

# Intervención Psicológica en el Área de la infección por el VIH: Obstáculos y retos para los Psicólogos de la Salud

## Psychological Intervention in the Area of HIV Infection: Obstacles and Challenges to the Health Psychologist

Julio Alfonso Piña López  
Universidad de Sonora, México

(Rec: 22-abril-2003 Acep: 23-mayo-2003)

Se discute sobre la importancia que reviste la práctica de la investigación en el contexto de los programas de intervención psicológica dirigidos a personas que viven con VIH/sida. Asimismo, se revisan algunos de los obstáculos que, al menos en México, limitan la inserción de los profesionales de la psicología en los equipos multidisciplinares de salud.

*Palabras clave:* Intervención psicológica, VIH/sida, Equipos multidisciplinares.

Its discuss about the importance of the research practice in the context of psychological intervention programs toward to HIV/AIDS living persons. Its review some of the obstacles that, at least in México, limit the incorporation of the professionals of the psychology in the multidisciplinary teams.

*Keywords:* Psychological intervention, HIV/AIDS, Multidisciplinary teams.

Como es bien sabido, el del VIH/sida<sup>2</sup> constituye un problema de salud pública complejo que suele afectar a prácticamente todas las esferas en la vida de las personas, ya sea que se haga referencia a la individual, a la familiar o a la social (Carvalho, 1999). Como tal, es un problema cuyo abordaje exige la colaboración conjunta de diferentes científicos y profesionales, provenientes de las áreas biomédicas, de la sociología, del trabajo social, y, especialmente, de la psicología (Bayés, 1998).

En relación con los profesionales de la psicología, con el correr de los años se ha insistido que su participación frente al problema del VIH/sida puede darse en los conocidos como niveles de atención a la salud: el primario, el secundario y el terciario. En el primero, interesa no sólo identificar qué tipos de conductas de riesgo para la infección por el VIH son las que se practican, sino también identificar cuáles son los eventos psicológicos que las predicen, con el objeto de contribuir en estadios posteriores en el diseño, instrumentación y evaluación de campañas y programas dirigidos a la prevención de la infección por VIH. Para dicho propósito se ha propuesto la utilización de una diversidad de teorías y modelos, dentro de los cuales destacan la teoría de la acción razonada de Ajzen y Fishbein (1980) y Fishbein y Azjen (1975), la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1992, 1994), el modelo de reducción de

riesgo (Catania, Kegeles y Coates, 1990), el modelo transteórico (Prochaska y Velicer, 1997), la teoría de la conducta planeada de Ajzen (1974), el modelo de creencias de salud (Rosenstock, 1974), el modelo de información, motivación y conducta (Fisher y Fisher, 1992, 1993), así como el modelo psicológico de salud biológica (Bayés y Ribes, 1992; Ribes, 1990).

En el segundo y tercer niveles, sobre los cuales prestaremos mayor atención en el presente trabajo, de acuerdo con Ribes (1990), desde un punto de vista psicológico es posible cubrir con diferentes acciones, de las cuales por su importancia señalaremos únicamente las más representativas: a) la promoción de conductas de adhesión al tratamiento; b) la eliminación de conductas que interfieren con la eficacia de los tratamientos biomédicos, y c) el aumento de la inmunocompetencia por reducción de las reacciones de estrés. Son acciones cuyo objetivo no es otro que el de prevenir la cronicidad de ciertos estados y el deterioro acelerado del individuo que sufre determinados cuadros patológicos; facilitan, asimismo, la recuperación parcial o total de funciones perdidas, y participan en la eliminación de ciertos estados y reacciones que perturban formas normales de reacción biológica, etcétera.

Son acciones que, por sus propias características, pueden concebirse como acciones complementarias a las de tipo biomédico con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH/sida. Su importancia, como se verá más adelante, ha quedado de manifiesto en múltiples ocasiones, aunque para su cumplimiento los profesionales de la psicología interesados en el campo de los problemas de la salud requieran salvar una serie de obstáculos. Por ejemplo, gracias a los avances lo-

<sup>1</sup> Correspondencia: Guillermo Prieto 18, col. Constitución. Hermosillo, Sonora, c.p. 83150 (México). Correo electrónico: jpina@salud.gob.mx

<sup>2</sup> Sida: se usa el sustantivo, de acuerdo con la Real Academia de la Lengua Española.

grados en materia de investigación biomédica hoy en día se dispone de un mejor y más completo conocimiento tanto de las características patogénicas del virus como de las alteraciones que se presentan en el sistema inmune desde el periodo de infección primaria hasta el desarrollo de sida como tal (Camacho, 2000; Soto, 1999). Estos hallazgos, junto con otros no menos importantes, han contribuido, entre otras cosas, a la elaboración de nuevos y cada vez más potentes medicamentos, especialmente los que forman parte de la que se conoce como terapia antirretroviral altamente activa –HAART, por sus siglas en inglés– (del Río & Cahn, 1999).

A pesar de que en diversos trabajos de investigación se ha demostrado que esos medicamentos poseen la capacidad de reducir las tasas de morbilidad y mortalidad asociadas con la enfermedad (p.e., Adler, 2001; Collaborative Group on AIDS Incubation and HIV Survival, 2000; de Martino *et al.*, 2001; Palella *et al.*, 1998), paralelamente en otros tantos se han puesto de manifiesto diferentes problemas, los cuales suponen un vasto campo para la inserción profesional de los psicólogos de la salud. Uno de esos problemas tiene que ver con el hecho de que las personas VIH+ por lo regular no consumen los medicamentos de acuerdo con las indicaciones expuestas por el personal de salud (Catz, Kelly, Bogart, Benotsch & McAuliffe, 2000; Chesney, Ickovics, Chambers *et al.*, 2000; Gray, Edmonson & Lemke, 1998; Remor, 2002), es decir, no practican conductas de adhesión al tratamiento.

Una primera pregunta que nos podríamos hacer sobre el respecto es por qué las personas VIH+, a pesar de que eventualmente posean información sobre: a) la enfermedad; b) el tratamiento a seguir, y c) la necesidad de instrumentar cambios en sus “estilos de vida”, fundamentalmente, simple y sencillamente hacen caso omiso de dicha información, aun a sabiendas de que con ello aumentan las probabilidades de sufrir daños irreversibles en su salud o de fallecer en un tiempo promedio menor del esperado, que por ejemplo en México oscila entre los cuatro y cinco años (Izazola, Valdéz, Sánchez & del Río, 1995; Piña, de la Cruz, Navarro, Mada & Fierros, en prensa).

La respuesta a esa inquietante pregunta, desafortunadamente, no es tan fácil de conseguir. No, por la simple y sencilla razón de que estamos frente a un problema, el de la adhesión al tratamiento, en el cual, para el caso concreto del VIH/sida, convergen múltiples factores que regulan a las conductas de adhesión en diferentes niveles. Por ejemplo, hoy en día se sabe que los medicamentos antirretrovirales suelen producir varios tipos de efectos secundarios –dolor muscular y en las articulaciones, vómito, diarrea, cefalea, entre otros– o efectos “cruzados” (Carr & Cooper, 2000; Cohn, 1997; Sherer, 2000); se sabe, asimismo, que variables como la personalidad, la presencia de estados emocionales negativos más o menos permanentes, o la carencia de redes de apoyo social, entre otros, también

compiten con la práctica de esas conductas (Chesney *et al.*, 2000; Remien *et al.*, 2003; Remor, 2002; Schuman *et al.*, 2001).

Teniendo en cuenta esos factores, desde el punto de vista psicológico, el meollo, parafraseando a Bayés (1999), radica en cómo lograr que las personas VIH+ practiquen conductas de adhesión desde el comienzo del tratamiento, pero sobre todo, cómo lograr que las mantengan a lo largo del tiempo. Para este autor, una manera de conseguirlo es mediante el establecimiento de unidades o servicios en el ámbito hospitalario dedicados al tratamiento de las personas que viven con VIH o sida, conformadas por un equipo de intervención y vigilancia que posean tanto unas buenas cualidades empáticas como una excelente formación en estrategias de comunicación, aspectos ambos que son esenciales para la consecución de ambos objetivos.

Empero, al menos como ocurre en México, resulta paradójico que las acciones tendientes para lograr esos objetivos sigan recayendo en los especialistas biomédicos y no en los psicólogos, que de acuerdo con Bayés (1998) son justamente quienes debieran ser los encargados de conducir las investigaciones para sugerir qué estrategias pueden ser más útiles para mejorar las conductas de adhesión al tratamiento. He aquí el primer reto a enfrentar por los profesionales de la psicología interesados en el campo de los problemas de la salud y en el del VIH/sida; ampliaremos la discusión sobre este punto, con un ejemplo que evidencia la realidad que se vive en México.

En México, la Secretaría de Salud, en el nivel federal, presentó recientemente (Secretaría de Salud, 2002) el Programa de Acción intitulado “VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual (ITS)”, uno de cuyos componentes es el relacionado con la atención integral de las personas con VIH/SIDA e ITS. En el capítulo I (En dónde estamos), en el apartado de conclusiones se lee: “La complejidad del VIH/SIDA requiere de estrategias integrales que incluyan aspectos psicológicos, sociales, culturales, religiosos, étnicos, sexuales y económicos” (pág. 20). Por su parte, en el siguiente capítulo (A dónde queremos llegar), en el apartado de objetivos se lee: “Garantizar a toda la población servicios integrales de detección, tratamiento y seguimiento adecuados de cualquier ITS y VIH en unidades del sector salud” (pág. 32). Mientras tanto, en el capítulo III (Qué camino vamos a seguir), como parte de las acciones estratégicas se lee: “Organizar y consolidar los servicios de consejería, detección y tratamiento del VIH/SIDA e ITS, a través de la colaboración entre instituciones y entidades federativas”, para proseguir con: “Promover grupos de autoayuda para asegurar la adherencia al tratamiento” (pág. 41).

Contrario a lo que pudiera esperarse, a lo largo del Plan de Acción en cuestión en ningún momento se hace referencia a la necesidad de conducir investigaciones para evaluar y mejorar las conductas de adhesión al tratamiento, pues la

única referencia a dicha función profesional se hace sobre el problema del estigma y la discriminación (capítulo III: Qué camino vamos a seguir). Ahora bien, nos gustaría dejar en claro que con lo antes dicho no estamos asegurando que en México no se realiza investigación sobre el problema de la adhesión al tratamiento, pues si bien es cierto que la hay, aunque no en cantidades dignas de llamar la atención (p.e., López *et al.*, 2000; Magis, Esquivel & López, 2000), lo que sí podemos asegurar es que ninguna de esas investigaciones ha sido conducida por un profesional de la psicología, asunto que nos lleva a plantear un simple cuestionamiento: ¿por qué el psicólogo no lo hace?

No lo hace, por un lado, porque en la mayoría de las instituciones del sector salud de México no se cuenta con los recursos humanos altamente especializados –nos referimos, en este caso particular, a profesionales de la psicología– para realizar investigación aplicada sobre el problema de la adhesión al tratamiento, que por sus propias características exige que se lleve al cabo en un tiempo prudente, es decir, en un tiempo que permita evaluar en diferentes momentos cómo operan aquellas variables psicosociales que se consideran de interés –llámense percepción de riesgo, estrés, ansiedad, competencias conductuales o personalidad, entre otras–, pero sobre todo, que nos permita dar cuenta cómo es que esas variables interactúan, afectan y son afectadas por otras variables, casos de las variables biológicas y sociales, y finalmente, cómo es que facilitan o dificultan la práctica de conductas de adhesión al tratamiento.

Sobre el respecto, téngase presente, como por ejemplo ocurre en nuestro entorno inmediato, que en las cuatro principales instituciones del sector salud del Estado de Sonora –localizado en el noroeste de México– en las que se atiende a personas VIH+ –la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano para el Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios de Salud para los trabajadores del Estado y el Hospital “Ignacio Chávez”, dependiente del Instituto de Seguridad y Servicios de Salud para los trabajadores del Estado de Sonora–, únicamente se cuenta con dos profesionales de la psicología, concretamente en la Secretaría de Salud, uno dedicado al cumplimiento de actividades “preventivas” y otro a actividades clínicas propiamente dichas. No se puede esperar, por supuesto, que bajo esas circunstancias se dedique un mínimo de tiempo para realizar investigación sobre el problema mencionado.

Empero, tampoco se hace investigación, porque con excepción de contados profesionales de la psicología que se insertan en el sector salud en general y que se desempeñan en relación con otras enfermedades como el cáncer y la diabetes, por ejemplo, una considerable cantidad no posee las competencias y habilidades necesarias para realizar investigación. Ésta es una seria limitación que el autor ha observado de manera reiterada en dos estudios realizados, con diferencia de una década, entre los psicólogos que se

desempeñan profesionalmente en el citado sector en la ciudad de Hermosillo, capital del Estado de Sonora (Piña, 1990, 2000).

En pocas palabras, nos encontramos frente a dos asuntos en los que se evidencia un serio rezago y que, en consecuencia, limitan la inserción de los profesionales de la psicología en las unidades o servicios de atención para las personas que viven con el VIH/sida, en los términos expuestos por Bayés (1999). Son asuntos que, por lo demás, no hacen sino reflejar la situación real de los psicólogos que trabajan en el sector salud en México (Piña, en revisión), pues no obstante que hace años se calculaba que había entre 1.546 y 1.600 psicólogos laborando en dicho sector (Urbina & Rodríguez, 1993; Rodríguez & Rojas, 1998), los autores desconocían qué funciones profesionales desempeñaban, en relación con qué problemas de salud, en qué escenarios, qué sectores de la población eran los beneficiarios de sus servicios, etcétera.

Sobre esto último es conveniente plantearse una pregunta más: ¿en dónde se ubica el origen de esas limitaciones, es decir, en el propio sector salud que impone múltiples restricciones para el desempeño profesional de los psicólogos, o en la propia formación de éstos? Si nos atenemos a lo que acontece en México, la respuesta nos tiene que llevar a plantear que en ambos. No sólo nos encontramos con que en su gran mayoría las instituciones del sector salud en las cuales laboran los psicólogos los comprometen con el ejercicio de funciones tradicionales de diagnóstico, evaluación y rehabilitación, sino que también, y en general, como se observa en el Estado de Sonora, las instituciones educativas responsables de formarlos lo hacen sin que para ello se considere explícitamente la generación de habilidades y competencias que les permitan cumplir con otras funciones que no sean las antes mencionadas, casos de las relacionadas con la investigación.

Tal y como señalamos en otro lugar (Piña, en revisión), en la medida en que nuestras instituciones educativas no se den a la tarea de formar profesionales capacitados para desarrollar funciones como la de investigación, su inserción en los equipos y unidades que atienden a personas con VIH/sida no pasará de ser sino un conjunto de buenas intenciones. Reexaminar los contenidos curriculares en los planes y programas de estudio en psicología, debe necesariamente conducirnos a profundizar en el análisis y discusión acerca de cómo, por qué y para qué son formados los psicólogos.

Como se puede deducir de lo hasta aquí dicho, los problemas y obstáculos a los que hacen frente los psicólogos de la salud en México, particularmente aquellos que se interesan por el problema del VIH/sida, tienen orígenes y niveles de complejidad de distinto orden. Ciertamente, un primer paso para superar estas limitaciones debe darse desde las propias escuelas encargadas de formar a los psicólogos, redefiniendo, en primer lugar, el papel a jugar por és-

tos en el campo de los problemas de la salud; en segundo lugar, adecuando los programas y planes de estudio a las necesidades actuales y futuras en materia de salud, y en tercer lugar, promoviendo su formación y el entrenamiento en habilidades y competencias que les permitan cumplir con funciones profesionales como la de investigación, fundamentalmente (Reynoso & Seligson, 2002; Rodríguez & Rojas, 1998).

México es, a tenor de lo antes dicho, un país del tercer mundo, no por razones de naturaleza económica, sino por razones que derivan de la hegemonía que los profesionales biomédicos han ejercido históricamente —y siguen ejerciendo— en el campo de los problemas de la salud. No es, por tanto, ni gratuito, ni mucho menos accidental, que a pesar de la enorme cantidad de psicólogos que se presume trabajan profesionalmente en el sector salud, pocos sean los que se insertan con propuestas sistemáticas y sólidamente fundamentadas en los equipos multidisciplinarios de salud; lamentablemente, tal y como lo evidencian los hechos, el del VIH/sida todavía parece ser uno de esos campos de difícil acceso.

### Algunas reflexiones finales

Hace pocos años Kelly, Otto-Salaj, Sikkema, Pinkerton & Bloom (1998) señalaban que lo que se da en llamar prevención secundaria representaba uno de los grandes retos para los científicos y profesionales interesados en el estudio de la conducta, especialmente por toda la amplia gama de contribuciones que se pueden hacer para mejorar la salud de las personas que viven con VIH/sida. Esta es una posición que sin lugar a dudas apoyamos firmemente pero que, lamentablemente, en nuestra realidad inmediata, suena literalmente como una especie de “grito en el desierto”.

Mejorar la salud en los términos expuestos por los autores implica que como psicólogos seamos capaces de modificar conductas, tarea que no es tan sencilla como se supone, mucho menos cuando las conductas que se pretenden modificar se encuentran reguladas por una diversidad de factores psicológicos y sociales, principalmente. En el caso concreto del VIH/sida, no sólo nos la tenemos que ver con los propios estados emocionales negativos que experimentan las personas VIH+ (depresión, ansiedad, estrés, miedo a la muerte, etcétera), con la carencia de competencias conductuales que permitan a esas un mejor ajuste individual y social, sino también con fenómenos como el estigma y el rechazo sociales, por mencionar a dos de ellos (p.e., Carrobes, Remor & Rodríguez-Alzamora, 2003; Piña & Remor, aceptado; Piña, Togawa, Encinas & Álvarez, en revisión; Remor *et al.*, 2001).

Dar cuenta de cómo es que ese conjunto de factores y fenómenos influyen, exige la realización de investigación, como condición necesaria y suficiente para conseguir in-

tervenciones que respondan a las características y requerimientos específicos de cada una de las personas que viven con VIH/sida. Pasar por alto la importancia que reviste la práctica de investigación en el seno de las instituciones del sector salud en las que se atiende a ese tipo de personas, sin duda alguna no traerá consigo sino la reproducción de viejos y obsoletos programas de intervención en los que se espera que con sólo pedirle a las personas que cambien sus conductas, éstas lo harán, como si cambiar conductas fuera una tarea fácil de conseguir.

Nos parece, en ese sentido, que en las instituciones del sector salud de México bien se haría en modelar las prácticas de atención a la salud que auspician la colaboración multidisciplinaria que se observa en países más desarrollados, como los Estados Unidos de Norteamérica, Inglaterra, Francia y España, por ejemplo, en los cuales la inserción de los profesionales de la psicología es tan natural como la de un médico o una enfermera. El resto, por supuesto, dependerá de cuán preparados estemos los psicólogos para integrarnos a esos equipos multidisciplinarios; es decir, en parte dependerá única y exclusivamente de nosotros mismos.

### Referencias

- Adler, M.W. (2001). ABC of AIDS. Development of the epidemic. *British Medical Journal*, 322, 1226-1229.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. En J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action control from cognitions to behavior* (pp. 11-39). New York: Springer-Verlag.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1992). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. En V.M. Mays, G.W. Albee & S.F. Schneider (Eds.), *Primary prevention of AIDS: Psychological approaches* (pp. 128-141). London: Sage.
- Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. En R. DiClemente & J.L. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions* (pp. 25-59). New York: Plenum.
- Bayés, R. (1998). Psicología de la salud: dos preguntas en busca de respuesta. *Anuario de Psicología*, 29, 167-169.
- Bayés, R. (1999). Aspectos psicosociales en la adhesión al tratamiento antirretrovírico en la infección por VIH. *Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA*, 10, 165-166.
- Bayés, R. & Ribes, E. (1992). Un modelo psicológico de prevención de enfermedad y su aplicación al caso del SIDA. En J.A. Piña (Comp.), *Psicología y salud: aportes del análisis de la conducta* (pp. 1-21). Hermosillo, México: Editorial UNISON.
- Camacho, F.E. (2000). Evolución natural de la infección por VIH. En S. Ponce de León y S. Rangel-Frausto (Eds.), *SIDA: aspectos clínicos y terapéuticos* (pp. 115-138). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Carr, A. & Cooper, D.A. (2000). Adverse effects of antiretroviral therapy. *Lancet*, 356, 1423-1430.
- Carrobes, J.A., Remor, E. & Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15, 420-426.
- Carvalho, J.A. (1999). Intervención psicológica en el área de la infección por el VIH/SIDA. En M.A. Simón (Ed.), *Manual de psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 625-647). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

- Catania, J.A., Kegeles, S.M. & Coates, T.J. (1990). Towards an understanding of risk behaviors: An AIDS risk reduction model (ARRM). *Health Education Quarterly*, 17, 53-72.
- Catz, S.L., Kelly, J.A., Bogart, L.M., Benotsch, E.G. & McAuliffe, T.L. (2000). Patterns, correlates, and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatment for HIV disease. *Health Psychology*, 19, 124-133.
- Chesney, M., Icovicks, J.R., Chambers, D.B., Gifford, A.L., Neidig, J., Zwickl, B. & Wu, A.W. (2000). Self-reported adherence to antiretroviral medication among participants in HIV clinical trials: The AACTG adherence instrument. *AIDS Care*, 12, 255-266.
- Cohn, J.A. (1997). Infección por VIH. *British Medical Journal (edición latinoamericana)*, 5, 126-131.
- Collaborative Group on AIDS Incubation and HIV Survival (2000). Time from HIV-1 seroconversion to AIDS and death before widespread use of highly active antiretroviral therapy: A collaborative reanalysis. *Lancet*, 355, 1131-1137.
- Del Río, C. & Cahn, P. (1999). Terapéutica anti-retroviral y de padecimientos asociados al VIH/SIDA. Aspectos generales e implicaciones para América Latina y el Caribe. En J.A. Izazola (Ed.), *El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria* (pp. 83-104). México: FUNSALUD/SIDALAC/ONUSIDA.
- De Martino, M., Tobo, P.A., Balduci, M., Galli, L., Gabiano, C., Rezza, G. & Pezzotti, R. (2000). Reduction in mortality with availability of antiretroviral therapy for children with HIV-1 infection. *Journal of the American Medical Association*, 284, 190-197.
- Fishbein, M. & Azjen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fisher, J.D. & Fisher, W.A. (1992). Changing AIDS risk behaviors. *Psychological Bulletin*, 111, 455-474.
- Fisher, W.A. & Fisher, J.D. (1993). A general social psychological model for changing AIDS risk behaviors. En J. Pryor y G. Reader (Eds.), *The social psychology of HIV infection* (pp. 127-153). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Gray, L., Edmonson, R. & Lemke, A.L. (1998). HIV treatment adherence: A guide for program development. Seattle, WA.: University of Washington.
- Izazola, J.A., Valdéz, M., Sánchez, H.J. & del Río, C. (1995). Mortalidad por SIDA en México de 1983 a 1992. Tendencias y años perdidos de vida potencial. *Salud Pública de México*, 37, 140-148.
- Kelly, J.A., Otto-Salaj, L.L., Sijjema, K.J., Pinkerton, S.D. & Bloom, F.R. (1998). Implications of HIV treatment advances for behavioral research on AIDS: Protease inhibitors and new challenges in HIV secondary prevention. *Health Psychology*, 17, 310-319.
- López, C., Ortiz, R., Moreno, T., Sierra, B., Magis, C. & Báez, J. (2000). Qualitative evaluation of the therapeutic adhesion in patients VIH+ with HAART. Trabajo presentado en la *XII Conferencia Internacional sobre SIDA*. Durban, África del Sur.
- Magis, C., Esquivel, L. & López, C. (2000). Factors associated with non compliance to antiretroviral drugs in HIV-infected in Mexico. Trabajo presentado en la *XII Conferencia Internacional sobre SIDA*. Durban, África del Sur.
- Palella, F.J., Delaney, K.M., Moorman, A.C., Loveless, M.O., Fuhrer, J., Satten, G.A., Aschmann, D.J., Holmberg, S.D., and the HIV Outcomes Study Investigators (1998). Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *The New England Journal of Medicine*, 338, 853-860.
- Piña, J.A. (en revisión). La psicología y los psicólogos en el sector salud en México: algunas realidades perturbadoras.
- Piña, J.A. (1990). Estudio exploratorio sobre el ejercicio profesional del psicólogo en el sector salud en Hermosillo, Sonora. *Revista Sonorense de Psicología*, 4, 144-154.
- Piña, J.A. (2000). El ejercicio profesional del psicólogo en el sector salud en Hermosillo, Sonora, II. *Psicología y Salud*, 10, 227-235.
- Piña, J.A., de la Cruz, H., Navarro, R., Mada, G. & Fierros, L.E. (en prensa). Mortalidad por SIDA en Sonora, México: implicaciones para el diseño de programas de intervención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*.
- Piña, J.A. & Remor, E. (en prensa). Validación del cuestionario de apoyo social funcional (Duke-UNC-11): resultados preliminares en México. *Revista Iberoamericana de Comportamiento y Salud*.
- Piña, J.A., Togawa, C., Encinas, J. & Álvarez, M. (en revisión). Variables psicológicas y biológicas como predictores del apoyo social en personas VIH+.
- Prochaska, J.O. & Velicer, W.F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48.
- Remien, R.H., Hirky, A.E., Johnson, M.O., Weinhardt, L.S., Whittier, D. & Minh-Le, G. (2003). Adherence to medication treatment: A qualitative study of facilitators and barriers among a diverse sample of HIV+ men and women in four U.S. cities. *AIDS and Behavior*, 7, 61-72.
- Remor, E.A. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*, 14, 262-267.
- Remor, E., Carrobes, J.A., Arranz, P., Martínez-Donate, A. & Ulla, S. (2001). Ansiedad y percepción de control en la infección por VIH y SIDA. *Psicología Conductual*, 9, 323-336.
- Reynoso, L. & Seligson, I. (2002). Psicología y salud en México. En L. Reynoso e I. Seligson (Coords.), *Psicología y salud* (pp. 13-31). México: UNAM/CONACYT.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Rodríguez, G. & Rojas, M.E. (1998). La psicología de la salud en América Latina. En G. Rodríguez & M.E. Rojas (Coords.), *La psicología de la salud en América Latina* (pp. 15-32). México: UNAM/Miguel Ángel Porrúa.
- Rosentock, I.M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Education Monography*, 2, 324-473.
- Secretaría de Salud (2002). Programa de Acción: VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual (ITS). México: Autor.
- Schuman, P., Ohmit, S.E., Cohen, M., Sacks, H.S., Richardson, J., Young, M., Schoenbaum, E., Rompalo, A. & Gardner, L. (2001). Prescription of and adherence to antiretroviral therapy among women with AIDS. *AIDS and Behavior*, 5, 371-378.
- Soto, L.E. (1999). Aspectos relevantes de las ciencias básicas con respecto a la epidemia del VIH/SIDA: variantes circulantes del VIH en América Latina, patogénesis y vacunas. En J.A. Izazola (Ed.), *El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria* (pp. 47-81). México: FUNSALUD/SIDALAC/ONUSIDA.
- Urbina, J. & Rodríguez, G. (1993). El psicólogo en el sector salud en México. En J. Palacios & E. Lucio (Eds.), *Memorias del I Congreso Internacional de Psicología de la Salud* (pp. 246-259). México: UNAM.