

Modelo de intervención psicológica en el VIH/sida

A psychological intervention model in HIV-AIDS

Sergio Tobón¹ y Stefano Vinaccia²

RESUMEN

El objetivo del presente artículo es describir un modelo general de intervención psicológica en el VIH/sida³. Para ello, se tienen en cuenta diez 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, el tratamiento de la persona infectada en estado asintomático, el tratamiento en la fase sintomática (sida propiamente dicho), la preparación para la muerte y, finalmente, la elaboración del duelo en la pareja y familia tras la muerte de la persona con sida. La intervención por ejes puede ser simultánea o secuencial, de acuerdo a las necesidades de la persona infectada. En cada eje se definen los objetivos de la intervención psicológica, la forma de evaluar el proceso, las técnicas a emplear y el tiempo promedio de duración de la intervención.

Palabras clave: Intervención psicológica; VIH/sida; Psicología de la salud; Psicología clínica; Modelo de intervención.

ABSTRACT

The goal of this article is to describe a general model of psychological intervention in HIV/AIDS, in which ten fundamental axis are included: the epidemiological study, the prevention, the preparation for the HIV analysis, the report of non-seropositive results, the seropositive results communication, the integral psychosocial evaluation, the treatment of the infected individual in the asymptomatic stage, the treatment in the symptomatic stages (AIDS), the preparation for dying, and, finally, the mourning process after the patient's death. The intervention through these axis may be simultaneous or sequential, according to the infected person's needs. In each axis the goals of the psychological intervention are described, the ways to evaluate the process, the techniques used, and the intervention average duration.

Key words: Psychological intervention in HIV/AIDS; Health psychology; Clinical psychology; Intervention model.

¹ Departamento de Psicología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, correo electrónico: stobon1@netcard.net.co. Artículo recibido el 31 de agosto y aceptado el 29 de septiembre de 2003.

² Facultad de Psicología, Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia, Apartado Aéreo 81240, telefax 511-36-00, Envigado (Antioquia, Colombia), correo electrónico: vinalpi47@hotmail.com.

³ Se ha optado aquí por sustantivar las siglas SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), como ya es ampliamente aceptado (N. del E.).

INTRODUCCIÓN

El sida es una enfermedad crónica con una importante prevalencia en la población mundial (Ballester, 1997). De acuerdo con las últimas cifras reportadas por ONUSIDA, en el mundo hay alrededor de 50 millones de enfermos (ONUSIDA, 2002). El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) es una epidemia que hasta el momento no ha sido controlada en ninguna parte del mundo. Se estima que más del 95% de las personas infectadas vive en países en vías de desarrollo, y se ha podido constatar que el virus tiene una mayor incidencia en el género masculino que en el femenino.

Por regiones, el África subsahariana, el sudeste asiático, Norteamérica y Latinoamérica son las que tienen la mayor prevalencia de la infección en todo el orbe. Entre los estadounidenses, el sida es una de las mayores causas de muerte en el rango de edad de 25 a 44 años. Esto mismo también sucede en España, donde el sida es la primera causa de muerte en personas que se hallan entre los 25 y los 39 años de edad, superando así las muertes por accidentes de tráfico (Ballester, 1997).

La enfermedad por infección con VIH se caracteriza por una progresiva disminución de los linfocitos T-CD4, un subgrupo de células responsables de coordinar y regular la respuesta inmune (Gallo, 1991). La infección permanece por un tiempo de forma asintomática, y la duración de este periodo depende de la cantidad de virus recibidos en el momento de la infección y de la capacidad del sistema inmunitario para hacerle frente. Luego, se produce la fase sintomática cuando la cantidad de virus en el organismo supera la capacidad del sistema inmune. Ello hace que la persona sea altamente vulnerable a infecciones oportunistas que normalmente son prevenidas por el sistema antedicho (Fahey, Taylor, Detels y cols., 1990).

La intervención de la psicología en el campo de la salud se consolida cada día más (Godoy, 1999; Pascual y Ballester, 1997; Tobón y Núñez, 2000), lo que es el resultado de los avances científicos en la conceptualización de la salud. Al respecto, Godoy (1999) define a ésta como un proceso dado por una bidireccionalidad entre las dimensiones individuales y las características ambientales, cuyo resultado es un estado de equilibrio y el correspondiente bienestar biopsicosocial, por lo que la

enfermedad constituye la pérdida momentánea o duradera de dicho equilibrio dinámico.

En tal perspectiva, múltiples investigaciones realizadas en la última década muestran cómo el estrés, el afrontamiento y los estados emocionales influyen en el curso del sida. Al respecto, hay evidencia de que la depresión y el estrés producen cambios en el sistema nervioso, inmunológico y endocrino, lo que influye para el desencadenamiento y evolución de la enfermedad (Bayés, 1990, 1995; Bayés y Arranz, 1988).

Asimismo, el sida se asocia a un conjunto amplio de alteraciones de la calidad de vida (Nieuwkerk, Gisolf, Reijers y cols., 2001) tales como ansiedad y depresión (Linsk, 2000), problemas de sueño y uso excesivo de sedantes (Martin y Dean, 1993), baja autoestima e hipocondría (Morin, Charles y Malyon, 1984), síntomas obsesivo-compulsivos (Krikorian, Kay y Liang, 1995), ira (Nichols, 1983) y problemas neuropsiquiátricos debidos a infecciones oportunistas que atacan el sistema nervioso, así como a tumores (Ayuso, 1991). Lo anterior hace que sea de gran importancia la intervención psicológica durante todas las fases de la enfermedad a fin de contribuir al mejoramiento de la salud y de la calidad de vida en las personas infectadas con VIH (Bayés, 1994).

Es por ello que el propósito del presente artículo es ofrecer un marco general actualizado de la intervención del psicólogo en el VIH/sida. Para ello, se han tenido como base los programas y modelos desarrollados por investigadores como Calvo (1990), Bayés (1994, 1995), Baratas, Montesión, Parejo y cols. (1996) y Ballester (1997). El modelo que se propone a continuación asume la intervención psicológica antes de que ocurra la infección (estudios epidemiológicos y prevención primaria), antes y después del diagnóstico, en la fase de evaluación psicosocial integral, en el periodo asintomático, en la fase sintomática (sida propiamente dicho), en la etapa de preparación para la muerte y en la fase de elaboración del duelo.

Eje 1: Estudios epidemiológicos

La epidemiología consiste en el estudio del estado de salud de la población a partir de la investigación sobre la incidencia y la prevalencia de las enfermedades y sus factores de riesgo (etiología),

con el fin de aportar información eficaz para erradicar los problemas de salud existentes y prevenir su ocurrencia futura (Kleinbaum, Kupper y Morgenstern, 1982).

La prevalencia del VIH está en constante aumento, y ello hace que sea necesario realizar continuamente estudios sobre su incidencia, prevalencia y factores de riesgo a fin de adquirir información que sirva para desarrollar programas de prevención y tratamiento. Al respecto, la psicología contribuye a realizar estudios epidemiológicos integrales, aportando instrumentos psicométricos

para la valoración de actitudes y comportamientos de riesgo para desarrollar la enfermedad.

Además, antes de llevar a cabo cualquier tipo de prevención es necesario conocer los significados y representaciones que un determinado grupo tiene sobre el proceso de salud-enfermedad (Restrepo, 1992). Con respecto al sida, una de las actividades que realiza la psicología en los estudios epidemiológicos es determinar las representaciones sociales asociadas a los factores de riesgo, que hacen que estos se produzcan y mantengan (Tabla 1).

Tabla 1. Elementos de la evaluación epidemiológica.

ÁMBITO DE ACCIÓN	Toda la comunidad.
OBJETIVOS	1. Determinar la incidencia y prevalencia del sida. 2. Evaluar conductas y factores de riesgo. 3. Analizar grupos de riesgo.
TÉCNICAS	1. Metaanálisis de investigaciones. 2. Estudios epidemiológicos.
EVALUACIÓN	1. Corroborar la eficacia de los estudios epidemiológicos. 2. Constatar la calidad de los diseños metodológicos.
TIEMPO	Proceso permanente dentro del marco de una política de salud pública.

Eje 2: Prevención de la infección

A partir de los estudios epidemiológicos, se pasa al eje de la prevención de la infección, el cual tiene como objetivo central que las personas desarrollen conductas saludables que minimicen los riesgos de infección por el VIH. Hasta el momento, se tiene conocimiento de que el virus se transmite a través de los fluidos corporales, sobre todo por medio de la sangre (transfusiones sanguíneas y trasplantes de órganos) y del semen (durante contactos sexuales sin medidas de protección) (Ballester, 1997). El VIH también se halla presente en fluidos como la saliva, el sudor y las lágrimas, pero en cantidades insuficientes para que la infección se transmita a otros seres humanos.

Teniendo en cuenta que en todo el mundo ha habido avances muy importantes en el análisis de las reservas de sangre que se emplean en las transfusiones, el principal factor de riesgo radica en conductas tales como tener relaciones sexuales sin usar el preservativo, tener contacto con la sangre de una persona infectada y consumir drogas por vía intravenosa con una jeringa no esterilizada. Sin embargo, modificar el comportamiento

humano es un asunto altamente complejo debido al número tan elevado de factores psicosociales que es preciso considerar. De allí la importancia de que la psicología esté en el centro de todos los programas de prevención del VIH aportando diversas estrategias comportamentales, cognitivas y afectivas que logren implantar en la comunidad conductas efectivas para prevenir la transmisión del virus.

En la prevención del sida, el psicólogo tiene el reto de favorecer actitudes positivas hacia el uso del condón y la esterilización de las jeringas en el empleo de drogas por vía intravenosa. En esta línea es necesario 1) promover la percepción del riesgo de la infección en la población, ya que con frecuencia se encuentran personas para quienes el sida no es un problema que les incumba (Keeling, 1987); 2) fomentar prácticas educativas en la familia sobre el uso del condón; 3) desarrollar la comunicación asertiva con el fin de favorecer el sexo seguro y soportar la presión de algunas parejas sexuales que se niegan a usar los medios apropiados (Wong, Archivald, Chan-Roy y cols., 1994); 4) entrenar a los adolescentes en habilidades de afrontamiento de situaciones de riesgo,

tal como un estudio de Brown, Fritz y Barone (1989) sugiere; 5) buscar no sólo el desarrollo de conductas saludables, sino también crear condiciones psicológicas y sociales para que se mantengan en el tiempo, pues se ha observado una alta tasa de recaídas en las conductas de riesgo a pesar

de haber al comienzo un cambio en ellas (véase, por ejemplo, Kelly y Murphy, 1992), y 6) hacer que las conductas de salud sean atractivas a las personas, enlazándolas a situaciones placenteras (Ballester, 1997) con el fin de que eso fomente su puesta en práctica (Tabla 2).

Tabla 2. Componentes de la prevención de la infección.

ÁMBITO DE ACCIÓN	Toda la comunidad.
OBJETIVOS	1. Informar a la comunidad sobre el sida. 2. Desarrollar conductas saludables y mantenerlas en el tiempo. 3. Fomentar la formación personal en cuanto al desarrollo de la asertividad, la autoestima y el afrontamiento de situaciones de riesgo.
TÉCNICAS	Modelamiento, persuasión, técnicas de comunicación, encuestas.
EVALUACIÓN	1. Eficacia del programa en la creación de conductas de salud y mantenimiento de ellas a lo largo del tiempo. 2. Calidad de la metodología. 3. Disminución de casos de contagio en un determinado periodo de tiempo.
TIEMPO	Debe ser un proceso permanente de largo tiempo en el marco de una política de salud pública.

La prevención también busca mejorar el bienestar de las personas para que puedan vivir cada vez mejor a través del fomento de la autoestima, la autoeficacia, la responsabilidad con la vida y demás. Debe combinar varios medios para que sea efectiva, tales como el trabajo comunitario, los medios de comunicación y la educación mediante diferentes lenguajes.

Eje 3: Preparación para la evaluación del VIH

En este punto puede hallarse a dos tipos de personas: aquellas que acuden a practicarse una evaluación de rutina para el VIH dentro de una conducta de prevención individual o pública o para tener una constancia de no estarlo, y quienes acuden porque consideran que han realizado conductas de riesgo para la infección y sospechan de su posible seropositividad, pero que todavía no tienen una constancia fehaciente de ello. Debido a las connotaciones, denotaciones, símbolos y mitos altamente negativos que hay en torno al sida, la posibilidad de ser seropositivo es altamente estresante (Bayés, 1995).

Cuando el médico o enfermero concluyen que es necesario que la persona se someta al procedimiento de rutina para la prueba de anticuerpos para el VIH, es necesario que lo hagan con mucha prudencia y que en ese momento le brinden al paciente un espacio en el cual éste pueda expresar

sus emociones y pensamientos. Deben brindarle información suficiente sobre el procedimiento y las estrategias de afrontamiento que le permitan manejar de una forma adecuada sus emociones ante la posibilidad de ser seropositivo. El profesional de la salud debe tener en cuenta que con frecuencia acuden personas angustiadas que creen tener sida sin mostrar comportamientos de riesgo. Muchas de ellas son hipocondríacas, las cuales se deben derivar a la consulta psicológica.

Suele suceder que la intervención psicosocial solamente se lleva a cabo una vez que se establece de manera firme que la persona es seropositiva; no obstante, se ha podido establecer que cuanto más temprano comienza la intervención psicosocial, la enfermedad se desarrolla de una forma menos negativa (Antoni, Schneiderman, Flechter y Goldstein, 1990). La experiencia muestra que la intervención en este momento debe ser individual. El modelo de intervención se describe en la Tabla 3.

Eje 4: Comunicación de resultados de no seropositividad

Es importante que la comunicación de resultados de que no hay seropositividad se lleve a cabo entre el psicólogo y otro miembro del equipo sanitario preparado previamente para ello. El acto de entrega debe ser individual y confidencial, posibilitándole

Tabla 3. Elementos de la preparación para el análisis del VIH.

TIPO DE INTERVENCIÓN	La intervención debe ser individual y confidencial.
OBJETIVOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Escuchar al paciente de manera activa y darle un espacio para que exprese sus temores y ansiedades y ayudarlo a manejarlos. 2. Brindarle información suficiente sobre la prueba, los resultados, la significación de los resultados, la enfermedad y las conductas preventivas. 3. Proporcionarle estrategias de afrontamiento con relación al examen ante una posible seropositividad. 4. Ante estados emocionales exacerbados difíciles de manejar antes de la evaluación o durante ésta, el médico o enfermero deben de remitir el paciente a consulta psicológica.
TÉCNICAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entrevista. 2. Escucha activa y comprensiva. 3. Brindarle estrategias de afrontamiento para su ansiedad y depresión.
EVALUACIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pre: Aplicar un cuestionario para evaluar información sobre sida, conductas de riesgo, estado y afrontamiento del estrés. Debe hacerse al comienzo de la entrevista. 2. Post: Después del último examen o entrevista y antes de la comunicación definitiva de los resultados de la evaluación.
DURACIÓN	Desde que asiste el paciente por primera vez hasta la anterior a aquella en que se comuniquen los resultados.

a la persona sentirse en un ambiente de confianza y apoyo. En la Tabla 4 se describen los diferentes componentes de este proceso.

La experiencia muestra cómo en muchos casos en que no hay seropositividad la infección ha ocurrido posteriormente debido a que se continúan practicando conductas de riesgo. Es por ello esen-

cial aprovechar el momento de la comunicación para reforzar en la persona comportamientos saludables y prevenir situaciones de riesgo. Al respecto, le corresponde al psicólogo capacitar al equipo sanitario sobre cómo establecer una relación empática con la persona y cómo brindarle información y motivarla en torno a la prevención (Tabla 4).

Tabla 4. Componentes de la comunicación de no seropositividad.

TIPO DE INTERVENCIÓN	La intervención debe ser individual y confidencial.
OBJETIVOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Darle un espacio para que exprese sus temores, ansiedades y posible inseguridad frente a la prueba, y posibilitarle estrategias de afrontamiento de dichos estados emocionales. 2. Darle información suficiente sobre la eficacia de la prueba y el significado del diagnóstico. 3. Recomendar el uso del condón y el no compartir jeringas en caso de adicción a drogas por vía intravenosa. 4. Remitir a intervención psicológica en caso de hipocondría, comportamientos sexuales difíciles de modificar o abuso de drogas.
TÉCNICAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comunicación asertiva. 2. Escucha activa y comprensiva. 3. Brindarle estrategias de afrontamiento para posibles estados emocionales negativos.
EVALUACIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pre: Aplicar un cuestionario para evaluar actitudes y conductas de riesgo para el sida y enfermedades de transmisión sexual, así como para estado y control emocional. 2. Post: Después de la intervención, volver nuevamente a aplicar los cuestionarios.
DURACIÓN	Dos sesiones.

Eje 5: Comunicación de resultados de seropositividad

En caso de seropositividad, es necesario llevar a cabo el programa descrito en la Tabla 5. Para ello, es preciso tener en cuenta que la comunicación de seropositividad es un hecho altamente estresante y, por ende, el profesional que comunique tal resultado debe tener una sólida formación profesional y personal para acompañar a la persona y ayudarlo a superar ese crítico momento. Además, es necesario comprender que cada paciente es único en la manera de reaccionar ante la noticia de que está infectado, ya que tal reacción está mediada por su personalidad, condiciones económicas, educación, conocimiento del VIH/sida y otras características.

Durante la comunicación de resultados han de emprenderse tres acciones fundamentales: 1) comunicarle al paciente la seropositividad para la infección, 2) informarle todo lo relacionado con el tratamiento, la infección y los factores de un buen

pronóstico y 3) promover en él estrategias de afrontamiento adecuadas para un buen control de la infección y de los estados emocionales, tales como la aceptación, reevaluación, optimismo y demás.

La comunicación de seropositividad debe hacerse en el marco de una intervención psicosocial que posibilite una disminución del estrés, desarrolle estrategias de afrontamiento adecuadas para un buen pronóstico, favorezca la expresión emocional y habilite competencias en el paciente para que pueda comunicar el hecho de su seropositividad a otras personas.

El diagnóstico de VIH conlleva una percepción negativa de la salud general, disminuye la vitalidad y la práctica de conductas saludables y favorece las no saludables. Es por ello muy importante que, además de otro miembro del equipo sanitario, esté presente el psicólogo para ayudar al enfermo a manejar el estrés y el impacto emocional (Tabla 5).

Tabla 5. Componentes de la comunicación de resultados de seropositividad.

TIPO DE INTERVENCIÓN	La intervención debe ser individual y confidencial.
OBJETIVOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comunicar los resultados de forma clara, precisa y asertiva al paciente. 2. Escuchar al paciente de manera activa y permitirle que se desahogue. 3. Asesorar en estrategias de afrontamiento ante la situación estresante con el fin de reducir la ansiedad y la depresión. 3. Suministrar información sobre el periodo asintomático, la aparición del sida y la necesidad de prevenir reinfecciones. 4. Romper en el paciente el estereotipo de infección = sida = muerte. 5. Informar sobre plan de tratamiento, revisiones médicas y posible contagio a otros. 6. Motivar hacia la adherencia al tratamiento médico e intervenciones psicosociales posteriores. 7. Promover la comunicación de seropositividad a la pareja y la forma de hacerlo. 8. Asesorar en la eliminación del hábito de fumar, la rehabilitación en cuanto al consumo de drogas e intercambio de jeringas, y motivar para que se practique una actividad física regular y supervisada.
TÉCNICAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comunicación asertiva, persuasiva y empática. 2. Desahogo y comprensión. 3. Entrenamiento en estrategias de afrontamiento para el estrés, las emociones y la infección.
EVALUACIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pre: evaluar el nivel de información que se tiene sobre la infección y el sida, estereotipos, comportamientos de riesgo de infectar a otros, afrontamiento. 2. Post: Después de la intervención, evaluar la satisfacción con la misma, actitudes frente a la infección, afrontamiento y estado emocional.
DURACIÓN	Una sesión.

Eje 6: Evaluación psicológica integral

Se realiza después de la comunicación de los resultados de seropositividad y tiene como objetivo comprender la dinámica del procesamiento cognitivo-afectivo y los patrones de comportamiento de la persona infectada, teniendo en cuenta los diversos

entornos en los cuales se desenvuelve la persona y considerando el momento evolutivo de la infección en el cual se encuentre. De esta forma, se pretende facilitarle al paciente un mejor conocimiento de sí mismo y establecer un plan de intervención. La Tabla 6 describe los elementos esenciales que componen la evaluación psicológica.

Tabla 6. Componentes de la evaluación psicológica.

TIPO DE INTERVENCIÓN	Individual. De pareja y de familia (si el caso lo amerita y el paciente lo estima apropiado).
OBJETIVOS	1. Promover un mejor conocimiento en la persona infectada de sus fortalezas y debilidades en cuanto a estrategias de afrontamiento, recursos personales y rasgos de personalidad. 2. Establecer pautas para orientar el diseño de un programa de intervención para la fase asintomática de la infección. 3. Determinar el tipo e intensidad de la intervención psicológica a recibir de acuerdo a la evolución de la infección.
TÉCNICAS	1. Anamnesis: Se explora el funcionamiento de la persona en las áreas familiar, social, laboral, sexual y educativa, entre otras, antes y después de conocer el diagnóstico. Se profundiza en cómo ha sido su desarrollo psicosocial y el grado de logro en las metas personales. 2. Historia clínica: A partir de la anamnesis, se determinan los problemas psicológicos más significativos que estén afectando a la persona, para lo cual es esencial tener como base el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). 3. Evaluación procesal de afrontamiento del estrés. 4. Evaluación neuropsicológica.
EVALUACIÓN	Se determinan con el paciente los aportes de la evaluación psicológica para su conocimiento personal. También se recomienda buscar la retroalimentación del equipo de salud en torno a los conocimientos aportados por la evaluación psicológica del paciente con VIH.
DURACIÓN	Una sesión. En algunos casos puede requerirse de dos e incluso tres sesiones cuando hay trastornos psicopatológicos o neuropsiquiátricos.

A continuación se exponen los componentes de la evaluación procesal del estrés en las personas con VIH, acorde al modelo presentado por Sandín (1995, 1999). Aunque lo ideal es evaluar todos los componentes descritos, pueden seleccionarse sólo algunos de acuerdo a las necesidades de cada persona en particular. Aun así, siempre será de fundamental importancia considerar por lo menos las estrategias de afrontamiento, los recursos personales y la personalidad, ya que estos factores son esenciales para planificar el proceso de intervención.

- Demandas psicosociales relacionadas con sucesos vitales (Cuestionario de Sucesos Vitales, de Sandín y Chorot [1987]), estrés diario (Cuestio-

nario de Estrés Diario, de Santed, Chorot y Sandín, [1991]) y estrés crónico (por ejemplo, el estrés laboral puede evaluarse con la Escala de Estrés UNCAHS, de Luecken, Suárez, Kuhn y cols. [1997]). Pueden elaborarse también entrevistas semiestructuradas para evaluar los eventos en concordancia con la condición de la persona.

- Recursos personales para afrontar el estrés, tales como la autoestima (Cuestionario de Autoestima, de Rosenberg [1965]).

- Estrategias de afrontamiento (Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE), de Sandín y Chorot [2003]) y apoyo social (SS-B, de Vaux, Riedel y Stewart [1987]).

- Personalidad (Inventario Clínico Multiaxial, de Millon [1998]) y el afecto positivo y negativo (Cuestionario PANAS, de Watson, Clark y Tellegen [1988], versión española de Sandín, Chorot, Lostao y cols. [1999]).

- Respuestas emocionales en el ámbito de la ansiedad (Escala Conductual de Ansiedad-Estado, ECAE, de Chorot y Sandín [1985]) y de la depresión (Cuestionario de Depresión, de Sandín y Valiente [1998]).

- Estatus de salud mental (Cuestionario de Síntomas SCL-90 R, de Derogatis [1983], adaptado a la población española por González de la Rivera, Derogatis, De las Cuevas y cols. [1989]) y salud general (Cuestionario SF-36, de Alonso, Regidor, Barrio y cols. [1998], el cual mide la salud desde la perspectiva del paciente tanto en el ámbito físico como mental).

También es necesario tener en cuenta que el VIH es un virus que afecta el sistema nervioso central, produciendo con frecuencia alteraciones neurológicas (Ayuso, 1991), sobre todo en los casos avanzados. Los problemas más comunes en esta área son la demencia, el delirio y la sintomatología psicótica (Ballester, 1997). Es por ello necesario que el psicólogo practique una evaluación neuropsicológica, ante todo en la fase sintomática de la enfermedad o cuando sea necesario para establecer un diagnóstico diferencial. Al respecto, se recomienda el empleo de la Batería Neuropsicológica de Luria-Nebraska (Ayers, Abrams, Newell y Friedrich, 1987).

Finalmente, es importante anotar que los instrumentos de evaluación psicológica deben aplicarse como mínimo una semana después de haberse comunicado al paciente su seropositividad y nunca en el mismo momento (Ballester, 1997; Calvo, 1990), ya que en ese instante el psicólogo y el personal de salud deben dirigir sus esfuerzos en torno a que la persona pueda asimilar la noticia y pueda afrontar el hecho de la manera más adaptativa posible.

Eje 7: Tratamiento psicosocial en el paciente infectado asintomático

Este eje transcurre desde que se le comunica al paciente su seropositividad hasta que comienzan a aparecer los síntomas. Una vez que se produce

la infección, la persona permanece generalmente varios años sin síntoma alguno. Al respecto, se calcula que alrededor de 60% de las personas seropositivas desarrolla el sida durante los diez años siguientes a la infección, un 20% manifiesta síntomas menores (fiebre, sudoración nocturna, diarrea, aumento del volumen de los ganglios, pérdida de peso, etc.) y otro 20% continúa asintomático (Ballester, 1997).

Se ha concluido que la duración del periodo sin síntomas y de los años de vida está estrechamente relacionado con la carga viral (cantidad de virus) en el momento de la infección y su producción en el transcurso de la enfermedad, así como con la capacidad del sistema inmunitario (cantidad de células CD4) (véase Ho, 1995). Al respecto, se realizó un estudio con 39 varones homosexuales seropositivos al VIH que habían perdido a sus parejas en el último año, hallándose una mayor progresión de la infección por VIH en comparación con un grupo control conformado por otros 39 homosexuales que no habían perdido a sus parejas en idéntico periodo de tiempo (Kemeny, Weiner, Durán y cols., 1995).

También se han reportado beneficios del apoyo social en las personas infectadas en cuanto a la búsqueda de tratamiento, especialmente el farmacológico, en la adherencia a actividades de ejercicio físico y en la atenuación del estado emocional negativo (Sherman, 1996). Asimismo, se ha referido que el apoyo social no sólo influye en el estado emocional alterado del paciente con sida, sino que también tiene efectos benéficos en la respuesta del sistema inmune a la enfermedad (Theorell, Blomkvist, Jonsson, Schulman y Berntorp, 1995).

Por lo tanto, se ha propuesto que las intervenciones psicológicas se realicen lo antes posible, cuando el nivel de células CD4 es todavía elevado, para que estas no disminuyan y en lo posible aumenten (Bayés y Borrás, 1999). La intervención podría también disminuir la carga viral, pero ello requiere nuevas investigaciones. Hay evidencia en torno al hecho de que las intervenciones psicológicas ayudan a que el desencadenamiento de la enfermedad sea más lento, aumentando así el número de años de vida saludables y también la calidad de vida (Bayés, 1994).

Asimismo, se propone dirigir las intervenciones psicológicas de asesoría y terapia en las

personas con VIH tomando como base el modelo de afrontamiento de Lazarus (2000) (cfr. Lazarus y Folkman, 1986; Lazarus y Lazarus, 2000), pues puede ser asumido como heurístico de las intervenciones terapéuticas en psicología (Casado, 2002). Dicha propuesta se fundamenta en el hecho de que las intervenciones psicológicas basadas en el

manejo de estrategias de afrontamiento han demostrado tener beneficios en la salud mental y física de las personas infectadas con VIH (Kelly y Kalichman, 2002). En la Tabla 7 se describen los componentes más importantes de la intervención psicológica basada en las estrategias de afrontamiento del estrés.

Tabla 7. Componentes del tratamiento psicosocial en la fase asintomática.

TIPO DE INTERVENCIÓN	Individual. Por pareja-familia. Grupal (familiares, allegados, infectados).
OBJETIVOS	1. Promover una vida normal. 2. Fomentar comportamientos y estrategias de afrontamiento saludables. 3. Controlar alteraciones emocionales. 4. Reconocer, afrontar y aceptar sentimientos de culpa.
TÉCNICAS	1. Entrenamiento en reevaluación y reestructuración cognitiva. 2. Entrenamiento en relajación. 3. Entrenamiento en técnicas de autocontrol emocional. 2. Entrenamiento en habilidades sociales. 3. Terapia sexual y de pareja. 4. Entrenamiento en resolución de problemas. 8. Planificación de actividades.
EVALUACIÓN	Pre y post. Se evalúa el grado de manejo de estrategias de afrontamiento ante el estrés y su eficacia. También se determinan los logros en conductas de salud.
DURACIÓN	Se recomienda una fase de terapia de 10 a 20 sesiones, con una sesión de seguimiento mensual o semestral, de acuerdo a las necesidades.

Eje 8: Tratamiento psicosocial en los pacientes sintomáticos con sida

El periodo sintomático corresponde al sida propiamente dicho y se produce cuando hay una disminución significativa de las células C4+ y la aparición de una de las 26 enfermedades especificadas por los Centers for Disease Control (1992) de Estados Unidos (cfr. Baratas y cols., 1996). La intervención psicológica durante este periodo pretende que el paciente tenga los niveles más altos de calidad y cantidad de vida posibles de acuerdo a sus posibilidades, de tal manera que goce de un pleno bienestar a pesar de la infección.

Las intervenciones psicosociales hacen una contribución de gran importancia para el mejoramiento de la salud de los pacientes en la fase sintomática, toda vez que ayudan a controlar los síntomas físicos y los psíquicos (Bayés, 1994). Para ello, se propone —al igual que en la fase asinto-

mática— tener como base el modelo del afrontamiento del estrés de Lazarus y Folkman (1986). La Tabla 8 describe las principales técnicas que se pueden emplear al respecto.

Con respecto a los objetivos descritos en la Tabla 8, hay que hacer las siguientes consideraciones. En primer lugar, es necesario que los sujetos con VIH/sida desarrollen habilidades de ocultación de síntomas en virtud de que los síntomas físicos externos son causa de un rechazo considerable por parte de la sociedad, dados los tabúes y estereotipos sociales que existen. El hecho de que se padezca la infección y se desarrolle el sida implica para muchos pacientes dejar de hacer cosas que antes hacían o entregarse a la pena. La intervención psicosocial debe promover un estilo de vida lo más normal posible para que el paciente se sienta integrado a la sociedad y eso le brinde un mayor bienestar y más posibilidades para controlar la infección.

La intervención busca también fomentar comportamientos y estrategias de afrontamiento saludables que potencien un mejor estado de salud. Los factores emocionales son un factor muy importante en la evolución de patologías relacionadas con el sistema inmunológico como el sida. Es por ello que la intervención psicosocial debe apuntar a que los sujetos infectados desarrollen técnicas y estilos de vida que favorezcan el bienestar emocional y controlen situaciones emocionales relacionadas con la misma enfermedad.

Otro factor muy importante sobre el que hay que intervenir es el relacionado con el apoyo so-

cial, variable estrechamente implicada en el bienestar emocional. Se debe procurar que la familia sea solidaria con el paciente, pero que no sea a partir del pesar sino del apoyo mutuo. Es necesario también intervenir en los sentimientos de culpa, los cuales emergen en muchos pacientes debido a que sus comportamientos no suelen ser aceptados por sectores importantes de la sociedad. La intervención en estos casos se dirige a que los pacientes infectados aprendan a reconocerlos y a afrontarlos para evitar situaciones emocionales negativas.

Tabla 8. Componentes del tratamiento en la fase sintomática.

TIPO DE INTERVENCIÓN	Individual. Por pareja-familia. Grupal (familiares, allegados, infectados).
OBJETIVOS	2. Aprender a ocultar los síntomas. 3. Aprender a manejar emociones negativas asociadas a los síntomas físicos. 4. Instrumentar y reforzar estrategias de afrontamiento del estrés. 5. Reforzar las conductas de salud.
TÉCNICAS	Las técnicas están dirigidas a ayudar a la persona a afrontar la fase sintomática de su enfermedad y a manejar situaciones estresantes durante este periodo: 1. Entrenamiento en habilidades de ocultación de síntomas. 2. Entrenamiento en relajación relacionada con el manejo de los síntomas físicos. 3. Entrenamiento en resolución de problemas relacionados con la emergencia de síntomas. 4. Planificación de actividades de la vida cotidiana.
EVALUACIÓN	Pre y post. Al principio se evalúan las estrategias de afrontamiento adaptativas que la persona emplea para afrontar el estrés y su misma enfermedad. También se analizan sus conductas de salud. A partir de esto, se planea la intervención y se siguen realizando evaluaciones cada semestre con el fin de determinar la evolución del caso.
DURACIÓN	Es intensiva al principio (diez sesiones como mínimo) y puede luego realizarse una sesión cada mes a través de un formato grupal. La duración también depende de si la persona recibió intervención psicológica durante la fase asintomática. En caso de que no la haya recibido o no se hubiese dado con la frecuencia necesaria, entonces es necesario brindarle de veinte a treinta sesiones aproximadamente durante la fase inicial, y luego una sesión mensual.

Eje 9: Preparación para la muerte

La percepción de la proximidad de la muerte genera en muchos pacientes con sida profundas emociones negativas, así como en sus familiares y amigos. La preparación para la muerte ocurre cuando el afectado con sida esté próximo a morir y solicite dicha preparación. Tal demanda de interven-

ción psicosocial puede formularse también por parte de los familiares, pareja o amigos.

La preparación para la muerte pretende:
1) Trabajar con el paciente y personas cercanas el manejo de las emociones negativas y alteraciones emocionales; 2) Facilitar el proceso de despedida, de preparación para la muerte, de cierre del ciclo vital del individuo; asimismo, ha de facilitársele al

paciente que va a morir la expresión de sus últimos deseos. La intervención va más allá de la muerte del paciente ya que se está interviniendo también con la pareja, familiares o amigos con el fin de que puedan “elaborar” la pérdida, y 3) Proporcionarle apoyo espiritual. Esto debe hacerse sin importar las creencias religiosas específicas de los pacientes. Toda persona vive de una u otra forma la ex-

periencia espiritual, pues es una forma de ser auténticamente humana. Todos los profesionales que trabajan con el sida deben de tener una profunda vivencia espiritual para que puedan acompañar en este proceso a la persona que va a morir. Teniendo en cuenta estos fines de la preparación para la muerte, se muestran las estrategias de intervención en la Tabla 9.

Tabla 9. Componentes de la preparación para la muerte.

TIPO DE INTERVENCIÓN	Individual. Por pareja-familia. Grupal (familiares, allegados e infectados).
OBJETIVOS	1. Controlar posibles alteraciones emocionales. 2. Facilitar el proceso de despedida al paciente, familiares, pareja y amigos. 3. Proporcionar apoyo emocional.
TÉCNICAS	1. Entrenamiento en técnicas de autocontrol emocional. 2. Meditación. 3. Escucha, empatía y acompañamiento. 4. Reestructuración cognitiva. 5. Intervención espiritual.
EVALUACIÓN	Pre y post. La evaluación se puede llevar a cabo empleando un cuestionario donde se anoten las necesidades de intervención y los logros tenidos con respecto a estas necesidades. Para ello, es esencial involucrar a la familia y amigos.
DURACIÓN	Cinco sesiones aproximadamente. La duración depende de las necesidades del paciente y su familia.

Eje 10. Elaboración del duelo

La muerte de un ser querido produce crisis emocionales y requiere de un proceso de elaboración de la pérdida. En muchos casos es necesario que el psicólogo acompañe a la familia de la persona que fallece asesorándola en la elaboración del

duelo. Sin embargo, cuando se encuentra un proceso de duelo patológico, es recomendable que el psicólogo que trabaja en el ámbito sanitario remita el caso a otro especialista para que se pueda llevar a cabo una intervención a fondo y con la duración necesaria (Tabla 10).

Tabla 10. Intervención en la elaboración del duelo en la pareja y la familia.

TIPO DE INTERVENCIÓN	La intervención es esencialmente con toda la familia. En casos extremos, se realizará intervención individual a la pareja, hijos y familiares próximos (padres).
OBJETIVO	Ayudar a la elaboración del duelo en la pareja o familia por la pérdida del ser querido afectado por el sida.
TÉCNICAS	1. Escucha, empatía y acompañamiento. 2. Reestructuración cognitiva.
EVALUACIÓN	Pre y post. Llevar a cabo un proceso de evaluación utilizando un cuestionario sencillo para determinar los beneficios de la terapia en la elaboración del duelo.
DURACIÓN	De una a cuatro sesiones, de acuerdo a las necesidades de acompañamiento.

CONCLUSIONES

El objetivo de este trabajo fue el de elaborar un programa de intervención psicosocial que posibilite a los profesionales de la salud en general y a los psicólogos en particular una visión completa de los momentos en los cuales ha de llevarse a cabo dicha intervención en las personas infectadas con VIH. En cierta medida pudo llevarse a cabo lo anterior, y se espera que los profesionales que trabajan en este campo adopten esta visión de conjunto para desarrollar propuestas de intervención específicas que se ajusten a la realidad de los pacientes y sus concepciones teóricas y expectativas profesionales.

Con el presente trabajo se pretende lograr cierto consenso en la intervención psicosocial, con-

siderando la gran importancia que tienen las intervenciones que busquen aumentar la cantidad de vida y mejoren su calidad. En nuestro medio todavía no se le ha dado la suficiente importancia a la intervención psicosocial tal como está ocurriendo en otros países. Además, muchas veces la intervención psicosocial se lleva a cabo por compasión hacia el paciente para aliviar su dolor y sufrimiento, lo que no debe ser así. Este programa general brinda una amplia gama de actividades que se pueden llevar a cabo en la intervención psicosocial con pacientes con sida a partir de un análisis de los diferentes momentos por los que pasa esta enfermedad y de las necesidades de intervención psicosocial que hay en cada una de ellas.

REFERENCIAS

- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C. y De la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medical Clinic*, 111: 410-416.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)* (4ª ed.). Washington D.C.: A.P.A.
- Antoni, M.H., Schneiderman, N., Flechter, M.A. y Goldstein, D.A. (1990). Psychoneuroimmunology and HIV-1. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58: 38-49.
- Ayers, M.R., Abrams, D.I., Newell, T.G. y Friedrich, F. (1987). Performance of individuals with AIDS on the Luria-Nebraska Neuropsychological Battery. *International Journal of Clinical Neuropsychology*, 9: 101-105.
- Ayuso M., J.L. (1991). Aspectos neuropsiquiátricos de la infección por VIH. *Archivos de Neurobiología*, 54(1): 7-10.
- Ballester, R. (1997). Intervención psicológica en SIDA y VIH: Prevención y tratamiento. En L.M. Pascual y R. Ballester (Eds.): *La práctica de la psicología de la salud: Programas de intervención* (pp. 207-248). Valencia: Promolibro.
- Baratas, D., Monteserín, F., Parejo, M., Peña, C., Polo, A. y Robledo, J.M. (1996). Programa marco de intervención psicológica con afectados por VIH/sida. *Ansiedad y Estrés*, 2: 69-82.
- Bayés, R. (1990). Psicología y SIDA: Análisis funcional de los comportamientos de riesgo y prevención. *Papeles del Colegio de Psicólogos*, 46/47: 30-36.
- Bayés, R. (1994). Sida y psicología: realidad y perspectivas. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47: 125-128.
- Bayés, R. (1995). *SIDA y psicología*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bayés, R. y Arranz, P. (1988). Las variables psicológicas como cofactores del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Jano*, 812: 313-322.
- Bayés, R. y Borrás, F.J. (1999). Psiconeuroinmunología y salud. En M.A. Simon (Ed.): *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Brown, L.K., Fritz, G.K. y Barone, V.J. (1989). The impact of AIDS education on junior and senior high school students. *Journal of Adolescent Health Care*, 10: 386-392.
- Calvo, F. (1990). Intervención psicológica y SIDA. En J.M. Buceta y A.M. Bueno (Eds.): *Modificación de conducta y salud*. Madrid: Eudema.
- Casado, F.D. (2002). Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. *Apuntes de Psicología*, 20: 403-414.
- Centers for Disease Control (CDC) (1992). 1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *Morbi-Mortality Weekly Report*, 41: 1-19.
- Chorot, P. y Sandín, B. (1985). Escala Conductual de Ansiedad-Estado (ECAE). *Psiquis*, 6: 115-120.
- Derogatis, L.R. (1983). *SCL-90-R. Administration, scoring and procedures manual-II* (2ª ed.). Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.

- Fahey, J.L., Taylor, J.M., Detels, R., Hofman, B., Melmed, R., Nishanian, P. y Giorgi, J. (1990). The prognostic value of cellular and serologic markers in infection with human immunodeficiency virus type-1. *New England Journal of Medicine*, 322: 166-172.
- Gallo, R.C. (1991). *Virus hunting AIDS, cancer, and the human retrovirus: a story of scientific discovery*. New York: Basic Books.
- Godoy, J.F. (1999). Psicología de la salud: Delimitación conceptual. En M.A. Simon (Ed.): *Manual de psicología de la salud* (pp. 77-114). Madrid: Biblioteca Nueva.
- González de R., J.L., Derogatis, L.R., De las Cuevas, C., Gracia M., R., Rodríguez P., F., Henry B., M. y Monterrey, A.L. (1989). *The Spanish version of the SCL-90-R. Normative data in general population*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Ho, D.D. (1995). Time to hit HIV, early and hard. *The New England Journal of Medicine*, 333: 450-451.
- Keeling, R.P. (1987). Effects of AIDS on young Americans. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 21: 22-23.
- Kelly, J.A. y Kalichman, S.C. (2002). Behavioral research in HIV/AIDS primary and secondary prevention: Recent advances and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70: 626-639.
- Kelly, J.A. y Murphy, D.A. (1992). Psychological interventions with AIDS and HIV: Prevention and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60: 576-585.
- Kemeny, M.E., Weiner, H., Duran, R., Taylor, S.E., Visscher, B. y Fahey, J.L. (1995). Immune system changes after the death of a partner in HIV-positive gay men. *Psychosomatic Medicine*, 57: 547-554.
- Kleinbaum, D.G., Kupper, L.L. y Morgenstern, H. (1982). *Epidemiologic research*. Belmont: Lifetime Learning Publications.
- Krikorian, R., Kay, J. y Liang, W.M. (1995). Emotional distress, coping, and adjustment in human immunodeficiency virus infection and acquired immune deficiency syndrome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183: 293-298.
- Lazarus, R.S. (2000). *Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lazarus, R.S. y Lazarus, B.N. (2000). *Pasión y razón: la comprensión de nuestras emociones*. Barcelona: Paidós.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Linsk, N.L. (2000). HIV among older adults: age-specific issues in prevention and treatment. *AIDS Red*, 10: 430-440.
- Luecken, L.J., Suárez, E.C., Kuhn, C.M., Barefoot, J.C., Blumenthal, J.A., Siegle, I.C. y Williams, R.B. (1997). Stress in employed women: Impact of marital status and children at home on neurohormone output and home strain. *Psychosomatic Medicine*, 59: 352-359.
- Martin, J.L. y Dean, L. (1993). Effects of AIDS-related bereavement and HIV related illness on psychological distress among gay men: a 7-year longitudinal study, 1985-1991. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61: 94-103.
- Millon, T. (1998). *MCMI-II. Inventario clínico multiaxial de Millon-II. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Morin, S.F., Charles, K.A. y Malyon, A.K. (1984). The psychological impact of AIDS on gay men. *American Psychologist*, 39: 1288-1293.
- Nichols, S.E. (1983). Psychiatric aspects of AIDS. *Psychosomatics*, 24: 1083-1089.
- Nieuwkerk, P., Gisolf, E., Reijers, M., Lange, J., Danner, S., Sprangers, M., Native Study Group, Prometheus Study Group y Adam Study Group (2001). Long-term quality of life outcomes in three antiretroviral treatment strategies for HIV-1 infection. *AIDS*, 15: 1985-1991.
- Organización de las Naciones Unidas SIDA (ONUSIDA). *Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA, al final de 2001*. Disponible en línea: www.ssa.gov.ma/conasida, www.onu.org/ni/onusida (01/05/2002).
- Pascual, L.M. y Ballester, R. (1997). *La práctica de la psicología de la salud: Programas de intervención*. Valencia: Promolibro.
- Restrepo, F. (1992). Atención primaria en salud: un reto para la psicología en Colombia. En L. Flórez (Ed.): *Psicología de la salud en Colombia* (vol. I). Bogotá: Asociación Colombiana de Psicología de la Salud.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: University Press.
- Sandín, B. (1995). Estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.): *Manual de Psicopatología, vol. II* (pp. 3-52). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B. (1999) (Ed.). *El estrés psicosocial: conceptos y consecuencias clínicas*. Madrid: Klinik.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1987). *Cuestionario de Sucesos Vitales (CSV)*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) (policopiado).
- Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8: 39-54.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T.E., Santed, M.A. y Valiente, R.M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11: 37-51.

- Sandín, B. y Valiente, R.M. (1998). *Cuestionario de Depresión (CD)*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) (policopiado).
- Santed, M.A., Chorot, P. y Sandín, B. (1991). *Cuestionario de Estrés Diario (CED)*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) (policopiado).
- Sherman, D. (1996). Nurses' willingness to care for AIDS patients and spirituality, social support, and death anxiety. *Image Journal of Nursery School*, 28: 205-213.
- Theorell, T., Blomkvist, V., Jonsson, H., Schulman, S. y Berntorp, E. (1995). Social support and the development of immune function in human immunodeficiency virus infection. *Psychosomatic Medicine*, 57: 332-336.
- Tobón, S. y Núñez, A.C. (2000). Psicología y sistema de salud en Latinoamérica. *Perspectivas en Psicología*, 3: 21-40.
- Vaux, A., Riedel, S. y Stewart, D. (1987). Modes of social support: The Social Support Behaviors Scale (SS-B). *American Journal of Community Psychology*, 15: 209-237.
- Watson, D., Clark, L.A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54: 1063-1070.
- Wong, M.L., Archivald, C., Chan Roy, K.W., Goh, A., Tan, T.C. y Goh, C.L. (1994). Condom use negotiation among sex workers in Singapore: findings from qualitative research. *Health Education Research*, 9: 57-67.