



Revista Latinoamericana de Psicología
ISSN: 0120-0534
direccion.rlp@konradlorenz.edu.co
Fundación Universitaria Konrad Lorenz
Colombia

Bayés, Ramón
Aportaciones del análisis funcional de la conducta al problema del SIDA
Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 24, núm. 1-2, 1992, pp. 35-56
Fundación Universitaria Konrad Lorenz
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80524204>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

APORTACIONES DEL ANALISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA AL PROBLEMA DEL SIDA¹

RAMÓN BAYÉS *

Universidad Autónoma de Barcelona

Behavioral psychologists have known for a long time that in most cases information is necessary but insufficient to change behavior. The functional analysis of behavior suggest some reasons why, in the case of AIDS, individuals continue to practising dangerous behaviors: a) The most frequent risk behaviors almost always and immediately, imply pleasure or stress release as a consequence; b) The harmful consequences always appear after a long period of time; c). There is not a perceived link that can bind the moment of infection with the beginning of the disease. Under these conditions, the functional analysis of behavior indicates that individuals often choose the effective and immediate pleasant stimulation, despite the terrible consequences that this action may in the future.

Key words: functional analysis of behavior, AIDS, risk behaviors, preventive behaviors.

A finales de 1990, la Organización Mundial de la Salud estimaba que, hasta aquel momento, se habrían producido en el mundo 1.300.000 casos de SIDA, de los cuales cerca de 400.000 corres-

¹ Este trabajo ha sido realizado gracias a la ayuda PB-89-052 de la Dirección General de Investigación Científica y Técnica del Ministerio de Educación y Ciencia.

* Dirección: Ramón Bayés, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Barcelona, Apartado 29, 08193 Bellaterra (Barcelona), España.

ponderían a niños que habrían adquirido el virus de inmunodeficiencia humana a través de una infección perinatal. Asimismo estimaba que, en la misma época, el número de personas infectadas por el virus rondaría, como mínimo, los 8/10 millones. De acuerdo con los datos disponibles, la OMS también consideraba que, de no cambiar las circunstancias actuales, hacia el año 2000, la infección afectaría, como mínimo, en todo el mundo, entre 15 y 20 millones de adultos y unos 10 millones de niños. De acuerdo con este informe, tales previsiones deberían ser revisadas al alza en el caso de que las infecciones se incrementasen con mayor rapidez de la prevista en Asia y América Latina (WHO, 1990).

Desde un punto de vista general, en el momento de escribir estas líneas, la pandemia presenta algunos aspectos interesantes que nos gustaría comentar:

a) Una aparente lentificación —a pesar de las enormes cifras que acabamos de mencionar— en su ritmo de expansión. Hace tan solo 3 años, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1987) estimaba que, en 1991, la cifra de posibles infectados por el virus de inmunodeficiencia humana podría oscilar entre los 50 y los 100 millones de personas.

b) Una variación en su calidad de expansión respecto al sexo. Mientras que, en 1988, Mann señalaba que, en los países industrializados, existían de 10 a 15 hombres contagiados por cada mujer infectada, en la actualidad se pone énfasis en el hecho de que el impacto del SIDA en la mujer se está incrementando de forma considerable (WHO, 1990). González (1990), para ejemplificar el dinamismo de la evolución de la pandemia en los países occidentales, señala que mientras que al principio de la década de los ochenta la relación entre hombres y mujeres diagnosticados de SIDA era de 16 a 1, en el momento presente, dicha relación es de 3 a 1 entre adolescentes diagnosticados de SIDA en Nueva York, y cambia de signo, es decir, es ya de 1 a 2, entre adolescentes seropositivos asintomáticos menores de 17 años.

c) Una variación en su calidad de transmisión respecto a la forma, en los países occidentales. Mientras que, en sus primeras etapas, las principales fuentes de contagio fueron las relaciones homosexuales, las transfusiones sanguíneas, la administración de hemoderivados, y la drogadicción por vía parenteral, en la actualidad el acento está cambiando hacia las relaciones heterosexuales y todos los datos apuntan a que éste será en el futuro el principal camino de expansión de la epidemia. Así, la Organización Mundial de la Salud estima que, en el año 2000, del 75 al 80 por ciento de todas las infecciones que tendrán lugar se producirán debido a las relaciones heterosexuales.

Personalmente consideramos que los tres hechos anteriores se encuentran relacionados entre sí y que puede proporcionarse a los mismos una explicación tentativa común.

En efecto, en los países industrializados, en los primeros tiempos de expansión de la epidemia —década de los setenta y primera mitad de los ochenta— ésta se propagó en gran medida, tal como ya hemos dicho, a través de la conducta de los varones homosexuales —en aquella época, enormemente promiscuos—. La hemofilia, por otra parte, es una alteración genéticamente transmitida que afecta a los varones, los cuales fueron contagiados, en una gran proporción, antes de 1983, debido a la administración de los hemoderivados necesarios para corregir temporalmente su labilidad hemorrágica y de los que se ignoraba su contaminación por el virus del SIDA. Finalmente, entre los drogadictos por vía parenteral, hasta el momento por lo menos, el número de hombres suele ser superior al de mujeres —en España, la relación encontrada, en 1987 y 1988, es de 4 hombres por cada mujer (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989).

Los datos anteriores nos indican por qué, en los primeros tiempos, se registró una proporción mucho mayor de hombres que de mujeres diagnosticados de SIDA. Este fue el resultado de la etapa de expansión silenciosa del virus anterior a su descubrimiento e inmediatamente posterior al mismo. Asimismo, nos señalan por qué dicha expansión se efectuó con rapidez, debido en gran parte a que el contagio se llevó a cabo en el interior de grupos prácticamente cerrados—homosexuales varones, drogadictos por vía parenteral—constituidos por un número limitado de personas que mantenían entre sí un gran número de interacciones de riesgo —penetración anal no protegida, material de inyección compartido, etc.,— Sin embargo, esta realidad está dejando el paso a otra muy diferente: en efecto, una proporción importante de homosexuales varones y drogadictos se encuentra ya infectado y otra proporción de homosexuales, igualmente importante, ha cambiado sus comportamientos de riesgo por comportamientos de prevención —tendencia a la monogamia y disminución de la penetración anal como práctica sexual;— desde 1985 existe, igualmente, un buen control sobre los hemoderivados en la mayoría de países. Por todo lo cual no es extraño, por una parte, que el número de hombres contagiados por primera vez haya disminuido proporcionalmente y, por otra, que en la actualidad pueda tenerse la impresión de que existe un cierto freno en el ritmo de crecimiento del problema.

No obstante, ésta es únicamente una cara de la moneda. Por desgracia, la epidemia ha encontrado otras grietas a través de las cuales proseguir su expansión. Así, cierto número de homosexua-

les son bisexuales y han contagiado a sus parejas femeninas; paralelamente, un número importante de drogadictos/as se prostituye con el fin de conseguir dinero con el que comprar la droga (Estébanez, 1990) y, a través de estas relaciones mercantiles, el virus llega hasta las parejas estables y los posibles hijos. Finalmente, parece que, en las relaciones sexuales, *las mujeres son mucho más vulnerables que los hombres* (Al-Nozha, Ramia, Al-Frayh y Arif, 1990), lo cual puede ser debido, entre otras cosas, a que: a) en las personas contagiadas, se detecta mayor cantidad de virus en el semen que en las secreciones vaginales (Nájera, 1990); b) algunas circunstancias pueden incrementar la vulnerabilidad de la mujer: pildoras anticonceptivas orales susceptibles de producir ectopía de cérvix y pequeñas hemorragias durante el coito (Nájera, 1990); uso de dispositivos intrauterinos (DIU) facilitadores de infecciones (Masters, Johnson y Kolodny, 1987); realización del acto sexual durante el periodo menstrual (Piot, Laga, Ryder y cols., 1990), etc.; y c) mientras que, después del coito, las secreciones vaginales pueden hacerse desaparecer del pene con rapidez mediante hábitos de higiene rutinarios, es más difícil asegurar la misma eficacia con respecto al semen eyaculado en la vagina, con lo que el tiempo que el virus puede permanecer activo en el organismo es, probablemente, mayor en la mujer que en el hombre.

Admitiendo, por una parte, la práctica saturación de personas infectadas dentro de los grupos de drogadictos y homosexuales, y, por otra, que la probabilidad de encontrar un compañero sexual contagiado en el contexto de la población general heterosexual —constituído por un número de personas muy superior al de los relativamente reducidos grupos de homosexuales y drogadictos— es todavía muy pequeña, no es de extrañar que, en los países industrializados, se observe, en el momento presente, la aparente *lentificación* en el ritmo de expansión de la epidemia que acabamos de señalar. No obstante, tal hecho no debería tranquilizarnos ya que, de no descubrirse en breve plazo una vacuna y un antivírico eficaces para combatir el virus, es solo cuestión de tiempo que aumente la probabilidad de encontrar parejas contagiadas y se entre de nuevo en una fase de crecimiento acelerado de la expansión vírica.

En otras palabras, desde un punto de vista de salud pública, estamos quizás todavía a tiempo de prevenir un desastre a escala mundial. Pero de no mediar otras variables no consideradas —como, por ejemplo, una mutación menos letal del virus— y no cambiar las circunstancias actuales, el porvenir se presenta bajo tintes notablemente pesimistas.

¿SE PUEDE DETENER O, POR LO MENOS LENTIFICAR LA EXPANSIÓN DE LA EPIDEMIA?

Ciertamente, mientras no se disponga de una terapéutica eficaz para eliminar el virus del organismo, no podremos garantizar el futuro —por lo menos en lo que al SIDA se refiere— de las personas que ya se encuentran contagiadas, aun cuando sea posible, al nivel de los conocimientos actuales, proponer una serie de medidas para que aquellas que se hallan todavía asintomáticas incrementen la probabilidad de permanecer en este estado el mayor tiempo posible.

Si existe, en cambio, sin que para ello sea preciso llevar a cabo nuevos descubrimientos, posibilidad teórica de *detener* la pandemia y evitar que nuevas personas se contagien. Evidentemente, sería más cómodo, rápido y eficaz poseer una vacuna. Pero dado que la misma todavía no existe ni sabemos cuándo podrá disponerse de ella, debemos luchar contra la enfermedad con los medios que poseemos. Tampoco deberíamos olvidar que, aun cuando tal vacuna llegue a descubrirse algún día, la misma sólo resolverá el problema si, además de eficaz, es barata, no produce efectos secundarios indeseables graves, puede administrarse con facilidad y es fácilmente asequible en cualquier parte del mundo. Personalmente, tenemos serias dudas de que si un día llega a conseguirse, la misma reúna fácilmente y, sobre todo, con rapidez, todos los requisitos mencionados. Al menos, esto es lo que nos indica la experiencia. En efecto, mientras que Salk descubrió su vacuna contra la poliomelitis en 1955, veinte años más tarde sólo se encontraba vacunada el 5 por ciento de la población infantil de los países subdesarrollados (Robbins y Freeman, 1989) y todavía a principios del año 1991 aparecía en la prensa española el siguiente anuncio de la benemérita asociación *Médicos sin fronteras*: "Necesitamos 6.000 pesetas para vacunar contra la polio a 300 niños" (*El País*, 1991). Si tenemos en cuenta que el coste de esta vacuna es, en la actualidad, de unos 20 centavos de dólar y su probada eficacia, el hecho de que a los 36 años de su descubrimiento todavía queden en el mundo niños sin vacunar, nos hace ser pesimistas respecto a una difusión rápida y masiva de la todavía problemática vacuna del SIDA. La razón de este pesimismo, aparte de los datos que acabamos de mencionar, lo encontramos en las palabras con las que Robbin y Freeman (1989) nos exponen con claridad lo que ocurre con otras enfermedades que afectan, de forma endémica a muchos países del Tercer Mundo: *Los obstáculos que se oponen a la evaluación, producción industrial y distribución de las vacunas necesarias son de tipo económico y político. La ONU carece de los recursos para producir las vacunas*.

nas y las empresas —la mayoría en países avanzados— que tienen la experiencia tecnológica y la capacidad para desarrollar las vacunas humanas no muestran especial interés en hacerlo.

Por ello, y debemos ser taxativos en el enunciado —aun cuando también conscientes de su dificultad: En la actualidad, y es posible que durante mucho tiempo, la posible solución a la expansión de la pandemia del SIDA descansa, en gran medida, en manos de los psicólogos. Nos explicaremos.

El virus de inmunodeficiencia humana no se transmite a través del aire, los alimentos, las picaduras de insecto o el contacto casual —aspecto en el que incidiremos más adelante— con personas contagiadas o con objetos de su pertenencia. La pandemia se difunde a través de dos *comportamientos* concretos perfectamente definidos: a) la penetración sexual anal, vaginal y, posiblemente, oral, entre una persona infectada y otra no infectada; y b) el uso compartido, entre una persona infectada y otra no infectada, de material de inyección. Otra forma de contagio —la infección perinatal del hijo por la madre— la podemos considerar, de hecho, como un eslabón más de una de las dos anteriores.

Dicho con otras palabras, si la pandemia del SIDA se difunde a través de los dos comportamientos mencionados, su expansión podría evitarse si consiguiéramos cambiar dichos comportamientos. Y cambiar comportamientos es una tarea, fundamental, aunque no únicamente, de los psicólogos, al menos en lo que a su planteamiento e investigación se refiere. En la aplicación de los conocimientos adquiridos es evidente que se precisará del apoyo y colaboración de políticos, líderes de la comunidad, médicos, economistas, juristas, enfermeras, etc., por lo que se trata de un problema genuinamente interdisciplinar pero en el que los psicólogos deberían jugar, lógicamente, un papel destacado.

Esencialmente, existen dos formas, que no son incompatibles, de impedir o dificultar el contagio (Bayés y Ribes, 1989).

A) Eliminando, o disminuyendo hasta donde sea posible, los comportamientos de riesgo mencionados.

B) Disminuyendo hasta donde sea posible la vulnerabilidad del organismo a los virus de inmunodeficiencia humana.

Veamos, ante todo, la primera de ellas. En cuanto a la dimensión sexual, se puede conseguir el objetivo de prevención deseado, adoptando, en substitución de los comportamientos de riesgo, alguno de los siguientes:

- 1) Castidad absoluta.

2) Relaciones sexuales estrictamente monógramas con una persona fiel no contagiada.

3) Prácticas sexuales sin penetración.

4) Relaciones sexuales con penetración pero siempre con preservativo y espermicida adecuados y usándolos apropiadamente. En este caso es conveniente, incluso con preservativo, evitar la penetración anal, homo o heterosexual, debido a su elevada tasa de accidentes.

Respecto a la dimensión de drogadicción, se puede conseguir el objetivo de prevención deseado respecto al SIDA, adoptando alguno de los siguientes comportamientos:

1) Abandonar todo tipo de droga.

2) Sustituir una droga inyectada por otra no inyectada. En este sentido, la substitución de la heroína por metadona administrada oralmente puede constituir un camino de solución al menos por lo que respecta a la infección por los virus de inmunodeficiencia humana.

3) Utilizar siempre agujas y jeringas nuevas de un solo uso y, a ser posible, autodestrutibles.

4) No compartir con nadie el instrumental propio y desinfectarlo, sistemáticamente, de forma apropiada.

5) Desinfectar siempre, de forma apropiada, el instrumental usado previamente por otra persona, antes de utilizarlo.

Desgraciadamente, el hecho de que podamos plantear con tanta claridad los objetivos de prevención primaria que deberían conseguirse no nos indica lo que hay que hacer para alcanzarlos, de la misma manera que plantear la necesidad de una vacuna no nos señala el camino para descubrirla. Tanto en los aspectos biológicos como conductuales se precisa todavía mucha investigación. El camino será, sin duda, largo y difícil.

En el caso del SIDA, en la adopción y mantenimiento de los comportamientos de prevención eficaces, es preciso tener en cuenta lo siguiente:

A) Desde el momento en que se produce el contagio hasta la aparición de sintomatología clínica mercedora de un diagnóstico de SIDA pasan, en promedio, 8 años (Lui, Darrow y Rutherford, 1988) durante los cuales los afectados pueden no presentar sintomatología alguna e incluso ignorar que se encuentran contagiados. Durante este largo periodo de incubación la persona contagiada puede infectar a otras si practica con ellas comportamientos de riesgo.

B) Cada día se incrementa más la eficacia del arsenal terapéutico medicamentoso para combatir las infecciones oportunistas y prolongar la vida de los enfermos, sin que se disponga, paralelamente, de medios para eliminar el virus de su organismo y curar a los afectados de forma definitiva. Por tanto, cada vez será más necesario, para que no se difunda la infección, que los comportamientos preventivos que se instauren se mantengan vigentes durante períodos de tiempo más largos ya que, de hecho, una persona contagiada puede transmitir el virus mientras viva.

¿SE PUEDE DISMINUIR LA VULNERABILIDAD DEL ORGANISMO AL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA?

Con respecto a la segunda forma de actuación que antes hemos mencionado, es decir la de impedir o dificultar el contagio a través de la disminución de la vulnerabilidad del organismo a los virus, nos gustaría señalar, ante todo, que no toda práctica concreta de riesgo comporta, necesariamente contagio. Así, se ha estimado que la probabilidad de infección en un coito no protegido entre una persona infectada y otra no infectada, así como del personal sanitario inoculado accidentalmente durante su desempeño profesional, es inferior al 1 por ciento (Marcus, Kay y Mann, 1989; Nahmias, 1989). Dicho de otra manera, a igualdad de práctica de riesgo o de inoculación accidental, unas personas —pocas— se contagian y otras —muchas— no. Asimismo, algunos investigadores (Petterman y cols, 1988) nos indican que, a veces, el contagio tiene lugar en un único coito heterosexual no protegido mientras que, en otras ocasiones, la infección no se produce incluso después de centenares de coitos sin protección con la misma persona infectada.

Este hecho si bien supone una ventaja biológica para la especie también implica una desventaja psicológica para el individuo ya que una persona que lleva a cabo prácticas de riesgo frecuentes sin haberse contagiado puede creerse invulnerable al virus o considerar, subjetivamente, que ya está adoptando precauciones adecuadas para evitar el contagio aun cuando dichas precauciones sean insuficientes u objetivamente inadecuadas.

Desde otro punto de vista, en las personas que ya se han contagiado nos encontramos con una variabilidad hasta cierto punto similar. En algunas de ellas aparece sintomatología clínica importante al cabo de pocos meses de haberse infectado y son diagnosticadas como enfermas de SIDA; otras, en cambio, permanecen asintomáticas durante períodos superiores a los 10 años.

Cabe preguntarse, por tanto, a qué obedecen estas diferencias. Y, en nuestra opinión, para dar cuenta de ellas, es preciso postular la existencia de factores que facilitan o dificultan la acción del virus, es decir, que aumentan o disminuyen la vulnerabilidad del organismo ante la infección y el progreso de la enfermedad (Bayés y Arranz, 1988).

En la medida en que esto sea así debería ser posible controlar, por lo menos hasta cierto punto, tanto la susceptibilidad del organismo a la infección como la evolución de la infección una vez el virus ha penetrado en su interior, a través del control de los factores modulares de la vulnerabilidad. Al nivel poco satisfactorio de los conocimientos actuales, si analizamos los datos disponibles, podremos, tentativamente, elaborar una taxonomía, discutible e hipotética pero plausible, de dichos factores modulares y dado que bastantes de ellos son modificables a través de una intervención psicológica o conductual, directa o indirecta, justificar su estudio, por lo menos parcialmente, en el contexto de nuestra disciplina.

Con independencia de la posible existencia de elementos facilitadores o inhibidores de tipo genético (Diamond, 1987), idiosincrático (Nájera, 1990), debidos a la edad (Gruttola y Bennett, 1988) o al hecho de que el virus pueda ser más contagioso en determinadas fases del proceso infeccioso (Fischl, Dickinson, Scott y cols. 1987), hemos confeccionado la siguiente clasificación, en función de la forma de interacción del virus con nuestros sistemas de defensa:

- 1) Factores capaces de facilitar la penetración del virus en el organismo, en especial los que tienen en cuenta los fallos en la integridad de la piel y las mucosas.
 - a) Las úlceras, heridas o alteraciones que tienen su origen en enfermedades de transmisión sexual.
 - b) Las pequeñas fisuras o heridas que suelen producirse en determinadas prácticas sexuales, tales como el coito, anal, homo o heterosexual.
 - c) Las pequeñas heridas que suelen producirse en las violaciones.
 - d) La realización del coito durante la menstruación.
 - e) Algunos efectos debidos al uso de determinados métodos anticonceptivos, tales como la píldora o los dispositivos intrauterinos (DIU).
- 2) Factores capaces de prolongar la vida activa del virus sobre la piel o las mucosas.

a) La falta de higiene después del coito en las partes del cuerpo que han entrado en contacto con fluidos de la persona contagiada.

b) La falta de circuncisión.

3) Factores capaces de debilitar el sistema inmunitario o de perturbar la interacción entre el sistema inmunitario, el sistema endocrino y el sistema nervioso. Se han señalado los siguientes:

a) Déficit nutritivo.

b) Consumo de opiáceos, con independencia de su vía de administración.

c) Consumo de tabaco.

d) Administración de medicamentos o vacunas con efectos sobre el sistema inmunitario.

e) Presencia de otras infecciones víricas latentes.

f) Reinfecciones con el mismo virus o infecciones con otros microorganismos, en especial los implicados en las enfermedades de transmisión sexual.

g) De especial significado, dado el contexto del presente trabajo, son los efectos negativos de los estados emocionales, tales como la ansiedad y la depresión, sobre el sistema inmunitario, fenómeno que ha sido sugerido por numerosos autores (Antoni, 1990; Bayés y Arranz, 1988; Coates, 1987; Glaser y Kiecolt-Glaser 1987; Kiecolt-Glaser y Glaser, 1988; Sheridan y cols., 1989; Szapocznik, Millon y Eisdorfer, 1987).

h) Estimulaciones inicialmente neutras, asociadas casualmente a los estados emocionales anteriores podrían ser capaces también, eventualmente, de producir efectos similares a los suscitados por éstos. De la misma forma que en la quimioterapia del cáncer se producen náuseas y vómitos condicionados, también puede esperarse que, en algunas personas, se produzcan efectos inmunológicos condicionados indeseables en presencia de estimulaciones aparentemente neutras.

Si ahora analizamos, uno por uno, los factores anteriores, con independencia de nuestra clasificación, veremos que, en la mayoría de ellos, encontraremos como antecedente un comportamiento o reacción susceptible de modificarse: prácticas sexuales de riesgo; adopción de determinados métodos anticonceptivos, defectuosos hábitos de higiene, alimentación inadecuada, autoadministración de drogas, etc.

Por todo lo que acabamos de mencionar, la respuesta a la pregunta que figuraba como titular del apartado es, desde nuestro punto de vista, positiva: Disponemos de medios para controlar en alguna medida —todavía no muy claramente delimitada— la vulnerabilidad del organismo a los virus de inmunodeficiencia humana, tanto en las personas todavía no contagiadas que practican comportamientos de riesgo como en las seropositivas asintomáticas o en las que ya poseen un diagnóstico de SIDA.

SITUACIONES DE ESTRES EN LA ADQUISICION Y EVOLUCION DE LA INFECCION POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

En cuanto a las reacciones emocionales, es preciso tener presente que, en las circunstancias actuales, en la enfermedad que nos ocupa, se producen varias situaciones capaces de *suscitar estrés psicológico*:

- a) Cuando una persona ha practicado —o cree erróneamente que ha practicado— un comportamiento de riesgo y se pregunta si a través de dicho comportamiento ha podido contagiarse. En este sentido quizás sea oportuno recordar el incremento, en nuestras sociedades occidentales, de la frecuencia de las relaciones sexuales extraconyugales. Así, por ejemplo, en Estados Unidos, se estima que al menos el 37 por ciento de maridos ha tenido al menos una pareja sexual adicional durante su matrimonio y que el 33 por ciento ha mantenido relaciones sexuales con prostitutas (Reinisch, Sanders y Ziembra-Davis, 1988). Igualmente puede ser relevante al respecto, el dato de que, cada año, se estima que se producen, en España, 150.000 nuevos casos de enfermedades de transmisión sexual tradicionales.
- b) Cuando valora la posibilidad de hacerse una prueba de anticuerpos para averiguar si se encuentra contagiado.
- c) Cuando, tras la realización de dicha prueba, espera —a veces durante bastantes días— la comunicación del diagnóstico.
- d) Cuando se le comunica un diagnóstico de seropositividad.
- e) Cuando, tras dichos diagnósticos, se plantea la necesidad de darlo conocer a su pareja o familia.
- f) Cuando percibe —o cree percibir— que otras personas, especialmente si le importan, le/la tratan de forma diferente debido a que conocen o sospechan su contagio o enfermedad.
- g) Cuando ve enfermar o morir de SIDA a otra persona, especialmente si es conocida y/o querida.

h) Cuando oye hablar del SIDA en conversaciones o a través de los medios de comunicación de masas.

i) Cuando percibe cualquier sintomatología sospechosa que le induzca a creer que la enfermedad empieza a desarrollarse en su organismo.

j) Cuando recibe un diagnóstico de SIDA.

k) Cuando percibe en su organismo signos de deterioro.

l) Cuando percibe que va a morir. Como Riba, y cols. (1990) han señalado, el sentimiento más relevante en los enfermos de SIDA en situación terminal es el pánico.

En todos los casos anteriores, la persona afectada puede necesitar soporte psicológico por parte de los profesionales de la salud, de sus parejas y familiares. En algunos casos, tal soporte psicológico se traducirá en la aplicación por parte del profesional de técnicas específicas y cabe la posibilidad de que dicha relación no solo contribuya a un mayor bienestar psicológico del paciente sino también a un incremento de su longitud de vida. Tal posibilidad debe considerarse como algo todavía dudoso en cuanto a los procesos y variables involucrados pero plenamente factible tras la investigación llevada a cabo por Spiegel, Bloom, Kraemer y Gottheil (1989) en la que utilizando 86 enfermas con cáncer metastásico divididas al azar en dos grupos, mostraron que las enfermas a las que se había administrado un tratamiento psicológico de apoyo vivieron, de media, 36 meses en comparación con los 18 meses de supervivencia de las enfermas que constituyan el grupo control sin tratamiento.

INFORMACION Y COMPORTAMIENTO

El problema del abandono de los comportamientos de riesgo y adopción de los preventivos no es meramente un problema de información. Veamos algunos ejemplos de comportamiento humano aparentemente desconcertantes:

1) El colectivo profesional mejor informado sobre las terribles características del cáncer de pulmón y sobre la relación existente entre consumo de cigarrillos y cáncer de pulmón —el de los médicos— es, por lo menos en Cataluña, uno de los que más fuma (Pardell, Salleras y Salvador, 1983).

2) Antes de sufrir un infarto, sólo abandona el hábito de fumar el 10 por ciento de los pacientes a los que su médico advierte sobre la necesidad de hacerlo (Russell, Wilson, Taylor y Baker, 1979). De los fumadores que sobreviven a un infarto, a los 6 meses

un 40 por ciento continua fumando y este porcentaje alcanza el 50 por ciento tras un período de 3 a 5 años (Havik y Maeland, 1988).

Mostremos, a continuación, otros ejemplos, igualmente desconcertantes, correspondientes ya al problema del SIDA:

3) Un médico europeo que ha trabajado algún tiempo en África Central, a su regreso ha encontrado la siguiente historia: "Una noche, después de un día de trabajo en el que, junto con otros colegas africanos, habíamos efectuado análisis de sangre en una zona rural, mis compañeros salieron con algunas de las muchachas del poblado, se acostaron con ellas y sólo uno de los médicos usó preservativo. A la mañana siguiente, al preguntarles cómo era posible que hubieran aceptado un riesgo tan elevado ya que conocían de sobra que la prevalencia del virus del SIDA en la región era muy elevada, se rieron y comentaron que no se podía dejar de vivir sólo por el hecho de existir peligro de contagiarse de una enfermedad" (The Panos institute, 1987).

4) Asia de la Loma (1988) señala, por su parte, que durante el último trimestre de 1987 fueron atendidos en un centro de asistencia primaria de Madrid 107 adictos a las drogas por vía parenteral. A pesar de que el 94 por ciento se encontraba correctamente informado sobre el virus del SIDA y sus formas de transmisión, sólo el 13 por ciento usaba, sistemáticamente, preservativo en sus relaciones sexuales y un 17 por ciento afirmaba que no compartía agujas y jeringas al inyectarse.

5) Rischl, Dickinson, Scott Klimas, Fletcher y Parks (1987), tras informar a ambos miembros de 32 parejas heterosexuales, en las que el hombre se encontraba contagiado con el virus de inmunodeficiencia humana pero no la mujer, sobre las características del SIDA, las vías de contagio y los comportamientos de prevención adecuados, el 44 por ciento de las parejas —un porcentaje, por cierto, similar al de los postinfartados que continuaban fumando— siguieron practicando el coito sin protección alguna, con el resultado de que, al cabo de unos meses, 12 de las 14 mujeres implicadas se habían contagiado.

Dicho con otras palabras: *La información es una condición necesaria pero no suficiente para la adopción de comportamientos preventivos.*

Podemos preguntarnos, ¿por qué personas lógicas e inteligentes no adaptan su comportamiento a la información que poseen en decisiones que pueden afectar gravemente a su salud e incluso a sus posibilidades de supervivencia?

ANALISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA Y SIDA

El análisis funcional del comportamiento puede ofrecernos, siquiera sea tentativamente, un camino de explicación. En efecto:

1) Los comportamientos de riesgo van seguidos, de forma segura —o casi segura— e *inmediata*, por una consecuencia placentera intrínseca, a menudo intensa, de corta duración.

2) Las consecuencias nocivas que pueden derivarse de la práctica de los comportamientos de riesgo son sólo probables y siempre *a largo plazo*.

3) No existe una cadena de hechos sensibles —como, por ejemplo, una sintomatología creciente en número, intensidad o duración— que vincule la práctica del comportamiento de riesgo con el momento de aparición del dolor o primeros signos de la enfermedad letal.

4) Desde un punto de vista intrínseco, los comportamientos de prevención van seguidos de forma segura —o casi segura— e *inmediata* por una evitación, aplazamiento o atenuación de la consecuencia placentera.

5) Las consecuencias positivas que pueden derivarse intrínsecamente de la práctica de los comportamientos de prevención son solo probables y siempre *a largo plazo*.

6) No existe una cadena de hechos sensibles que vincule la práctica de un comportamiento de prevención concreto con un buen estado de salud al cabo de unos años. No tenemos ninguna garantía, por ejemplo, de que nuestro saludable estado de salud actual sea consecuencia de la práctica de los comportamientos de preventión concretos que realizamos hace algunos años.

En las situaciones en las que el sujeto debe elegir entre dos comportamientos incompatibles —en nuestro caso, uno preventivo u otro de riesgo— en el que cada uno de ellos comporta dos tipos de consecuencia que difieren en magnitud y demora, el análisis funcional de la conducta nos indica que la decisión, aun cuando sólo se tengan en cuenta estas variables, es el resultado de un proceso sumamente complejo en el que la *demora posee un peso mayor sobre la elección que la magnitud* (Jeffery, 1989; McReynolds, Green y Fisher, 1983; Rachlin, Logue, Gibon, y Frankel, 1986; Schweitzer y Zulzer-Azaroff, 1988). Dicho con otras palabras, es probable que muchas personas elijan la estimulación placentera, cierta, efímera pero *inmediata*, proporcionada por los comportamientos de riesgo, a pesar de las terribles consecuencias que en el futuro puedan derivarse de su decisión.

El poder de las consecuencias inmediatas sobre el comportamiento que las precede es importante aunque no absoluto, como nos indican los datos empíricos de los mismos trabajos a los que hemos hecho referencia; lo cierto es que, a pesar de lo placentero de las consecuencias intrínsecas inmediatas, existen personas que hacen prevención. De hecho, si se quiere tener una visión más acorde con la realidad, en nuestra opinión, hay que abandonar los modelos lineales para centrarnos en modelos de campo mucho más complejos (Bayés y Ribes, 1989).

Sin embargo, antes de tomar este camino vale la pena que nos detengamos un poco más en el análisis funcional de lo que ocurre tras los comportamientos de riesgo y prevención implicados en la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana, pues lo cierto es que la inmediatez de las consecuencias a pesar de no ser un factor completamente determinante si es, en cualquier caso, una variable de importancia en lo que, en nuestra opinión, vale la pena seguir profundizando.

Si lo hacemos, nos daremos cuenta de que el tipo de consecuencias que antes hemos mencionado eran, en todos los casos, consecuencias *intrínsecas* del comportamiento. Y al analizar los comportamientos por los que nos interesamos, pronto nos daremos cuenta de que la mayoría de ellos, al tiempo que consecuencias *extrínsecas* suponen también, de forma inmediata, consecuencias *extrínsecas* ya que conllevan una interacción personal, sugiriéndonos, por ello una vía de solución para la modificación de los comportamientos de riesgo. En efecto, mientras que la modificación de las consecuencias *intrínsecas*, aunque factible, comportaría, en muchas ocasiones, efectos indeseables e insalvables problemas éticos, el cambio de las consecuencias sociales propias de la interacción, entra en la esfera de las posibilidades a considerar.

En esta línea, Des Jarlais y Friedman (1988) dos especialistas en el tema de la transmisión del virus del SIDA entre drogadictos por vía parenteral, señalan que una de las estrategias más eficaces para que este tipo de personas abandone el comportamiento de riesgo de compartir el material de inyección, consiste en *reforzar nuevas pautas de conducta*, es decir que los propios compañeros de drogadicción indiquen explícitamente, con palabras y con el ejemplo, que el comportamiento merecedor de aprobación no es ya "compartir" agujas y jeringas sino usar material "seguro".

Tanto Des Jarlais y Friedman (1988) con respecto a los drogadictos como Stall, Coates y Hoff (1988) al referirse a los importantes cambios conductuales observados en los comportamientos sexuales de algunos colectivos homosexuales, señalan que la correlación

más elevada con la modificación de los comportamientos de riesgo aparece cuando el individuo observa que sus compañeros están cambiando dichos comportamientos como respuesta a la amenaza del SIDA. En otras palabras, *cuando la consecuencia extrínseca que acompaña o sigue al comportamiento eficaz de prevención es de aprobación social y no de rechazo.* ¿Cómo facilitar que se produzca y mantenga este cambio? Este es un problema que afecta, al menos en gran parte, a los psicólogos.

EL SIDA: OTROS ASPECTOS IMPORTANTES DESDE UN PUNTO DE VISTA PSICOLOGICO

Nos limitaremos a señalar, brevemente, cinco de ellos:

- 1) El miedo injustificado al contagio casual.
- 2) La recomendación de llevar a cabo pruebas de anticuerpos en caso de sospecha razonable de contagio.
- 3) La necesidad de asegurar un cumplimiento estricto preventivo conductual y terapéutico en las personas contagiadas y enfermos de SIDA.
- 4) La adopción de un enfoque paliativo en los enfermos terminales.
- 5) La necesidad urgente de investigadores y de ayudas a la investigación en los aspectos psicológicos y conductuales del SIDA.

Con respecto al miedo injustificado al contagio casual, nos limitaremos a mencionar los resultados obtenidos por Friedlan y cols. (1990) en una investigación empírica en la que han evaluado, desde el punto de vista del contagio —anticuerpos del VIH y antígeno P24— los posibles efectos de los contactos íntimos no sexuales ni de drogadicción, mantenidos por 206 personas de diferentes edades que han convivido con 90 enfermos de SIDA durante períodos de tiempo comprendidos entre los 3 y los 101 meses, compartiendo con ellos: sanitarios (94%), toallas (52%), camas (45%), utensilios de coiner (39%), cepillos de dientes (18%), maquinillas de afeitar (12%), etc, y que incluso han comido en el mismo plato (52%) y bebido en el mismo vaso (57%). La mayoría de estas personas fueron evaluadas de nuevo entre los 6 y los 12 meses de haber finalizado su convivencia con el enfermo. Los resultados son inequívocos: *ninguna de las personas evaluadas se había contagiado.*

Esto no significa que no deban tomarse precauciones en el cuidado o la convivencia con los enfermos de SIDA ni que el contagio casual sea completamente imposible. Nada hay "completamente

"imposible" en el mundo de riesgo en que vivimos, ni siquiera algo tan improbable como el hecho de que murieran 12 jóvenes italianos en una escuela al estrellarse contra ella un avión militar (*El País*, 1990). Si significa que el contagio por otras vías que las prácticas sexuales y de drogadicción o la vertical madre-hijo, es extremadamente difícil, tan extremadamente difícil que deberían desestimarse definitivamente, al menos para los tipos de virus con los que nos enfrentamos, los temores mostrados en algunos momentos por la población al contagio casual en las escuelas, los lugares de trabajo, etc. e incluso por algunos médicos en el ejercicio de su labor profesional (Kelly, St. Lawrence, Smith, Hood y Cook, 1987; Lewis, Freeman y Corey, 1987).

Si abordamos ahora el segundo de los aspectos mencionados, nos encontramos con que, hasta hace poco tiempo, bastantes autores defendían que lo que debía conseguirse —excepto en algunos casos especiales como el de las parejas que deseaban engendrar un hijo— no era tanto que las personas que sospechaban podían haberse contagiado se sometieran a la prueba de anticuerpos, como que sustituyeran sus comportamientos de riesgo por comportamientos de prevención eficaces, ya que nada podía hacerse para eliminar el virus o mejorar su salud tras un diagnóstico de seropositividad y, en cambio, el mismo podía conllevar una dosis importante de ansiedad (Krieger, 1988). Sin embargo, en la medida de que el conocimiento de un diagnóstico de seropositividad pueda suponer la adopción de medidas conductuales y terapéuticas eficaces que mejoren la salud o demoren su deterioro, tal postura debe ser revisada.

De hecho, esto es lo que ha de tratado hacer Volberding (1989) en un interesante y sin duda polémico trabajo. En él, tras mencionar que la historia natural de la enfermedad, nos muestra, cada vez con mayor dramatismo, que, en ausencia de nuevos tratamientos eficaces para destruir el virus, muchas personas seropositivas asintomáticas terminarán por desarrollar un SIDA y morir, nos señala las ventajas de una detección temprana de las personas contagiadas ya que ello permitiría establecer, desde el principio, un nivel basal de inmunocompetencia y, a partir de él, estructurar un seguimiento sistemático individualizado que comprendiera: consejo y soporte psicológico, profilaxis y tratamiento rápido de infecciones oportunistas, mejor control del cumplimiento preventivo conductual, información sobre las características de los tratamientos experimentales y convencionales en cada momento disponibles, etc. En síntesis, nuestra postura al respecto es que, en los lugares y casos en los que un seguimiento de este tipo pudiera llevarse a cabo, la postura de Volberding (1989) podría ser la más recomendable pero si ello no es posible por no existir la infraestructura adecuada o las personas

idóneas —como ocurre, desgraciadamente, muchas veces— debe ponerse el énfasis más en la urgencia de cambiar los comportamientos de riesgo que en la necesidad de hacerse las pruebas de anticuerpos.

En realidad, existen otros datos que apuntan en la misma dirección. Así, por ejemplo, Antoni, y cols. (1990) sugieren que las intervenciones psicológicas con capacidad inmunomoduladora pueden ser más eficaces y evitar, o retrasar, la evolución de la infección si se aplican en los estadios más tempranos.

La necesidad de asegurar un cumplimiento estricto, por parte de las personas contagiadas, de los comportamientos de prevención casi no merece ulterior comentario. Nos gustaría señalar tan solo que tal objetivo no solo posee la motivación altruista de no diseminar la infección y perjudicar a otras personas, sino que también es sumamente útil para la propia persona contagiada que mantiene vigentes sus prácticas preventivas. En efecto, tal como ya ha sido señalado antes, una reinfección puede conllevar una perturbación del sistema inmunitario susceptible de reactivar los virus latentes en el organismo y acelerar la evolución de la infección hacia un SIDA manifiesto.

En cuarto lugar quisiéramos plantear el problema de los enfermos de SIDA en situación terminal ya que, de no variar las circunstancias actuales, un número importante de pacientes puede encontrarse, en un plazo más o menos largo, en dicha situación. Cabanova (1990), por ejemplo, estima que la supervivencia media de un enfermo de SIDA en Cataluña es, en el momento presente, de 467,31 días, similar a la registrada en otros países industrializados.

Durante los últimos años, algunas instituciones españolas han empezado a aplicar, en especial a los enfermos de cáncer en situación terminal, un enfoque terapéutico paliativo cuya finalidad no es ya una prácticamente imposible curación sino proporcionar el máximo bienestar posible a los enfermos el tiempo que les queda de vida (Twycross y Lack, 1987). Se trata de una intervención esencialmente interdisciplinar de equipos en cuya composición participan activamente los psicólogos, al lado de médicos, enfermeras y trabajadoras sociales (Barreto y Bayés, 1991; Barreto, Martínez Besteiro y Pascual, 1990; Gómez-Batiste y Roca, 1989; Sanz, 1986).

Si bien en otros países ya se ha planteado la aplicación del enfoque terapéutico paliativo a los enfermos de SIDA (*Journal of Palliative Care*, 1988), es preciso que nos preguntemos: ¿se ha pensado en su aplicación a los nuestros, en cómo formar a los psicólogos que deban participar en esta importante labor profesional?

Finalmente, quisiéramos terminar este trabajo señalando la importancia y urgencia de la investigación que, en este campo, sin duda será preciso llevar a cabo. El fracaso, en el pasado, en conseguir cambios saludables permanentes en los hábitos de fumadores, alcohólicos, obesos, heroinómanos, etc., y en la prevención de estos problemas así como en la de otros como las enfermedades de transmisión sexual o los embarazos indeseados, debería ponernos en guardia. Desde la psicología debemos enfrentarnos ante un problema complejo y difícil, posiblemente más complejo y difícil que descubrir una vacuna. Y es poco, muy poco, lo que se está haciendo. ¿Cuánto tiempo habrá de transcurrir todavía hasta que nuestras instituciones públicas y privadas se den cuenta de que invertir en investigación científica de los factores y procesos que influyen en los comportamientos de riesgo y prevención —con una evaluación estricta y controlada de los resultados— constituye una opción sumamente rentable a medio y largo plazo, tanto desde el punto de vista humano como económico y social?

REFERENCIAS

- Al-Nozha, M., Ramia, S., Al-Frayh, A. y Arif, H. (1990). Female to male: An inefficient mode of transmission of human immunodeficiency virus (HIV). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 3, 195.
- Antoni, M. H. y cols. (1990). Psychoneuroimmunology and HIV-I. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 38-49.
- Barreto, P. y Bayés, R. (1990). El psicólogo ante el enfermo en situación terminal. *Anales de psicología*, 6,
- Barreto, P., Martínez Besteiro, E. y Pascual, A. (1990). Pautas de acción psico-terapéutica en la asistencia al enfermo terminal. En *II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Área 5: Psicología y Salud: Psicología Clínica* (pp. 104-107). Valencia: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Bayés, R. y Arranz, P. (1988). Las variables psicológicas como cofactores del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Jano, Medicina y Humanidades*, 34, 1515-1522.
- Bayés, R. y Ribes, E. (1989). Un modelo psicológico de prevención de enfermedad: Su aplicación al caso del SIDA. *Papeles del Psicólogo*, 41-42, 122-125.
- Casabona, J. (1990). *Monitorització de la SIDA a Catalunya: Anàlisi epidemiològica del registre de casos*. Tesis doctoral no publicada. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Coates, T. J. y cols. (1987). AIDS: A psychosocial research agenda. *Annals of Behavioral Medicine*, 9, 21-28.
- De la Loma, A. (1988). Aportaciones a la epidemiología del SIDA desde un Centro de atención primaria. En *II Conferencia de Información Sanitaria sobre el SIDA*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid, policopiado.
- Des Jarlais, D. C. y Friedman, S. R. (1988). The psychology of preventing

- AIDS among intravenous drug users: A social learning conceptualization. *American Psychologist*, 43, (II), 865-870.
- Diamond, J. M. (1987). Infectious, genetic or both? *Nature*, 328, 199-200.
- El País (1990). Mueren 12 jóvenes italianos al estrellarse un avión militar contra una escuela. *Autor*, 7 de Diciembre, 9.
- El País, (1991). Necesitamos 6.000 pesetas para vacunar contra la polio a 300 niños. *Autor*, 4 de Enero, 6.
- Estébanez, P. (1990). Prostitución y SIDA. En R. Nájera (Ed.) *SIDA: De la Biomedicina a la sociedad*. (pp. 339-353). Madrid: EUDEMA.
- Fischl, M. A., Dickinson, G. M., Scott, G. M., Klimas, N., Flechter, M. A., y Parks, W. (1987). Evaluation of heterosexual partners, children, and household contacts of adults with AIDS. *Journal of the American Medical Association*, 257, 640-644.
- Friedland, G., Kahl, P., Saltzman, B., Rogers, M., Feiner, Ch., Mayers, M., Schable, Ch. y Klein, R. S. (1990). Additional evidence for lack of transmission of HIV infection by close interpersonal (casual) contact. *AIDS*, 4, 639-644.
- Glaser, R. y Kiecolt-Glaser, J. (1987). Stress-associated depression in cellular immunity: Implications for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Brain, Behavior, and Immunity*, 1, 107-112.
- Gómez-Batiste, X. y Roca, J. (1989). Atención de malas terminales oncológicas. *Salut Catalunya*, 3, (4), 176-179.
- González, J. J. (1990). Coping with AIDS in the military: Computer-based education models to help prevent the spread of AIDS - Part I. *Medical Corps International*, 1, 1-6.
- Gruttola, V. D. y Bennett, W. (1988). Statistical issues in assessing the AIDS epidemic. En R. Kulstad (Ed.) *AIDS 1988* (pp. 57-65). Washington: The American Association for the Advancement of Science.
- Havik, O. E. y MacLan, J. G. (1988). Changes in smoking behavior after a myocardial infarction. *Health Psychology*, 7, 403-420.
- Jeffery, R. W. (1989). Risk behaviors and health. *American Psychologist*, 44, 1194-1202.
- Journal of Palliative Care* (1988). Número monográfico dedicado a los enfermos de SIDA. *Autor*, 4, (4), 1-133.
- Kelly, J. A., St. Lawrence, J. S., Smith, S., Hood, H. V. y Cook, D. J. (1987). Stigmatization of AIDS patients by physicians. *American Journal of Public Health*, 77, 789-791.
- Kiecolt-Glaser, J. K. y Glaser, R. (1988). Psychological influences on immunity: Implications for AIDS. *American Psychologist*, 43, 892-898.
- Krieger, L. (1988). An approach to coping with anxiety about AIDS. *Social Work*, 33, 263-264.
- Lewis, C. E., Freeman, H. E. y Corey, C. R. (1987). AIDS-related competence of California's primary care physicians. *American Journal of Public Health*, 77, (6), 1-5.
- Lui, K. J., Darrow, W. W. y Rutherford, G. W. (1988). A model-based estimate of the mean incubation period for AIDS in homosexual men. *Science*, 240, 1533-1535.
- Marcus, R., Kay, K. y Mann, J. M. (1989). Transmission of human immunodeficiency virus (VIH) in health care settings worldwide. *Bulletin of the World Health Organization*, 67, (5), 577-582.

- Masters, W. H., Johnson, V. E. y Kolodny, R. C. (1987). *La sexualidad humana. I La dimensión biológica*. Barcelona: Grijalbo.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1989). *Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1988*. Madrid: Autor.
- Nahmias, S. (1989). A model of HIV diffusion from a single source: *The Journal of Sex Research*, 26, 15-25.
- Nájera, R. (1990). Epidemiología. En R. Nájera (Ed.) *SIDA: De la Biomedicina a la sociedad* (pp. 115-163). Madrid: EUDEMA.
- OMS (1987). *Programme spécial de lutte contre le SIDA. Rapport de la Troisième Réunion des Parties Participant*es. Ginebra, 27-28 Abril.
- Pardell, H., Salleras, L. y Salvador, T. (1983). *Manual de prevención y control del tabaquismo*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Peterman, T. A., y cols. (1988). Risk of human immunodeficiency virus transmission from heterosexual adults with transfusion-associated infections. *Journal of the American Medical Association*, 259, 55-58.
- Piot, O., Laga, M., Ryder, R., Perriens, J., Temmerman, M., Heyward, W. y Curran, J. W. (1990). The global epidemiology of HIV infection: Continuity heterogeneity and change. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 3, 403-412.
- Rachlin, H., Logue, A. W., Gibbon, J. y Frankel, M. (1986). Cognition and behavior in studies of choice. *Psychological Review*, 93, 33-45.
- Reinisch, J. M., Sanders, S. A. y Ziembka-Davis, M. (1988). The study of sexual behavior in relation to the transmission of human immunodeficiency virus. *American Psychologist*, 43, 921-927.
- Riba, J., Vilajona, J. C., Centelles, N., Aymami, M. N., Bonet, R. y Almerge, J. (1990). Enfermos terminales de SIDA: Aspectos psicológicos. *Papeles del Psicólogo*, N° 46/47, 72-74.
- Robbins, A. y Freeman, P. (1989). Vacunas para el Tercer Mundo. *Investigación y Ciencia*, 148, 82-88.
- Russell, M. A. H., Wilson, C., Taylor, C. y Baker, C. D. (1979). Effect of general practitioners' advice against smoking. *British Medical Journal*, 2, 251-255.
- Sanz, J. (1988). Problemática del paciente en situación terminal. En E. Díaz-Rubio (Ed.). *Avances en Oncología I* (pp. 83-98). Madrid: Arán.
- Schweitzer, J. B. y Sulzer-Azaroff, B. (1988). Self-control: Teaching tolerance for delay in impulsive children. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 50, 173-186.
- Sheridan, K., y cols. (1989). Health psychology and AIDS. *Health Psychology*, 8, 761-765.
- Spiegel, D., Bloom, J. R., Kraemer, H. C. y Gottheil, E. (1989). Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*, 14 de Octubre, 888-892.
- Stall, D., Coates, T. J. y Hoff, C. (1988). Behavioral risk reduction for HIV infection among gay and bisexual men. *American Psychologist*, 43, 878-885.
- Szapocznik, J., Millon, C. y Eisdorfer, C. (1987). Conference on psychoneuroimmunological aspects of HIV infection: Planning for comparative research (November 20-22, 1986). *AIDS*, 1, 255-256.
- The Panos Institute (1987). *AIDS and the Third World* (2^a edición revisada). *Panos Dossier*, 1, 1-83.

- Twycross, R. y Lack, S. (1987). *Terapéutica del paciente amb cancer terminal.* (traducción) Vic, Barcelona: EUMO.
- Volberding, P. (1989). HIV infection as a disease: The medical indications for early diagnosis. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2, 421-425.
- WHO (1990). The global AIDS situation-updated, November 1990. In *Point of Fact*, 72, 1-5.