estables para que la persona presente una buena calidad de vida, pueda afrontar y sobrellevar de la mejor manera los cambios que tiene la enfermedad.

Por ejemplo, Tobón y Vinaccia (2007), proponen una intervención enfocada en 10 ejes esenciales: el estudio epidemiológico, la prevención, la preparación para el análisis del VIH, el informe de los resultados de no seropositividad, la comunicación de seropositividad, la evaluación psicosocial integral (individual, familiar y pareja), el tratamiento de la persona

infectada en estado asintomático, el tratamiento en la fase sintomática (SIDA), la preparación para la muerte y, finalmente, la elaboración del duelo en la pareja y familia tras la muerte de la persona. Integrando aspectos físico-biológico, psicosociales e incluyendo a las personas con las que convive la persona con VIH/SIDA, brindando una intervención que beneficia la vida de la persona, como la de sus familiares y pareja.

Asimismo Piña y Sánchez (2007), también realizan un modelo de intervención para las personas con VIH/SIDA, esta se compone de cuatro fases, dos psicológicas y dos biológicas. La primera incluye variables disposicionales (situaciones vinculadas con estrés, competencias y motivos) y comportamientos de riesgo y prevención; la segunda examina que la enfermedad puede resultar en diferentes patologías; la tercera, el papel que juegan dos tipos de comportamientos, los de adhesión al tratamiento y los asociados a la enfermedad, Finalmente, la cuarta comprende los efectos que ambos comportamientos tienen sobre la vulnerabilidad biológica y el afrontamiento a la enfermedad, además de analizar su impacto sobre el desarrollo de patologías relacionadas con el VIH/SIDA.

Ambas propuestas, son ejemplos para realizar una intervención en personas que viven con VIH/SIDA, ya que ambas consideran aspectos psicológicos y biológicos, trabajando con la salud mental y física de la persona, teniendo como consecuencia que la persona y la familia tengan un tratamiento adecuado a sus necesidades, que favorecerá su bienestar emocional, su salud y su calidad de vida. Finalmente, estas intervenciones no solo pueden aplicarse a esta población, sino que también pueden emplearse o mejorarse para trabajar en otras poblaciones como son en pacientes diabéticos, hipertensos, oncológicos, problemas de adicciones y en trastornos psicológicos.

REFERENCIAS.

- American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Ammassari, A., Trota, P. y Murri, R. (2008). Correlates and predictors of adherence to highly active antiretroviral therapy: overview of published literature. *Journal Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 31, 123-127.
- Antón, J. (2013). *Análisis de factores de riesgo para la transmisión del VIH/SIDA en adolescentes: Desarrollo de un modelo predictivo*, Tesis doctoral, Universidad Miguel Hernández, España.
- Arriaga, L., González, U., Castro, M., Pérez, I. y Alerm, A. (2013). Estados afectivos, autorregulación psíquica y conductas frente a la enfermedad en pacientes con inicio de sida. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 32, 389-401.
- Arrivillaga, M., López, J. y Ossa, A. (2007) Ansiedad, depresión y percepción de control en mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA. *Pensamiento Psicológico*, 2, 55-71.
- Avelar, V., Cornejo, I. y Torres, J. (2011). *Efectos psicológicos en personas de ambos sexos entre las edades de 20 a 50 años diagnosticadas con VIH en el período de enero de 2006 a junio de 2010 pertenecientes a la fundación salvadoreña para la lucha contra el sida "María Lorena" (CONTRASIDA) del municipio de San Salvador*. Tesis Licenciatura, Universidad de El Salvador, Salvador.
- Ballester, R. (2007). Aportaciones desde la psicología al tratamiento de las personas con infección por VIH-SIDA. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10, 53-69.
- Bandura, A. (1997). *Self efficacy: the exercise of control*. New York: W. H. Freeman.

- Barra, E. (2007). Modelos psicosociales para la promoción de salud y prevención de enfermedades. *Ciencia y Enfermería*, 7, 19-25.
- Blanch, J., Cánoves, D., Carvajal, M., Centeno, M., Estada, V., Fumaz, C., Galindo, M., Banovio, M., Gutiérrez, J., Koerting, A., Lozano, F., Macias, E., Mellado, M., Millares, C., Moriñigo, A., Muñoz, A., Pedrol, E., Pérez, J., Ramos, J., Del Rio, J., Rojo, A., Santamaria, M., Santos, J. y Vazquez, M. (2008). *Recomendaciones de la SPNS/SEP/SENP/SEIP/GESIDA sobre aspectos psiquiátricos y psicológicos en la infección por el VIH*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Madrid, España, 1-116.
- Blanch, J., Díez, C., Fumaz, C. y Mora, D. (2013). Trastornos psiquiátricos y aspectos psicológicos de los pacientes infectados por el VIH. En: V. Soriano, J. González-Lahoz. (eds.). *Manual del SIDA*. 4ª ed. Barcelona: Permanyer, 172- 183.
- Blanco, J., Mallolas, J., Pérez-Cuevas, J. y Gatell, J. (2013). Historia natural, clasificación y pronóstico de la infección por VIH/SIDA. En J.M. Gatell, B. Clotet, D. Podzamczar, J. Miró y J. Mallolas (Eds.). *Guía práctica del Sida. Clínica, diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: Masson.
- Breet, E., Kagee, A. y Seedat, S. (2014). HIV-related stigma and symptoms of post-traumatic stress disorder and depression in HIV-infected individuals: Does social support play a mediating or moderating role? *AIDS Care*, 26, 947-951.
- Cantú, R., Torres, E. y Martínez O. (2013). Impacto psicosocial en personas que viven con VIH-SIDA en Monterrey, México. *Psicología y Salud*, 22, 163-172.
- Castro, A. (2013). Factores de riesgo y sida en personas diagnosticadas con VIH. Multimed: *Revista Médica*, 18, 1-17.

Centre for Addiction and Mental Health. (2013). La salud mental y los problemas que pueden presentarse. 1-3. Recuperado de:

https://www.camh.ca/en/hospital/health_information/Documents/spanish_about_mentalhealth_h.pdf. Consultada el 4 de enero, 2018.

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA, CENSIDA. (2016). *Informe de la Situación del VIH/SIDA en México en 2016*. Recuperado de: <http://www.censida.org>. Consultada el 26 de octubre, 2017.

Clucas, C., Sibley, E., Harding, R., Liu L., Catalan, J. y Sherr, L. (2011). A systematic review of interventions for anxiety in people with HIV. *Psychology Health Medicine*, 16, 528-47.

Condori, L. (2013) *Relación de: Autoeficacia ante el estrés, personalidad, percepción del bienestar psicológico y de salud con el rendimiento académico en universitarios*. Tesis Doctoral, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú.

Dummar, A. (2015). *Salud Mental y exclusión social: un análisis a partir de la esquizofrenia*. Tesis Doctorado, Universidad de Oviedo, España.

Faler, C. y Abreu, L. (2016). Diagnóstico VIH-SIDA: Los impactos causados en la persona en las relaciones y estructura familiar. *Revista Científica de la Secretaría de la Salud*, 3, 24-32.

Fariña, S., Navarro, E., Maestre, R., Artiles, M., Pérez, M., Montes, E., Castellano, L. y De la Nuez, F. (2015). Fármacos en el paciente con VIH: Antirretrovirales y otros problemas de salud, *Bolcan*, 7, 1-8.

Fuentes, M. y Gutiérrez, T. (2014). Efecto psicológico en pacientes tras el diagnóstico de VIH/SIDA. *Fundación INDEX*, 8, 1-7.

- Fumaz, R., Muñoz-Moreno, A., Moltó, J., Ferrer, J., Lopez, R. y Negro, E. (2008). Sustained antiretroviral treatment adherence in survivors of the pre-HAART era: attitudes and beliefs. *AIDS Care*, 20, 796- 805.
- Fundacion Toronto People With AIDS. (2012). Estrés y VIH, Boletín de tratamiento. *PW*, 2, 1-6. Recuperado de: <https://www.pwatoronto.org/spanish/pdfs/topic-stress+HIV.pdf>. Consultado el 20 de enero, 2018.
- Galicia, I., Sánchez, A., y Robles, F. (2013). Autoeficacia en Escolares Adolescentes: Su Relación con la Depresión, el Rendimiento Académico y las Relaciones Familiares. *Anales de Psicología*, 29, 491-300.
- Galindo, J. y Ortega, M. (2010). Prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital General de Zona # 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Lic. Ignacio Díaz Téllez. *Enfermedades Infecciosas y Microbiológicas*, 30, 129-133.
- Gavrial, A., Quiceno, J. y Vinaccia, S. (2009). Estrategias de afrontamiento y ansiedad-depresión en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA. *Terapia Psicológica*, 27, 5-13.
- Giménez, C. (2008). *Eficacia diferencial de distintas estrategias de prevención del sida para promoción del sexo seguro y la realización de las pruebas diagnósticas del VIH en estudiantes universitarios*. Tesis doctoral. Universidad Jaume I, Castellón de la Plana.
- González, I. y García-Viniegras, C. (2007). La categoría bienestar psicológico: su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16, 586-592.
- González, R., Sacristán, A., Valero, L. y Sáenz, M. (2004). Epidemiología de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en la provincia de Salamanca (1985-2002). *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 22, 272-278.

- Janz, N., Champion, L. y Strecher, J. (2008). The health belief model. En: Glanz K, Rimer, K, Lewis, M. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. 3rd edition. Jossey-Bass. Wiley & Sons. San Francisco.
- Knobel, H., Marí, M., Fumaz, C. y A. Tuldrà. (2013). Adherencia al tratamiento antirretroviral. En J.M. Gatell, B. Clotet, D. Podzamecz, J. Miró y J. Mallolas (Eds.). *Guía práctica del Sida. Clínica, diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: Masson.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Lizarazo, J., Castro, F., De Arco, M., Chávez, O. y Peña, Y. (2009). Infecciones oportunistas del sistema nervioso central en pacientes con VIH atendidos en el Hospital Universitario Erasmo Meoz, Cúcuta, 1995-2005. *Infection*, 10, 226-231.
- Machuca, A., Soriano, B. y González, J. (2013). Diagnóstico de laboratorio de la infección por VIH-1. Infección por otros retrovirus: VIH-2. *Guía práctica del Sida: Clínica, diagnóstico y tratamiento*. Barcelona, Masson, 121-145.
- Malta, M., Strathdee, A., Magnanini, M. y Bastos, I. (2008). Adherence to antiretroviral therapy for human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome among drug users: a systematic review. *Addiction*, 103, 1242-57.
- Mebarak, M., Castro, A., Salamanca, M. y Quintero, M. (2009) Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología desde el Caribe*, 23, 83-112.
- Mendoza, J., Cervantes, M. y Aguilar, J. (2009). Estrategias de afrontamiento de SIDA en pacientes diagnosticados como seropositivos. *Psicología y Salud*, 19, 215-221.

- Meza, M., Mancilla, J., Sánchez, C., Figuero, R., Contreras, L. y Carreño, J. (2013). Respuesta psicológica en la infección por virus de inmunodeficiencia humana. *Perinatología y Reproducción Humana*, 25, 236-240.
- Montijo, M., Solano, R., Díaz, R., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M. y Barroso, R. (2012). Efectos de un programa de prevención de problemas de salud sexual sobre variables psicosociales y conductuales en adolescentes sin experiencia sexual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15, 1129-1155.
- Moreno, E. y Rosales-Nieto, J. (2007). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud, *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica/ International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 91-109.
- Olivari, C. y Urra, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería*, 8, 9-15.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2014). *Promoción de la salud mental*, 1-15. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf. Consultado el 2 de enero, 2018.
- Orozco, M. y Terán, B. (2013). *Importancia de la Medicina Conductual en el abordaje psicológico de las personas que viven con VIH/SIDA*. *Medicina Conductual: Teoría y Práctica*, Ciudad de México, México, QARTUPPI, 262-283.
- Owe-Larsson, B., Säll, L., Salamon, E. y Allgulander C. (2009). HIV infection and psychiatric illness. *African Journal of Psychiatry*, 12, 115-128.

- Painter, E., Borba, P., Hynes, M., Mays, D. y Glanz, K. (2008). The use of theory in health behavior research from 2000 to 2005: A systematic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 35, 358-362.
- Piña, J. (2007). Variaciones sobre el modelo psicológico de salud biológica de Ribes: justificación y desarrollo, *Universitas Psychologica*, 7, 19-32.
- Piña, J. y Sanchez, J. (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH, *Universidad. Psychology. Bogotá*, 6, 399-407.
- Portas, A. (2012). Trastornos neuropsiquiátricos asociados a la infección HIV, *ALCMEON*, 3, 1-10. Recuperado de: https://www.alcmeon.com.ar/3/11/a11_05.htm. Consultado el 18 de enero, 2018.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, ONUSIDA. (2016). *Situación de la Epidemia de Sida. Diciembre de 2016*. Recuperado de: <http://www.unaids.org>. Consultado el 18 de octubre de 2017.
- Quiceno, J., Vinaccia, S., Lozano, I., Castaño, Z. y Fernández, H. (2008). Estrés y estrategias de afrontamiento en un grupo de personas con VIH. En: Juan José Sánchez-Sosa, Julio Alfonso Piña López y Blanca Margarita Rivera Icedo (Editores). *Aportaciones de la psicología al problema de la infección por VIH: investigación e intervención*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Reis, R., Haas, V., Santos, C., Teles, S., Galvão, M. y Gir, E. (2011). Síntomas de depresión y calidad de vida de personas viviendo con HIV/SIDA. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19,1-8.

- Repetto, M. y Petitto, J. (2008) Psychopharmacology in HIV-infected patients. *Psychosomatic Medicine*, 70, 585-92.
- Restrepo, A. (2014). Esquemas maladaptativos y estrategias de afrontamiento en sujetos diagnosticados con VIH. *Desarrollo social y educativo*, 12, 59-72.
- Ríos, I. (2011). Comunicación en salud: conceptos y modelos teóricos. *Perspectivas de la Comunicación*. 4, 123-140.
- Romar, J. (2010). Abordaje psicológico en personas que viven con VIH/SIDA, *Revista del Área de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la UdelaR (Uruguay)*, 5, 1-5.
- Rueda, J. Manzano, I., Darío, R., Pérez de Arriba, J., Zuazagoita, J. y Zulueta, G. (2008). *La promoción de la salud. Algunas teorías y herramientas para la planificación y evaluación de intervenciones sobre los estilos de vida*. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco.
- Rzeszutka, M., Oniszczenkob, W., Schierb, K., Biernat-Kałużac, E. y Gasikd, R. (2015). Temperament traits, social support, and trauma symptoms among HIV/AIDS and chronic pain patients. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16, 137-146.
- Salamanca, A. y Giraldo, C. (2012). Modelos cognitivos y cognitivo sociales en la prevención y promoción de la salud. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 2, 185-202.
- Sánchez, M. y Tomateo, D. (2014). Síndromes psiquiátricos en personas infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana: una revisión breve. *Revista de Neuropsiquiatra*, 7, 70-77.
- Sánchez, R. y Enríquez, D. (2011). *Modelos Psicológicos de la Salud que han abordado el VIH/SIDA: Modelo de prevención de enfermedad*. AISD-SIDA. Recuperado de:

<http://www.sida-aids.org/psicologia-sida/29-modelos-de-salud/15-modelo-creencias-de-salud.html>. Consultado el 8 de noviembre, 2017.

- Santillán, C. (2014) *Adherencia terapéutica en personas que viven con VIH/SIDA*, Tesis Doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Soriano, V., Núñez, M., Barreiro, P., Maida, I., Garcia-Samaniego, J. y Gonzalez-Lahozet. J. (2012). Manifestaciones clínicas por el propio VIH. En: V, Soriano, J, González-Lahoz. (eds.). *Manual del SIDA*. 4ª ed. Barcelona. Permanyer, 172- 83.
- Soto, J. y Cruz, J. (2014). *Depresión en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA*. Universidad Autónoma de la Ciudad Juárez: México, ECORFAN, 1-8.
- Sun Ju, C., Suyoung, C., Se-An, K. y Misoon, S. (2014). Intervention Strategies Based on Information-Motivation-Behavioral Skills Model for Health Behavior Change: A Systematic Review. *Asian Nursing Research* 8, 172-181.
- Tapia, M. y Piña, J. (2008). Caracterización, Predictores de Comportamientos Sexuales de Riesgo y uso de Preservativo en Mujeres Universitarias. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13, 279-299.
- Tobón-Pereira, J. y Toro-Montoya, A. (2008). Estudio del paciente con infección por VIH. *Medicina & Laboratorio*, 14, 11-42.
- Tobón, S y Vinaccia, S. (2007). Modelo de intervención psicológica en el VIH/SIDA. *Psicología y Salud*, 13, 161-174.
- Uclés, V. y Espinoza, R. (2015). Rehabilitación en VIH/SIDA. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD*, 1, 109-116.

- Vargas, J., Cervantes, M. y Aguilar, J. (2009). Estrategias de afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados como seropositivos. *Psicología y Salud*, 19, 215-221.
- Velásquez, A. (2012). Revisión Histórico-Conceptual del Concepto de Autoeficacia. *Pequén*, 2, 148 - 160.
- Vives, N., Folch, C. y Casabona, J. (2013). Epidemiología de la infección por VIH/SIDA. Mecanismos de transmisión y prevención de la infección por VIH. En J.M. Gatell, B. Clotet, D. Podzamczar, J. Miró y J. Mallolas (Eds.). *Guía práctica del Sida. Clínica, diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: Masson.
- Wolff, L., Alvarado, M. y Wolff, R. (2009). Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. *Revista Chilena Infectología*, 27, 65-7.