

La psicología y el SIDA: un acercamiento a la psicosisidología

Mercedes DIAZ RODRIGUEZ

Francisco J. GALA LEON

Mercedes LUPIANI GIMENEZ

José M. MARTINEZ NIETO

M^{ra} Carmen PAUBLETE HERRERA

Universidad de Cádiz

Resumen

La aparición del SIDA y su impacto lo han convertido en un fenómeno psicosocial que desborda el análisis exclusivo somaticista y exige un marco de análisis biopsicosocial. Es en este marco donde se ubican las aportaciones que, sobre todo desde la óptica de la psicología de la salud, se vienen haciendo en torno al tema.

Al hilo de lo dicho, en este artículo presentamos, tras una delimitación del problema bautizada como *los aspectos psicológicos del SIDA en la actualidad*, las actuaciones concretas que el abordaje psicológico del tema puede ofrecer hoy, apuntándose -asimismo- los derroteros que presumiblemente refuerzan las actuaciones psicológicas sobre este asunto y que delimitan una rama especial de la psicología que comienza a ser conocida como *psicosisidología*.

Palabras clave: SIDA, psicología de la salud, prevención.

Abstract

The appearance of AIDS and its impact have made this disease a psychosocial phenomenon that surpasses the possibilities of an exclusively somatic analysis. A biopsychosocial approach is thus needed. It is within this framework that contributions to this topic in the field of health psychology to the problem have been made.

In this line, the present article, following a definition of the problem titled *psychological aspects of AIDS at present*, presents the actual interventions that psychological management can offer today. This is completed with the presumed future psychological developments in this field, which define a particular branch of psychology which is getting to be known as psychology of AIDS.

Key words: AIDS, health psychology, prevention.

Los años ochenta se iniciaron con la aparición de una enfermedad, el SIDA, que ha puesto en entredicho las posibilidades de las ciencias de la salud de nuestro tiempo, de tal modo que el tema ha traspasado las fronteras de las ciencias biomédicas, haciéndose objeto de debate y tertulia en casi todos los tejidos sociales y vertiéndose en la dinámica del discurso todo tipo de aprioris y estereotipos las más de las veces hijos de la ignorancia y el miedo. En poco más de diez años el nuevo síndrome se ha difundido por todo el mundo (recordemos la afortunada expresión con la que un historiador hace poco nos hablaba de la *unificación microbiana del mundo*, Le Roy, 1978). Su transmisión se ha producido a través de comportamientos que las sociedades tradicionalmente han reprochado. Su impacto (del que luego hablaremos) lo convierten en un fenómeno histórico y psicosocial que desborda el análisis exclusivo *sanitario-somático* a la antigua usanza- para adentrarse por los derroteros amplios que el nuevo marco biopsicosocial de la salud exige.

Nunca hasta ahora el nacimiento y desarrollo de una enfermedad se había seguido desde los medios de comunicación con tanta intensidad. Tan sólo, y a título ilustrativo, durante 1988 se publicaron 802 noticias y artículos relacionados con el SIDA en cinco diarios nacionales (ABC, Diario 16, El País, La Vanguardia y Ya) (Sastre y Vieto, 1991). Pero la prensa, en su tratamiento del tema, ha excedido lo puramente científico para asentarse en la especulación social, aún abusando de la retórica médico-sanitaria y aún de la psicosocial, con tintes sensacionalistas, cuando no dantescos o apocalípticos. Y es que, en el caso del

SIDA, ya no estamos ante una *mera enfermedad* sino ante una enfermedad social que ha originado un verdadero impacto social (Montaigner, 1987).

Las claves de este *impacto social* serían (entre otras):

1. El que la enfermedad es siempre letal, una vez efectuado el diagnóstico de SIDA, con una supervivencia media de 11'2 meses (Lemp, Baruhart y Rutherford, 1987). Como de todos es sabido, el tratamiento y la atención profesional y/o social a los enfermos terminales suele ser desesperanzador.

2. Su crecimiento es exponencial: En los países de la CEE el número de afectados se duplica cada 8 meses y en España cada 7'1 meses (Nájera 1991).

3. Supone un grave problema económico y de organización sanitaria: Los enfermos permanecen hospitalizados el 24% de su vida tras el diagnóstico. En la actualidad el 1'14% de las camas hospitalarias de EE.UU. están ocupadas por ellos, con una factura médica de 40'5 billones de dólares (Green y Surger, 1993).

4. El SIDA va asociado -como hemos comentado- a pautas de conducta no aceptadas socialmente, puesto que la enfermedad afecta básicamente a homosexuales y drogadictos (sin hablar de la prostitución) cuyos comportamientos suscitan fácilmente sentimientos de rechazo más o menos latentes y prejuicios.

La tríada «sangre - sexo - muerte» aparece como medular en esta enfermedad, unida a otras múltiples metáforas (Sontang, 1989) que apelan casi a lo demoníaco, golpeando con un vigor bizarro todos los entresijos de nuestra cultura y alcanzando también a los profesionales sanitarios, coparticipes -con

más frecuencia que la deseable- de estos prejuicios.

5. Los pacientes son eminentemente jóvenes -cohorte de edad de 20 a 45 años (Estébanez, 1987)- lo cual facilita los mecanismos de identificación y proyección del personal sanitario y la eventual evitación.

6. A todo ello podría añadirse el problema de la formación: El SIDA no existía cuando muchos de los profesionales sanitarios finalizaron sus estudios y la ignorancia o el desconocimiento abonan fácilmente el campo del temor y la irracionalidad.

Es por todo ello por lo que el fenómeno del SIDA (y no tan sólo la enfermedad en sí) abarca un espectro más amplio que el puramente médico somaticista, debiendo atender obligatoriamente al discurso psicológico y social. Así lo reconoce taxativamente Velimirovic (1986) cuando, en un encuentro internacional sobre el SIDA, dijo que éste es un problema psicosocial y sociopolítico y no exclusivamente médico. De un problema interdisciplinario se trata, por lo que su solución ha de buscarse desde perspectivas interdisciplinarias con el concurso de diversos profesionales: desde el microbiólogo, el farmacólogo, el epidemiólogo, el internista y la enfermera, hasta el economista, el jurista y los líderes de la comunidad, pasando por el psicólogo y el sociólogo.

En este marco, pues, es donde se incardinan las aportaciones que desde la óptica de la psicología de la salud podemos hacer en torno al SIDA aunando esfuerzos -desde la psicología- en una nueva rama que podríamos denominar *psicosisidología*.

«Delimitación del problema: Los aspectos psicológicos del SIDA en la actualidad

Como ha quedado visto, hablar o investigar acerca de los aspectos psicológicos del SIDA no es algo gratuito o añadido, fruto de un estéril manierismo intelectual, sino que es algo esencial y ello -al margen de lo ya visto arriba y centrándonos en aspectos puramente psicológicos y sanitarios- en pro a una razón fundamental: que toda patología humana en su devenir, prevención y terapia, conlleva un sustrato psicológico irrenunciable e indiscutible si aceptamos y concebimos al ser humano como un todo biopsicosocial.

Ahora bien, en el caso del SIDA esta imbricación psicológica posiblemente está más patente:

1º) Porque el SIDA es un síndrome de inmunodeficiencia adquirida y precisamente una de las primeras explicaciones etiológicas de una inmunodeficiencia adquirida (no infecciosa, claro, ni tan virulenta) proviene del campo de la psicología de la salud a tenor de las aportaciones que sobre el estrés hace Selye (1979) en su ya conocido *Síndrome General de Adaptación* (SGA), en su fase de agotamiento. Posteriormente, con éste y con otros modelos, lo que viene conociéndose como psiconeuroinmunología (Ader y Cohen, 1975, 1987; Ader, 1981; Borrás y Casas, 1988), últimamente relacionada con la psiconeuroendocrinología.

2º) Porque no se sabe a ciencia cierta cuando ni porqué un sujeto sero-positivo deviene en enfermo sintomático, estimándose que los mecanismos interactuantes son, en parte, psicológicos (Call, 1987; Kielcot y Glaser, 1987).

3º) Porque hay aspectos psicológicos del individuo ya enfermo muy importantes en el SIDA que cambian a tenor de su estado de enfermedad en interacción con los sanitarios -visión ante su enfermedad y trato recibido- y con el colectivo social en general (Bayés, 1986).

4º) Por último, porque hoy por hoy la única estrategia eficaz antisida es la preventiva y ésta es eminentemente conductual, es decir psicológica (Bayés, 1989; Bayés, y Ribes, 1989).

Habida cuenta lo anterior, se han venido desarrollando diversas investigaciones y aportaciones sobre los aspectos psicológicos del SIDA que, en síntesis, pueden centrarse en dos subgrupos (obviamente en interacción): *a)* Aquellos que analizan la influencia de los factores psicológicos en el SIDA (Siendo el SIDA la variable dependiente). *b)* Aquellos que analizan la influencia del SIDA en los factores psicológicos individuales o grupales (siendo el SIDA la variable independiente y los factores psicológicos la variable dependiente).

Enfoques psicológicos posibles

Las aportaciones de estas investigaciones, bajo el nombre genérico de *psicosidología*, vienen ocupándose de los siguientes aspectos (Bayés y Arranz, 1988):

Aspectos psicológicos etiológicos y preventivos

a) Primarios: A fin de analizar los estilos de vida, el estrés, las alteraciones psíquicas, el comportamiento sexual y el consumo de drogas y su relación con el SIDA.

b) Secundarios: Aquí se estudian los pasos y circunstancias más importantes

en detección precoz (preconsejería y postconsejería ante el test)-buscando los mejores métodos formativo-educativos y la eliminación o minimización de los miedos a las pruebas de detección.

c) Terciarios: Centrándose en el apoyo para el cumplimiento de los tratamientos, adiestramiento en el enfrentamiento a la enfermedad, apoyo al propio personal sanitario, mejora de la comunicación con éste, afrontamiento del impacto psicológico del SIDA (pánico, prejuicios, tabúes) tanto en el enfermo cuanto en los sanitarios y en la sociedad en general y atención a las psicopatologías añadidas por tal impacto. En este nivel se ubican también los estudios sobre las actitudes que el síndrome genera.

Estrategias psicoterapéuticas ante el SIDA

En la línea de acentuar el efecto placebo de la relación sanitario-enfermo, aumentar las defensas por condicionamiento e investigar los aspectos psicológicos de otras terapias; amén de la atención terapéutica a los trastornos conductuales derivados del síndrome.

Apoyo psicosocial para la rehabilitación y la reinserción

Aún incipiente, pero que será indefectiblemente una nueva meta a alcanzar cuando la enfermedad deje de ser mortal; sin olvidar la reinserción -en lo posible- de los seropositivos y de los enfermos de SIDA en la actualidad.

Aspectos tanatológicos

Intentan buscar, desde la psicología, los mejores medios para ayudar, preparar y acompañar al enfermo terminal para un bien morir, digno y asumido.

Aspectos psicosociales

Se centran en descubrir, denunciar, analizar y minimizar los fenómenos psicosociales producidos por el *impacto del SIDA* (del que antes hablamos), tales como: histerias colectivas, actitudes prejuiciosas, marginaciones y rechazos -incluso en el personal sanitario-, juicios morales negativos, atavismos fóbicos que lo aunan a las pestes (Merloo, 1984) y tratamientos apocalípticos y sensacionalistas en la prensa.

Actuaciones concretas

El abordaje psicológico del tema hoy por hoy se centra, en quintaesencia y a un nivel aplicado, en la prevención conductual, en la minimización de las respuestas emocionales negativas en el apoyo a los *grupos de autocuidados*, las *intervenciones* dirigidas a la *recuperación psicosocial* y el *análisis y prevención de actitudes prejuiciosas* surgiendo, a su vez, una amplia investigación de base.

Prevención conductual

En la actualidad solamente las estrategias psicosociales de prevención tienen la posibilidad de interrumpir la cadena de transmisión vírica (García Huete, 1991); el modelo psicológico sistémico aglutina los comportamientos de prevención directos en las relaciones sexuales, adictos de drogas por vía parenteral (ADVP) y transmisión perinatal. *Como comportamientos preventivos en la esfera sexual* se puede elegir entre castidad, sexo sin penetración, monogamia absoluta con una persona no contagiada y con garantías de que no mantiene relaciones sexuales

con otras personas, o bien el uso sistemático de preservativo con espermicida en todas las «relaciones peligrosas». Los portadores asintomáticos deben utilizar siempre preservativos. *En cuanto a los ADVP* los comportamientos preventivos se reducen a no compartir los útiles de inyección y *para prevenir la transmisión perinatal* se pretende que las portadoras o las que practican comportamientos de riesgo no queden embarazadas.

Estas estrategias se aunan con otros comportamientos preventivos como por ejemplo las *precauciones universales* para el personal sanitario del CDC de Atlanta (1987) que complementan a los anteriores, con el mismo objetivo: evitar, hasta donde sea posible, el contagio y transmisión y, en el caso de una persona seropositiva, el proceso de la enfermedad (Arranz y Bayés, 1988).

Es de suponer que la vulnerabilidad al VIH guarda estrecha relación con los sistemas de defensa del organismo y en especial con el sistema inmunitario, por lo que se debe prestar gran atención a todo lo que pueda producir una perturbación o debilidad del mismo (Coates y Stall, 1987), lo que nos lleva a la necesidad de practicar otro tipo de conductas instrumentales de prevención, relacionadas con aumentos o disminuciones de la vulnerabilidad y con el hecho de que, a igualdad de situación de riesgo, las personas se contagien o no (Bayés, 1990; Bayés y Ribes, 1989).

En esta línea convendría:

- a) Evitar conductas tales como: mala nutrición, ingesta de fármacos o drogas inmunodepresoras, administración de determinadas vacunas, etc.
- b) Evitar comportamientos susceptibles de producir infecciones del tipo que

sean como, por ejemplo, mantener relaciones sexuales con un enfermo de gonorrea o sífilis y, por otra parte, estados de ansiedad o de depresión, puesto que pueden alterar el sistema inmunitario (Kielcolt y Glasser, 1988).

- c) Fomentar todo lo que pueda conducir a una disminución de la vulnerabilidad al virus: descanso suficiente, buena alimentación, relajación, etc.
- d) Por último, dada la posibilidad de que estímulos en un principio neutros puedan adquirir por condicionamiento clásico la capacidad para producir alteraciones inmunológicas, es aconsejable recomendar que los seropositivos asintomáticos y los enfermos procuren, en lo posible, no colocarse ni física ni cognitivamente en situaciones en las que se encuentren presentes estímulos iguales o similares a aquellos que anteriormente acompañaron críticamente al desempeño de comportamientos de riesgo.

Reducción de respuestas emocionales negativas

En el SIDA hay que diferenciar las reacciones que se producen ante la confirmación de la presencia de anticuerpos positivos, la existencia de síntomas específicos del síndrome y la pertenencia a grupos cuyos factores de riesgo son más elevados que en el resto. También debemos advertir que las alteraciones emocionales van a estar mediatizadas por todo el bagaje cultural, cognitivo, conductual y ajuste emocional previo del paciente (García Huete, 1987), así como por el apoyo sociofamiliar que consiga (De Diego y Marcos, 1989).

En este nivel de intervención es esencial el diagnóstico precoz de los trastornos psicosociales que acompañan la seropositividad y la enfermedad en sí; así habrá que hacer una fina diagnosis precoz de eventuales depresiones, ansiedad, obsesiones, etc., así como del aumento del consumo de drogas y alcohol (Christ y Viener, 1985). El momento del diagnóstico de seropositividad presenta un alto riesgo de desequilibrio psíquico, tanto por la mortalidad del SIDA y el peligro de contagio a los demás, cuanto por el rechazo social y los prejuicios que pueden abocar a la marginación del paciente. La posible psicopatología reactiva, pues, es esencial y a veces es la única patología en los seropositivos asintomáticos, pudiendo ello tener asimismo una influencia negativa a nivel del sistema inmune, como ya se ha comentado.

A medida que avanza la enfermedad, con el malestar general, anorexia, pérdida de peso, diarreas y algias variadas, suele aparecer la depresión sustentada a veces también en la falta de apoyo social, en el rechazo o la marginación y en el aislamiento. En suma: Las alteraciones somáticas van a producir sensaciones corporales negativas que van a traducirse, posiblemente, en alteraciones emocionales que, a su vez, en un *feedback* negativo, se van a comportar como componentes agravadores del propio síndrome.

Veamos más detenidamente los elementos específicos de las respuestas de ansiedad y depresión.

Ansiedad

Es frecuente que aparezca una ansiedad intensa, casi incapacitante, en el caso del SIDA incluso cuando aún no

existe un peligro «real» para la vida del sujeto a corto plazo.

Usualmente la ansiedad se considera un estado pasajero, pero en estos enfermos puede llegar a cronificarse, con efectos negativos y desgastantes para el organismo. Diversos estudios constatan que cuando la ansiedad se mantiene por períodos largos de tiempo, el organismo se resiente tornándose más vulnerable (Miller, 1983; Valdés y De Flores, 1985). El corolario es simple: Desde el principio debe efectuarse una intervención psicológica preventiva de la ansiedad (desensibilización e inoculación al estrés, así como apoyo ventilatorio mediante terapia de apoyo).

Depresión

La conducta depresiva es una de las de mayor incidencia en seropositivos y en los enfermos de SIDA, existiendo diversos factores que determinan la aparición de esta reacción psicopatológica (González Infante, 1990), bien sean factores del entorno (rechazo, prejuicios, estigmatización, culpabilización), bien factores internos basados en la autopercepción y en las estructuras cognitivas. Así podemos describir una serie de elementos depresógenos que influyen en el afectado por el SIDA:

- Visión negativa de uno mismo: con ideas de culpa (reforzadas socialmente), minusvaloración personal, inseguridad, etc.
- Visión negativa del entorno: Todo se ve con un talante pesimista y catastrófico.
- Visión negativa del futuro.

Recordemos que la relación del afectado con el entorno se ve interferida negativamente produciéndose una dis-

minución de las actividades gratificantes e incluso una privación de algunas fuentes de gratificaciones a partir del aislamiento social, rechazo, disminución o abstinencia sexual, ruptura familiar y laboral, etc... pudiéndose llegar a un verdadero estado de indefensión ante la enfermedad («haga lo que haga no tiene remedio»). La atención psicológica y psicosocial es, pues, obligada.

En este marco no se debe olvidar tampoco la prevención de comportamientos suicidas, por lo que es muy útil una adecuada evaluación, recomendando para ello la tabla de *Estimación de riesgo de suicidio* de Haynal y Pasini (1980).

Por último, no debemos olvidar la problemática psicológica de las fases terminales del SIDA. El apoyo a los terminales se centraría, según Barreto y Martínez (1990), en: Ayudarles a terminar tareas inconclusas, asesorarles y animarles a que dispongan de sus bienes, propiedades o posesiones antes de su muerte, así como animarles a resolver conflictos con familiares o amigos, si es que existen. Se les debe preguntar si les gustaría algún tipo de rito funerario y apoyarles a realizar actividades mientras haya tiempo. También se les debe facilitar el apoyo religioso que demanden.

Apoyo a los grupos de autocuidados

En diversas asociaciones ciudadanas -comités antisida, grupos de apoyo, etc.- se está abordando con eficacia el problema del SIDA sanitaria y psicosocialmente (Anabitarte, 1990). Estos grupos han planteado cara a la marginación bajo el lema de que la solidaridad es más fuerte

y más rentable (García Huete, 1987), destacando el modelo seguido por el *Grupo de Autoapoyo de Enfermos y Portadores del Virus del SIDA* organizado en 1988 en el seno del *Comité Ciudadano Antisida de Madrid*.

Tales grupos precisan de una orientación y apoyo psicológico que se circunscribe (Barbero, 1989; Solersaiz, 1991) en:

1º) Delimitación de objetivos:

- a) Entrenamiento en técnicas cognitivas para conseguir una reducción de pensamiento e ideas irracionales o inadecuadas que hacen que aumenten las reacciones emocionales desadaptativas en los sujetos.
- b) Entrenamiento en técnicas de control de la ansiedad.
- c) Creación de hábitos saludables (higiene, sueño, alimentación, relaciones sexuales e interacción social) mejorando así los estados de salud.

2º) Estructura y desarrollo del grupo:

- a) Son grupos cerrados, no admitiéndose a nadie más una vez iniciado el programa intragrupo.
- b) Cada grupo consta de unos diez sujetos.
- c) Las sesiones tienen una duración de hora y media, con un total de unas doce, una por semana.
- d) Se efectúa una evaluación inicial y otra final.
- e) El desarrollo del trabajo se estructura en tres fases interrelacionadas: módulo de control cognitivo, módulo de reducción de la ansiedad y módulo de hábitos de salud y resolución de problemas personales.

Este entrenamiento precisa de uno previo a los monitores o «consejeros». Para terminar cabe indicar que también tienen eficacia (en similitud con los *teléfonos de la esperanza*) las *líneas telefónicas permanentes* o *teléfonos calientes* (Benedetti y Zallarelli, 1989) según el modelo italiano.

Intervenciones dirigidas a la recuperación psicosocial y prevención de actitudes prejuiciosas hacia el SIDA

Aspectos individuales

Las perturbaciones psicológicas ya descritas se ven agravadas por los problemas que acompañan al tratamiento (por ejemplo, la debilidad y la depresión tras la terapia con interferón) y la astenia y complicaciones somáticas producidas por las infecciones oportunistas. Es esencial el diagnóstico diferencial precoz y -como ya se dijo- la ayuda psicoterapéutica y psicosocial.

Problemas sociales específicos

Pueden centrarse en tres niveles:

1. *Laboral*: Es muy frecuente que en el enfermo de SIDA disminuya su capacidad laboral, o se vea incapacitado, cuando no despedido. A veces la situación de homosexualidad y -sobre todo- de toxicomanía ya comportaba previamente un desarraigo laboral. Las implicaciones económicas son obvias.

2. *Familiar*: Muchos enfermos previamente pertenecían a familias desestructuradas y en pocas ocasiones vivían en un grupo familiar propio. En el resto el síndrome suele acarrear de por sí la desestructuración familiar (vergüenza del diagnóstico, reconocimiento de que se

pertenece a un «grupo maldito», etc.). Esto dificulta el apoyo familiar tan preciso en los procesos graves. A ello se une el enfrentamiento a la muerte y el miedo al contagio.

3. Personal sanitario: Los profesionales de la salud se enfrentan a circunstancias estresantes (*burn-out*) en la atención a estos pacientes y también son receptivos a los temores, rechazos y prejuicios colectivos, sintiéndose también frustrados por la ineficacia de sus intervenciones con estos enfermos. Todo ello, además, revierte negativamente en los pacientes.

Todo lo antes dicho hace necesarias las intervenciones psicosociales de apoyo sobre todo de tipo comunitario (como vimos en el anterior punto) que, según Erickson (1990), se estructurarían en tres frentes: Organizaciones sociales de ayuda. Movimientos reivindicativos (incrementando la lucha institucional, captando presupuestos, programando y efectuando campañas etc.). Formación y atención específica al personal sanitario (campañas de protección, disminución de prejuicios, incluso con participación sindical). Los programas específicos de atención y formación se centrarían en: *a)* Reducción de las inquietudes y temores respecto a un posible contagio. *b)* Formación específica en SIDA. *c)* Detección de personalidades prejuiciosas y estrategias orientadas a minimizar tales prejuicios (Gala, 1993). *d)* Entrenamiento de estos profesionales para que transmitan al resto de la población sus conocimientos en cuanto a la enfermedad y su prevención.

Investigaciones

Como hemos visto hasta ahora el problema del SIDA, desde un punto de

vista psicológico, se presenta arduo, difícil de resolver y muy necesitado de investigación, tanto básica como aplicada, de laboratorio y de campo, general y clínica.

Bajo este prisma las líneas de investigación deberían centrarse (Bayés, 1990; Coxon y Carballo, 1989) en:

- Los factores y procesos implicados en el aumento o disminución de la posibilidad de que las personas adopten comportamientos preventivos eficaces, en especial en las áreas de la sexualidad y drogadicción por vía endovenosa. Con ello se lograría una base eficaz para la educación sanitaria.

- Los factores y procesos implicados en el mantenimiento de los comportamientos preventivos una vez instaurados, ya que dichos factores y procesos no tienen porqué ser necesariamente los mismos que han conducido a su establecimiento.

- La incidencia de las reacciones emocionales en la vulnerabilidad al VIH.

- La incidencia de los aspectos psicológicos en el paso de la seropositivación a la enfermedad.

- La posibilidad de que se produzcan perturbaciones inmunológicas nerviosas o endocrinas de carácter condicionado, que den lugar a incrementos de vulnerabilidad al VIH por asociación a estímulos externos o internos, aparentemente irrelevantes o inicialmente neutros. De igual forma se puede analizar el mecanismo contrario para fortalecer las defensas al VIH.

- Los mejores mecanismos de atención psicológica y psicosocial a los portadores, los enfermos y sus familias.

- Diseñar cuestionarios y técnicas para detectar prejuicios en el tema así como

preparar estrategias eficaces que extingan o minimicen cuantos prejuicios, rechazos y estigmatizaciones puedan aparecer sobre el tema.

- Diseñar campañas preventivas e intervenciones que puedan resolver o disminuir los problemas psicológicos por sobrecarga tensional (*burn-out*) en el personal sanitario que atiende a enfermos de SIDA y/o seropositivos.

Referencias

- ADER, R. (1981). *Psychoneuroimmunology*. Nueva York: Academic Press.
- ADER, R. y COHEN, N. (1975). Behavioral y conditional inmunosupresion. *Psychosomatic Medicine*, 37, 41-63.
- ADER, R. y COHEN, N. (1987). Brain, behavior and inmunity. *Brain, Behavior and Immunity*, 1, 1-6.
- ANABITARTE, H. (1990). El SIDA y el papel del movimiento ciudadano. En R. Nájera (Ed.). *SIDA, de la biomedicina a la sociedad*. 355- 368. Madrid: Eudema.
- ARRANZ, P. y BAYES, R. (1988). SIDA y prevención: un enfoque multidisciplinario. *Jano*, 34, 1326-1335.
- AYUSO, J.L. y CABRANES, J.A. (1988). *Psiconeuroendocrinología*. Madrid: Universidad Complutense.
- BARBERO, J. (1989). Comites ciudadanos antisida: Una respuesta. En J. Gafo (Ed.). *El SIDA: un reto a la sanidad, a la sociedad y a la ética*. Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas.
- BARRETO, M. P. y MARTINEZ, E. (1990). El apoyo psicológico al paciente terminal. Libro de resúmenes del *I Simposium de Atencion Socio-Sanitaria*. Barcelona.
- BAYES, R. (1986). ¿Podemos aportar algo los psicólogos conductuales a la solución del problema del SIDA? *Papeles del Psicólogo*, 5, 49-53.
- BAYES, R. (1987). Factores de aprendizaje en la respuesta del sistema inmunitario. *Jano*, 768, 56-66.
- BAYES, R. (1988). Modulación psicológica de la respuesta inmunológica. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 4, 7-29.
- BAYES, R. (1989). La prevención del SIDA. *Cuadernos de Salud*, 2, 45-55.
- BAYES, R. (1990). Aspectos psicológicos relacionados con el problema de la prevención del SIDA. En R. Nájera (Ed.). *SIDA, de la biomedicina la sociedad*. 377-390. Madrid: Eudema.
- BAYES, R. y ARRANZ, P. (1988). Las variables psicológicas como cofactores del SIDA. *Jano*, 34, 1313-1322.
- BAYES, R. y RIBES, E. (1989). Un modelo psicológico de prevención de enfermedad: Su aplicación al caso del SIDA. *Papeles del Psicólogo*, 41(2), 122-125.
- BENEDETTI, P. y ZACCARELLI, M. (1989). La línea telefónica permanente sobre SIDA en Italia: proporciona información a las personas. *AIDS Care*, 1, 145-152.
- BORRAS, F.X. y CASAS, J.M. (1988). Stress y estimulabilidad linfocitaria. *Psiquis*, 9 (10), 360-365.
- CALL, R. (1987). Depresión, stress and inmunity. *Lancet*, 263, 1467-1468.
- C.D.C. (1987). Guideline for prevention of transmission of human inmunodeficiency virus and hepatitis B virus to health-care and public safety workers. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 38 (1-6), 1-17.

- COATES, T.J. y STALL, R. (1987). AIDS: A psychosocial research agenda. *Annals of Behavioral Medicine*, 9(2), 21-28.
- COXON, A. y CARBALLO, M. (1989). Investigaciones en SIDA: Perspectivas conductistas. *AIDS*, 3, 191-197.
- CHRIST, G. y VIENER, L. (1989). Psychosocial issues in AIDS psychology today. En De Vita (Ed.). *AIDS, etiology, diagnosis, treatment and prevention*. Filadelfia: Leppin.
- DE DIEGO, C. y MARCOS, M.A. (1989). EL SIDA un problema sociofamiliar. *Revista de Trabajos Sociales y Política Social*, 13, 42-54.
- ERICKSON, L. (1990). Técnicas de cobertura psicológica ante el SIDA. *I Jornadas sobre el SIDA y Salud Mental*. Zaragoza.
- ESTEBANEZ, P. (1987). Aspectos de salud pública, clínica y tratamiento: En R. Usieto (Ed.). *SIDA: Un problema de salud pública*. 141-163. Madrid: Diaz de Santos.
- GALA LEON, F.J. (1993). Actitudes en torno al SIDA: *Un análisis de la población de enfermería de la provincia de Cádiz*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz.
- GARCIA HUETE, E. (1987). Aspectos psicológicos: Evaluación, prevención e intervención. En R. Usieto (Ed.). *SIDA: Un problema de salud pública*. 273-316. Madrid: Diaz de Santos.
- GARCIA HUETE, E. (1991). Estudio de los métodos preventivos del SIDA. *Symposium Nacional de Psicología Conductual*. Jaén.
- GONZALEZ INFANTE, J.M. (1990). Posible espectro nosográfico de los síndromes depresivos de origen inmuno deficitario. *XV Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica*. Córdoba.
- GREEN, J. y SURGER, M. (1991). The AIDS epidemic: A projection of its impact on hospitals 1986 - 1991. *VII Conferencia Internacional sobre el SIDA*. Florencia.
- HAYNAL, A. y PASINI, W. (1980). *Manual de medicina psicosomática*. Barcelona: Toray-Masson.
- KIELCOLT GLASER, J.K. y GLASER, R. (1987). Psychosocial moderators of inmune function. *Anuario de Medicina Conductual*, 9(2), 32-47.
- KIELCOLT GLASSER, J.K. y GLASSER, R. (1988). Psychological influences on inmunitif: implication of AIDS. *American Psychologist*, 43(11), 892-898.
- LEMP, G.F.; BARUHART, J.L. y RUTHERFORD, G.N. (1987). Predictores of survival for AIDS. Cases in San Francisco. *III Conferencia Internacional sobre SIDA*. Washington.
- LE ROY LADURIE, E. (1978). Un concept: L'unification microbienne du monde. *Gallimard*, 11, 37-97.
- MERLOO, J. (1984). *Psicología del pánico*. Buenos Aires: Horne (4ª Edición).
- MILLER, N.E. (1985). Effects of emotional stress on the inmune system. *Pavlovian Journal of Biological Sciences*, 20, 75-89.
- MONTAIGNER, L. (1987). *16 especialistas dan respuestas a sus preguntas sobre SIDA*. Barcelona: CEAC.
- NAJERA, R. (1991). Perspectivas del SIDA en los noventa. *Jano*, Vol. XL (940), 22-28.
- SASTRE ESPADA, J. y USIETO ATONDO, R. (1991). Imagen social del SIDA en

- la prensa española. *Primer Congreso Nacional sobre SIDA*. Madrid.
- SELYE, H. (1979). The evolution of the stress concept en D. Stokois (Ed.). *Readings in enviromental psychology*. 92-106. Nueva York: Editorial.
- SOLERSAIZ, M.C. (1991). Intervención psicológica grupal con sujetos HIV+ *I Congreso Nacional sobre el SIDA*. Madrid.
- SONTANG, S. (1989). *El SIDA y sus metáforas*. Barcelona: Muchnick.
- VALDES, M. y DE FLORES, T. (1985). *Psicología del stress*. Barcelona: Martínez Roca.
- VELIMIROVIC, B. (1986). *Social, ethical, psychological and financial dilems implications of AIDS for health policy*. Graf: Pub. Institute of Social Medicine, University of Graf.