

IMPACTO EMOCIONAL DEL DIAGNÓSTICO DE VIH EN PERSONAS RESIDENTES EN BUENOS AIRES

EMOTIONAL IMPACT OF THE HIV DIAGNOSIS ON PEOPLE LIVING IN BUENOS AIRES

Radusky, Pablo D.¹; Mikulic, Isabel M.²

RESUMEN

La recepción del diagnóstico de VIH puede tener un impacto emocional significativo; generando emociones negativas y displacenteras intensas, con un efecto adverso en la salud y el bienestar. Con el fin de explorar las emociones asociadas al diagnóstico y analizar las creencias y sentidos vinculados a estas, se realizó un estudio cualitativo. Se concretaron 15 entrevistas a personas con VIH del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), que fueron codificadas, analizadas y sistematizadas. Los resultados demuestran que, frente al diagnóstico, los participantes experimentaron, principalmente, emociones de tipo depresivo y ansioso y emociones acompañadas de carga o valor moral, entre otras. Cada tipo se apreció asociado a un conjunto de creencias, percepciones y sentidos específicos. Se discuten las implicancias de estos resultados en el diseño de intervenciones psicosociales y psicoterapéuticas orientadas a contener y acompañar a los sujetos durante y después de la recepción del diagnóstico y favorecer su aceptación.

Palabras clave:

VIH - Diagnóstico - Emociones - Impacto

ABSTRACT

The reception of an HIV diagnosis can have a significant emotional impact; generating negative and distressful intense emotions, with an adverse effect on health and well-being. A qualitative study was conducted to explore the emotions associated with the diagnosis and analyze the beliefs and meanings linked to them. Fifteen interviews were carried out with people with HIV in the Metropolitan Area of Buenos Aires (AMBA), which were codified, analyzed and systematized. The results show that, after the diagnosis, participants experienced, mainly, depressive and anxious emotions and emotions with a moral value, among others. Each type was associated with a set of specific beliefs, perceptions and meanings. The implications of these results for the design of psychosocial and psychotherapeutic interventions aimed at containing and accompanying the subjects during and after receiving the diagnosis and favoring its acceptance, are discussed.

Key words:

HIV - Diagnosis - Emotions - Impact

¹Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Jefe de Trabajos Prácticos de Teoría y Técnica de Exploración y Diagnóstico, Módulo I, Técnicas Psicométricas. Becario Doctoral UBACyT. E-mail: pradiusky@psi.uba.ar

²Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Profesora Titular Regular de Teoría y Técnica de Exploración y Diagnóstico, Módulo I, Técnicas Psicométricas. Directora Proyecto UBACyT Competencias Socioemocionales: Estudio de la Inteligencia Emocional y la Calidad de Vida en Diversos Contextos de Psicología Aplicada, desde una Perspectiva Integrada con el Modelo de Ecuaciones Estructurales.

INTRODUCCIÓN

La recepción de un diagnóstico de VIH implica una transformación profunda en la vida de los sujetos, pues los posiciona frente a nuevos desafíos como el inicio de un tratamiento crónico y la posibilidad de experimentar discriminación y estigma relacionado con el VIH (Yu, Chen, Ye, Li & Lin, 2016). En este sentido, puede ser vivido como un evento altamente estresante, con un impacto emocional significativo, que puede ser, incluso, potencialmente traumático (Martin & Kagee, 2011; Nightingale, Sher & Hansen, 2010; Theuninck, Lake & Gibson, 2010).

Con relación a dicho impacto, el diagnóstico de VIH se encontró asociado, principalmente, a la experimentación de emociones negativas o displacenteras intensas. Entre ellas, las más frecuentemente identificadas en estudios previos han sido tristeza, desesperanza, preocupación, miedo, vergüenza, culpa, confusión, negación y enojo (Harris & Larsen, 2008; Largu et al., 2014; Reeves, Merriam & Courtenay, 1999; Siegel & Meyer, 1999; Thomas, 2007). Estas emociones fueron reportadas en diversas poblaciones afectadas por el VIH, como hombres gays y otros hombres que hacen sexo con hombres (HSH) (Siegel & Schrimshaw, 2000) y mujeres (Kako, Stevens & Karani, 2011).

El efecto emocional negativo del diagnóstico, incluido el estrés que este dispara, incrementa el malestar psicológico y la vulnerabilidad de los sujetos diagnosticados a padecer trastornos emocionales y del estado de ánimo propiamente dichos. En este sentido, es comprensible que el diagnóstico de VIH se halle altamente asociado a consecuencias adversas sobre la salud mental y, más específicamente, emocional, con una prevalencia significativamente más elevada de depresión y trastornos de ansiedad en estos individuos (Adams, Zacharia, Masters, Coffey & Catalan, 2016; Qiu et al., 2014). Esto último fue reportado, en particular, en pacientes con diagnóstico reciente y el elevado estrés vinculado a la recepción del diagnóstico fue identificado como uno de los principales predictores del desarrollo de los síntomas depresivos y ansiosos (Nacher et al., 2010; Qiu et al., 2014).

El trastorno depresivo es el más común de los padecimientos mentales y emocionales en pacientes con VIH (Adams et al., 2016; Nanni, Caruso, Mitchell, Meggiolaro & Grassi, 2015; Saadat, Behboodi & Saadat, 2015), especialmente en aquellos con diagnóstico reciente (Cholera et al, 2017; Nacher et al., 2010). La prevalencia de depresión en esta población es altamente variable entre estudios. Esta variabilidad probablemente se deba al uso de técnicas y criterios diagnósticos diferentes, instrumentos de evaluación de la depresión diversos, muestras pequeñas o de pacientes seleccionados de subpoblaciones específicas, entre otras razones (Nanni, et al., 2015; Wolff, Alvarado & Wolff, 2010). En una revisión sobre el tema, Rabkin (2008) halló prevalencias de depresión en personas con VIH que van del 36% al 42%, en estudios conducidos en Estados Unidos. En América Latina, los datos disponibles corresponden a investigaciones realizadas en Brasil que reportan prevalencias de 21,8% en una muestra mixta (Nogueira, De Fatima & Crosland, 2006) y de

25,8% en una muestra exclusivamente de mujeres (Antakly de Melo & Melgebier, 2006). De todos modos, independientemente de la cifra, la evidencia demuestra que la prevalencia de depresión en personas con VIH es, como mínimo, dos veces más alta en comparación con población general (Ciesla & Roberts, 2001).

La relevancia de esto radica en que los síntomas depresivos han sido reconocidos como predictores de consecuencias negativas para la salud y el bienestar de las personas seropositivas. En este sentido, se asocian a menor adherencia al tratamiento antirretroviral (Mayston, Kinyanda, Chishinga, Prince & Patel, 2012) y a eventos clínicos negativos, como incremento de síntomas, carga viral detectable y progreso más acelerado de la enfermedad (Brandt, Bakhshaie, Zvolensky, Grover & Gonzalez, 2015; Norcini Pala & Stecca, 2011; Sumari-de Boer, Sprangers, Prins & Nieuwkerk, 2012).

Por otro lado, los trastornos de ansiedad también son frecuentes en personas que viven con VIH. El estrés asociado a la recepción del diagnóstico y la vivencia de este como un evento traumático derivan en una prevalencia de trastorno por estrés postraumático particularmente elevada en estos pacientes (Neigh, Rhodes, Valdez & Jovanovic, 2016; Theuninck et al., 2010). Adams et al. (2016) hallaron una prevalencia de trastornos de ansiedad en general del 15%, incrementada respecto de mediciones anteriores, en personas con VIH residentes en Londres, Reino Unido. En contraste, tal prevalencia ascendió a 35,8% en personas con VIH de Brasil (Nogueira et al, 2006). Esta variabilidad posiblemente refleje las mismas limitaciones metodológicas mencionadas para la estimación de la prevalencia de la depresión, aunque de todos modos el hallazgo de cifras significativamente altas es consistente. El impacto que los síntomas ansiosos tienen sobre la salud y la calidad de vida de las personas con VIH es similar al descripto para la depresión, afectando negativamente la adherencia al tratamiento y favoreciendo la progresión de la enfermedad (Salazar & Valencia, 2018). En contraposición con lo anterior, Carrico y Moskowitz (2014) observaron que mayor afecto positivo predice la conexión con la asistencia y el cuidado para el VIH y la persistencia en el tratamiento antirretroviral.

Además del impacto emocional que el diagnóstico produce en sí mismo, puede mencionarse aquel que es mediado por la expectativa de estigma relacionado con el VIH. La anticipación de la discriminación o rechazo por vivir con VIH, aun sin haber experimentado episodios concretos y reales de estigma, se convierte en un estresor crónico para el sujeto, que con el tiempo produce consecuencias negativas a nivel afectivo (Earnshaw, Lang, Lippitt, Jin & Chaudoir, 2015). Estudios previos han demostrado consistentemente la asociación entre estigma relacionado con el VIH y la presencia de síntomas depresivos y ansiosos (Hatzenbuehler, O'Cleirigh, Mayer, Mimiaga & Safren, 2011; Herek, Saha & Burack, 2013; Saadat et al., 2015). El estigma percibido por estas personas se ha hallado asociado a tasas de prevalencia de depresión y trastorno por estrés postraumático más altas (Breet, Kagee & Seedat, 2014; Grov, Golub, Parsons, Brennan, &

Karpiak, 2010) y a niveles de bienestar más bajos (Ammirati, Lamis, Campos & Farber, 2015).

La internalización del estigma en el autoconcepto, por otra parte, ha demostrado tener un particular impacto negativo en el área emocional y afectiva de las personas con VIH (Earnshaw, Smith, Chaudoir, Rivet Amico & Copenhagen, 2013), vinculándose a sentimientos de culpa, vergüenza, desesperanza, desvalorización y baja autoestima (dos Santos, Kruger, Mellors, Wolvaardt & van der Ryst, 2014; Earnshaw et al., 2013; Simbayi et al., 2007). El estigma internalizado también se ha hallado asociado a un incremento de síntomas ansiosos y depresivos en personas con VIH (Simbayi et al., 2007; Rendina, Millar & Parsons, 2018).

En conclusión, el diagnóstico de VIH es un evento con un elevado impacto emocional negativo en los sujetos que lo reciben. Esto puede desembocar en consecuencias que abarcan desde malestar psicológico general o síntomas ansiosos y depresivos inespecíficos hasta el desarrollo de trastornos de ansiedad y del estado del ánimo propiamente dichos, con resultados adversos para la salud y bienestar general de las personas con VIH. El objetivo de esta investigación fue explorar las emociones asociadas al diagnóstico de VIH en personas residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Asimismo, también se propuso analizar en profundidad las creencias, percepciones y sentidos asociados a ellas con el fin de comprender su origen.

MÉTODO

Se optó por utilizar una metodología cualitativa con el fin de indagar las emociones experimentadas por los participantes frente al diagnóstico de forma retrospectiva e identificar los pensamientos, sentidos y percepciones asociados a ellas.

Participantes

La muestra estuvo constituida por 15 personas viviendo con VIH (14 hombres y una mujer), todos residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires). La media de edad de los participantes fue de 41,60 (DE=11,59), abarcando desde los 25 a los 71 años. La mayoría informó contar con nivel terciario o universitario completo (67%). El resto reportó estar cursando este nivel educativo o haberlo abandonado (13%) o haber completado el nivel secundario (20%). Todos ellos, excepto uno, se encontraban en tratamiento antirretroviral al momento de la entrevista y la totalidad refirió haber adquirido el VIH por vía sexual. Todos los hombres refirieron orientación sexual homosexual. En promedio, y al momento de la entrevista, habían transcurrido 9,46 años desde el diagnóstico (DE=7,92). Tres participantes podían clasificarse como diagnósticos recientes (recibidos dentro de los 12 meses anteriores a la entrevista). Por el contrario, cuatro participantes habían recibido su diagnóstico antes del año 2000. El más antiguo de ellos fue de 24 años, al momento de ser incluido en este estudio.

Instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada para la recolección de información fue la entrevista individual semiestructurada en profundidad. En esta técnica, el entrevistador posee un listado de áreas o temas mínimos a abordar, definidos con antelación, con el fin de posibilitar la sistematización y análisis posterior de la información y la comparación entre participantes. Sin embargo, este tipo de entrevista también posee la flexibilidad suficiente para incorporar nuevos temas o áreas que emerjan en el relato de los participantes, que no hayan sido consideradas al momento del diseño del instrumento, pero que puedan ser significativas para los fines de la investigación (Taylor y Bogdan, 1987).

Siguiendo esta metodología, se identificaron áreas o temas a ser abordados durante cada entrevista. Estos se desprendieron de los objetivos del estudio y de una revisión bibliográfica previa. De esta forma, también fue posible asegurar la comparabilidad entre los relatos de los entrevistados y que la información mínima necesaria fuera recabada, evitando la pérdida de datos relevantes. Las áreas o temas a ser explorados fueron: información general acerca de la situación de salud y la infección por VIH (estado de salud general actual, historia de la infección, controles médicos), diagnóstico y su ocultación/revelación, tratamiento y grado de adherencia a éste, experiencias de estigma y discriminación relacionados con el VIH, red de apoyo social percibida e identidad como persona viviendo con VIH.

Procedimiento

Dado el carácter exploratorio de este estudio, se optó por incluir y abarcar la mayor diversidad posible de experiencias relacionadas con el diagnóstico de VIH, que permitieran alcanzar un conocimiento amplio sobre el tema a la vez que sondear recurrencias y puntos en común. Por este motivo, los únicos criterios de inclusión fueron que los participantes vivieran con VIH y fueran mayores de 18 años. De esta forma, se incorporó a todos aquellos que aceptaron participar voluntariamente. Se decidió conservar para el análisis el relato de la única participante mujer. Esta decisión se sustenta en que, debido a su rol de coordinadora de grupos de personas con VIH, su relato excede su propia experiencia individual, aportando información más amplia acerca de las vivencias de otras personas que pasaron por los grupos a lo largo de los años. El reclutamiento se realizó en dos fases. En la primera, se llevó a cabo un muestreo intencional. Se contactó y entrevistó a 4 personas viviendo con VIH que coordinan grupos de pares para personas con VIH en dos organizaciones no gubernamentales de la Ciudad de Buenos Aires. Se decidió comenzar por los participantes coordinadores de grupo por dos razones. La primera es que ellos constituyen informantes clave. Además de proporcionar el relato de su propia experiencia con el VIH, también pudieron contribuir con la narración de las experiencias relatadas por otros y escuchadas por ellos en el marco de los grupos (siempre guardando la confidencialidad y anonimato correspondientes). En este sentido, pudieron aportar no solo el relato de su propia experiencia con el VIH, sino

también la de otras personas que pasaron por los grupos a lo largo de sus años de coordinación. En segundo lugar, dado su rol a cargo de grupos de pares, funcionaron como nexos o puente para contactar a otros participantes, que asistían a estas actividades.

En una segunda fase, se empleó la modalidad de muestreo por bola de nieve. Los 4 participantes coordinadores de grupo difundieron entre los asistentes la invitación a participar en el estudio. Aquellos interesados fueron puestos en contacto con el investigador. Luego de finalizada la entrevista con cada uno de estos nuevos participantes, se les propuso informar sobre el estudio a otra persona con VIH que ellos conociesen y ofrecerle participar. Aquellos que aceptaban eran luego contactados por el investigador, repitiendo con ellos el procedimiento, hasta que se alcanzó la saturación de la información recabada. De esta forma, quedó conformada la muestra definitiva, compuesta por los 4 participantes coordinadores, 6 participantes que asistían a los grupos de pares al momento de la entrevista o habían asistido previamente y 5 participantes que no habían sido nunca parte de estas actividades, siendo externos a ellas.

Antes del inicio de cada entrevista, todos ellos fueron informados acerca de los objetivos del estudio, del carácter voluntario de su participación y de la confidencialidad de la información provista. Luego de esto, prestaron consentimiento a participar voluntariamente y a que las entrevistas fuesen grabadas. Para garantizar la confidencialidad de la información proporcionada, se reemplazó la identidad de cada participante por un código de letras asignado a cada entrevista y, particularmente para el presente trabajo, se omitieron todos aquellos datos que pudiesen ser identificatorios o que permitiesen relacionar fragmentos de discurso con personas particulares. Todas las entrevistas fueron realizadas entre octubre de 2015 y agosto de 2016 por un mismo investigador, grabadas y transcritas. Su duración osciló entre media hora y hora y media, aproximadamente.

Análisis de datos

El proceso de análisis del material transcrito fue guiado de acuerdo con los lineamientos de la Teoría Fundamentada de Glaser y Strauss (1967) y asistido por el software para análisis cualitativo ATLAS.Ti versión 7.5.4 (2015). En primera instancia, se llevó a cabo un proceso de codificación abierta, asignando códigos o categorías a los fragmentos significativos de material. La codificación permitió asignar a cada fragmento relevante de material categorías que los representaran. A continuación, se realizó un análisis de los códigos aplicados, identificando y estableciendo relaciones entre ellos. Los códigos que mantenían relaciones conceptuales entre sí fueron agrupados en ejes teóricos de orden superior. Finalmente, se efectuó un segundo proceso de codificación o recodificación yendo de los ejes a los códigos. De esta forma, se refinaron las categorías asignadas inicialmente a los fragmentos, haciendo más precisa la aplicación de los códigos ya existentes y desarrollando otros nuevos. Luego de este proceso, los ejes teóricos que habían emergido de la primera codifica-

ción abierta se vieron consolidados y fueron mantenidos. El proceso de codificación y recodificación fue conducido por el investigador a cargo del estudio.

RESULTADOS

A continuación, se presentarán los resultados organizados según el tipo de emoción experimentada por los participantes frente al diagnóstico de VIH.

1. Emociones de tipo depresivo

Una porción significativa de los participantes reportó haber experimentado emociones que se corresponden con un estado de ánimo deprimido, como tristeza, soledad y desesperanza. Con frecuencia, se refieren a este estado emocional como “desolación” o como la sensación de que “se viene el mundo abajo”.

Estas emociones se mencionaron asociadas a la sensación de pérdida concreta de bienestar físico y salud y de pérdida de control sobre esta última. En este sentido, puede apreciarse que el cambio vital que implica la situación de diagnóstico activa un duelo por la salud perdida que el sujeto debe atravesar, resultando en emociones congruentes con un proceso psicológico de ese tipo.

“Fue un sentimiento ...de una pérdida muy grande...creo que sentí lo mismo que sentí cuando murió mi viejo...Perdí la salud, básicamente.” (C. R., 45 años)

“...Mucha tristeza.... Fue como un sentimiento de ¿qué más puedo perder después de esto? ...” (G. N., 25 años)

Adicionalmente, los participantes también reportaron una sensación de pérdida en relación con el futuro y el sentido de la propia vida refiriendo, en algunos casos, la presencia de pensamientos acerca de la muerte y de acortamiento de la expectativa de vida, disparados por la situación diagnóstica. Esta sensación emergió asociada a estado de ánimo deprimido, particularmente, bajo la forma de desesperanza.

“Cuando vos entregas un resultado...lo primero que te preguntan [es]... “¿Cuánto me queda de vida?” ... Lo que pierden con todo esto es la ilusión de vivir.” (I. Y., 49 años)

“...básicamente la emoción que sentí cuando me enteré fue que no sabía cuánto más iba a vivir...” (G. N., 25 años)

Finalmente, algunos participantes informaron haber experimentado una sensación de soledad como consecuencia de la recepción del diagnóstico positivo. De su relato, es posible interpretar que esta emoción se vincula a una sensación de vulnerabilidad, desamparo e indefensión frente a la nueva realidad vital del sujeto.

“...cuando vos ... te enfrentas a un diagnóstico positivo ... te encontrás como muy, muy desnudo, muy solo, frente a una realidad que es dura, es cruel.” (C. R., 45 años)

“Mucha desolación. Toman conciencia de que ... que en ese instante están solos en el mundo.” (I. Y., 49 años)

En algunos casos, estas emociones de tipo depresivo resultan en autoexclusión y aislamiento social. Esto parece corresponder a una necesidad de repliegue o recogimiento que es parte del proceso de duelo antes mencio-

nado. Es decir, constituye un momento de introspección necesario en el proceso de elaboración y aceptación de la nueva situación de salud. En otros casos, sin embargo, también es una conducta destinada a evitar el estigma y la discriminación que el sujeto percibe y anticipa en el entorno social.

"Me quedé mucho tiempo solo, hice muchos duelos... veces de no ver a nadie y estar todo el tiempo deprimido..." (L. D., 49 años)

"...me sentí aislado... no quería ver a nadie, no quería estar con nadie, me quería aislar un poco del ambiente gay también..." (I. I., 27 años)

2. Emociones de tipo ansioso

El diagnóstico positivo de VIH también desencadena emociones de tipo ansioso. Los participantes mencionan haber experimentado angustia, ansiedad, incertidumbre, pero principal y mayoritariamente, miedo.

Este conjunto de emociones se aprecia asociado a dos factores: la falta de conocimiento e información acerca del VIH al momento de recibir el resultado positivo, lo que implica mayor incertidumbre, y la anticipación del estigma y discriminación social.

El primero de los factores mencionados se relaciona con el hecho de que algunas personas llegan al diagnóstico disponiendo de poca información o con creencias y conocimientos erróneos respecto del VIH, lo que precipita la aparición de temores e incertidumbre al momento de recibir la noticia. Muchas de estas creencias están basadas en estereotipos y representaciones incorrectas y negativas acerca del VIH que persisten en la sociedad, desde los primeros tiempos de la epidemia, cuando el tratamiento antirretroviral era todavía inexistente o altamente tóxico y la mortalidad, elevada. Esto se refleja en la mención de temores relacionados con la muerte y el deterioro, activados al momento del diagnóstico, que desencadenan emociones displacenteras, como miedo.

"Miedo ... Una sensación como de que "acá se termina todo" ... Si bien no estaba entendiendo mucho de qué se trataba, yo lo asociaba a la muerte." (E. R., 40 años)

"...los pacientes recién diagnosticados te preguntan "¿cuándo empieza la etapa del deterioro?" ...sí, esa imagen todavía persiste." (E. V., 46 años)

"... [miedo a] sentirme demacrado, yo no me quería ver demacrado...morir ahí demacrado..." (I. I., 27 años)

Otro conjunto significativo de temores que los participantes refieren, vinculados a falta de información, se relaciona con el tratamiento, su eficacia y sus posibles consecuencias. En este sentido, en una primera etapa, expresan haber experimentado incertidumbre respecto de si el tratamiento antirretroviral funcionaría o no en ellos y preocupación y miedo por sus efectos secundarios.

"Algunos tienen ... desconocimiento por ... los efectos colaterales de la medicación ... Algunos tienen mucha ansiedad por saber qué les va a pasar. Miedo. Preocupación también ... más que nada por la medicación." (E. R., 40 años)

"...cuando fui a la primera médica que me atendió, le pregunté por [la] lipodistrofia ... yo ya me veía ... con efectos

... Mi temor era un poco eso ... se me vino Filadelfia a la mente..." (F. Q., 44 años)

Según lo relatado, en la etapa inmediatamente posterior a la recepción del diagnóstico positivo, algunos participantes refieren haber experimentado un miedo incrementado de transmitir el VIH a otros, fundamentalmente, a personas significativas del entorno cercano y parejas sexuales. Un participante lo describe como la sensación de llevar encima "algo peligroso" (L. D., 49 años). Puede apreciarse que este temor se expresa de forma potenciada e irracional, ya que se activa incluso en situaciones en las que la transmisión del VIH no es posible.

"...estaba con pavor de contagiar a otra persona. Pensé que hasta besando se podía contagiar..." (T. G., 33 años)

"...yo al principio sabiendo [las vías de transmisión] y estando informado, las primeras veces que tenía que tomar mate con mi vieja y mi sobrino es como que digo "¿Ay, será realmente así?" (F. Q., 44 años)

El segundo factor que se aprecia en la base de las emociones de tipo ansioso frente al diagnóstico es la anticipación del estigma y la discriminación relacionados con el VIH. Quienes reciben un resultado positivo son conscientes del trato estigmatizante y discriminatorio que persiste en la sociedad hacia las personas con VIH y de sus consecuencias en términos de desventajas sociales. Por este motivo, desde el momento en que pasan a pertenecer a este grupo estigmatizado, anticipan la posibilidad de que ese mismo rechazo y discriminación pueda ser dirigido a ellos mismos en el futuro. Esta anticipación dispara el miedo a ser blanco de estigma y a la pérdida de estatus, oportunidades y beneficios sociales que podría acarrearles, como consecuencia, incluso no habiendo experimentado situaciones concretas de rechazo aún.

"Miedo al rechazo. Miedo a no tener trabajo. Miedo a no volver a tener una pareja." (C. R., 45 años)

"...el miedo a la discriminación, sentirse de golpe parte de un grupo que es discriminado...eso golpea más fuerte muchas veces..." (E. V., 46 años)

"Miedo de que se enteren en el trabajo y que lo hagan público." (G. D., 41 años)

Una consecuencia de lo anterior es una reducción significativa de la vida sexual y afectiva en una primera etapa posterior a recibir el resultado positivo, aunque algunos participantes manifiestan que se mantiene hasta el presente, incluso luego de varios años de vivir con el VIH. Esto se debe principalmente a dos motivos: el miedo a la transmisión del VIH a otras personas, ya mencionado previamente, en combinación con el temor al rechazo por parte de eventuales parejas sexuales, como resultado de revelarles el diagnóstico.

En este sentido, a algunos participantes, la evitación de entablar vínculos sexuales y afectivos los alivia de la tensión de tener que "estar pendiente de no infectar al otro" (G. H., 42 años). Para otros, esta es una forma de eludir la situación de tener que revelar su diagnóstico a sus parejas sexuales, lo que los expondría a ser rechazados

y discriminados por ellas.

"...otra cosa también es la sexualidad... como que me alejé de todo eso... me cuesta... Porque siento que cada vez que estoy por tener una relación con alguien tengo que decirle lo que tengo y eso también me da temor." (G. D., 41 años)
"...si no sos honesto con el otro...le podés complicar el resto de su vida...es lo que más me frena a la hora de tener un acto sexual...si me decís que tengo que ir a hablar y contar y... "No, chau, me quedo solo". (J. Q., 40 años)

3. Emociones con valor o carga moral

Del relato de los participantes se desprende un tercer grupo de emociones en relación con el diagnóstico de VIH que tienen como característica común el estar acompañadas por una carga o valor moral significativo. Ellas son vergüenza, culpa y sentimiento de castigo y merecimiento. Estas emociones se aprecian fundamentalmente asociadas a la internalización en el autoconcepto de los prejuicios, sentimientos negativos y actitudes estigmatizantes que la sociedad mantiene con relación al VIH. En otras palabras, estas son emociones que se registran vinculadas a la experiencia de estigma internalizado.

La vergüenza, en primer lugar, se menciona asociada a la percepción de poseer un atributo estigmatizado, es decir, una marca desprestigiante y negativamente valorada por la sociedad. Debido a la internalización del estigma, algunos participantes demuestran dirigir hacia sí mismos los sentimientos negativos que la sociedad sostiene respecto del hecho de vivir con VIH, lo que afecta negativamente su autoconcepto. El resultado es el sentimiento de poseer una identidad devaluada, autodesvalorización y vergüenza. Algunos se refieren a vivir con VIH como una "marca" o una "mancha", que los desprestigia o los ubica en una posición de menor valor frente a la mirada de los demás.

"...me sentía como sucio. Básicamente, la palabra era sucio, manchado..." (F. Q., 44 años)

Adicionalmente, vivir con VIH implica la posibilidad de ser asociado a, o percibido como, miembro de grupos tradicionalmente más afectados por la epidemia y poseedores en sí mismos de otros atributos estigmatizados. Esto produce una sensación de estigma incrementado, ya que verse incluido o vinculado a grupos socialmente desprestigiados constituye un estigma adicional que se superpone al ya sentido por el hecho de vivir con VIH, potenciando su impacto emocional negativo.

"...vergüenza tenía...no podía ver a mis viejos a la cara... era algo que parecía que eras prostituta o drogadicta... en ese momento para mí era terrible entrar dentro de esos grupos..." (E. V., 46 años)

Por otro lado, la culpa y la sensación de merecimiento también se aprecian en asociación con la internalización del estigma. Estas emociones se registran vinculadas a la creencia de que el VIH es la consecuencia esperable de un estilo de vida irresponsable o inapropiado, de errores o descuidos cometidos en el pasado o de haber realizado determinadas conductas moralmente reprochables, especialmente en referencia a la conducta sexual y las rela-

ciones sexuales homosexuales.

"...el VIH no me lo ganó leyendo la Biblia...uno tiene que hacerse cargo de las cosas que le suceden..." (L. J., 71 años)
"...sí cometiste el delito, tenés que cumplir la condena...si soy portador de VIH es porque yo me lo busqué...es culpa mía." (T. T., 47 años)
"Bueno, esta es la consecuencia de maltratarme durante tanto tiempo..." (C. R., 45 años)

Asimismo, la culpa se menciona asociada a la pregunta ¿por qué a mí? o ¿qué hice para merecer esto?. En este sentido, la asunción de la culpa por la infección puede interpretarse como un intento de buscar una explicación a la situación y encontrar un sentido que permita comprender, asimilar y aceptar la novedad del diagnóstico.

"...te genera una cuestión de culpa...de decir "¿Por qué a mí? ¿Qué hice yo?" (C. R., 45 años)

De este modo, algunos participantes refieren haber podido atribuir un sentido al diagnóstico, hallando un propósito o un porqué para que el mismo ocurriera. Esto permite una reevaluación del VIH en un sentido que favorece su integración en el curso vital del sujeto y su aceptación.

"...cuando a uno le pasan las cosas es para darle un cambio a su vida...no seguir con esa vida...de ser promiscuo" (I. I., 27 años)

Finalmente, la vergüenza también se observa en asociación con un sentimiento de falla a otras personas significativas. Algunos participantes reconocen haber adquirido el VIH a pesar del cuidado, las advertencias y los consejos que otros les pudieron haber provisto, lo que resulta en la sensación de haberles fallado y de haberlos decepcionado.

"...todas las personas... sentían como que todas las medidas de prevención que podían darle a un chico tan joven no fueron nunca aplicadas, o escuchadas, y esa fue...mi mayor bronca. Fue conmigo...saber que decepcioné a mucha gente que tenía alrededor mío..." (G. N., 25 años)

En cambio, otros participantes experimentaron ese mismo sentimiento de falla respecto de sí mismos, pues reconocen haber adquirido el VIH incluso a pesar de contar con la información acerca de cómo prevenir la infección.

"...sentí como vergüenza...sentís como una marca de decir "Bueno, esto me pasó por no haberme cuidado"...y te sentís como tonto...Muy estúpido." (C. R., 45 años)

4. Emociones relacionadas al contexto de un diagnóstico no esperado ni sospechado

Para algunos participantes, la recepción de un resultado positivo fue un evento inesperado, ya que no poseían registro de alguna situación concreta de exposición que les permitiese sospechar o anticipar el diagnóstico. Como es esperable, estos participantes refieren haber experimentado una sorpresa intensa frente a la novedad, que describen como "no tener reacción" o quedarse con "la mente en blanco".

“...en ese momento no reaccioné mucho por la noticia... yo reaccioné recién después de 4 o 5 meses de lo que me estaba pasando.” (G. H., 42 años)

Esta reacción emocional se aprecia como particularmente intensa en aquellos participantes que sostenían una creencia de tipo *“a mí no me va a pasar”*, ya que se auto-percibían como menos vulnerables o menos expuestos al VIH o lo concebían como algo ajeno o lejano, subestimando su propio riesgo.

“...viste cuando no caes en ese aspecto...lo que menos pensás es que justo te va a tocar a vos.” (I. I., 27 años)

5. Emociones positivas o placenteras

Por último, una parte de los participantes refirió que la recepción del diagnóstico positivo no resultó un evento particularmente traumático para ellos. De hecho, algunos de ellos mencionan haber experimentado emociones que podrían ser categorizadas como positivas o placenteras como, por ejemplo, *“alivio”* y *“tranquilidad”*.

Esta respuesta emocional más positiva se encuentra mediada por dos factores. El primero es el contexto actual de la epidemia. Es decir, el hecho de disponer de un tratamiento eficaz, que ha permitido cronificar el VIH y prolongar indefinidamente los años de vida saludables. El segundo factor es el nivel de conocimiento que los participantes poseen respecto de lo anterior. Esto es, aquellos participantes que cuentan con información actualizada y correcta acerca del VIH y su tratamiento son conscientes de que pueden alcanzar una elevada calidad de vida y continuar con sus actividades cotidianas habituales. Esto disipa pensamientos y temores relativos a la muerte, el deterioro y la discapacidad, favorece el atravesamiento del diagnóstico de forma menos traumática y facilita la aceptación del mismo.

“...ahora suena como... más leve...porque sabes que es una enfermedad crónica, hay medicación...” (L. J., 71 años)

“...hay como un momento bisagra...que fue la vieja modalidad de medicamentos y los nuevos...si esto hubiera pasado cuando no había el medicamento... me hubiera tirado abajo de un tren...Pero como estaba visto...que había millones de enfermos y que llevaban una vida re normal...y que era una situación más en su vida, como un resfrío, lo asumí...” (T. T., 47 años)

Contar con información confiable y actualizada acerca del tratamiento, permitió a algunos participantes ponderar la gravedad real del VIH, en comparación con otras condiciones de salud y enfermedades. Esto se aprecia especialmente en situaciones de incertidumbre diagnóstica en las que el sujeto se enfrenta a la posibilidad de recibir otros diagnósticos más graves en términos de disponibilidad de tratamiento eficaz y riesgo de mortalidad, como el cáncer. En este proceso de comparación, algunos participantes lograron percibir al VIH en una luz más positiva, experimentando emociones en concordancia.

“...yo pensaba que tenía un tumor en la cabeza...a mí...el diagnóstico de HIV me alivió la pesadez de tener otra cosa...” (I. Y., 49 años)

“Dije: “qué bueno que no es nada terminal”, no sé, cáncer de páncreas...” (T. G., 33 años)

DISCUSIÓN

Este estudio exploratorio tuvo como objetivos indagar las emociones asociadas al diagnóstico en personas que viven con VIH del Área Metropolitana de Buenos Aires y analizar en profundidad las creencias, percepciones y sentidos asociados a ellas con el fin de comprenderlas.

Los resultados obtenidos son altamente congruentes con los antecedentes en el tema. De forma similar a lo hallado en estudios previos, incluyendo aquellos de metodología cualitativa, las emociones experimentadas por los sujetos participantes frente al diagnóstico positivo de VIH fueron predominantemente negativas y displacenteras (Harris & Larsen, 2008; Largu et al., 2014; Reeves et al., 1999; Siegel & Meyer, 1999; Thomas, 2007). En este sentido, el aporte diferencial de esta investigación consistió en identificar y describir las creencias, pensamientos y percepciones que se asocian a estas emociones o las disparan. Los resultados concuerdan con los modelos cognitivos actuales acerca de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (especialmente, el depresivo) respecto de las relaciones específicas entre emoción y cognición (creencias y percepciones) en estos desórdenes (Zeidner, Matthews & Roberts, 2009). Tal como era esperable, las emociones de tipo depresivo (tristeza, desesperanza y soledad, por ejemplo) se vincularon a sentimientos de indefensión y de pérdida y al inicio de un proceso de duelo desencadenado por esta última. Este duelo, relacionado con el VIH, ha sido descrito previamente por Zeligman y Wood (2017), quienes lo vinculan con la experimentación de diversas pérdidas que sobrevienen como consecuencia del diagnóstico. Entre ellas, mencionan la pérdida de vida, de funcionamiento físico, de relaciones interpersonales y redes de apoyo y de la imagen de sí mismo que se tenía previamente. Algunas de las anteriores han podido ser identificadas en el relato de los participantes lo que aporta evidencia en favor de la propuesta teórica de estos autores, respecto del duelo relacionado con el diagnóstico de VIH.

Por otro lado, tal como se espera respecto de los síntomas ansiosos, los temores irracionales y poco realistas acerca del VIH y el tratamiento antirretroviral resultaron centrales en la experimentación de este tipo de emociones. No obstante, en relación con éstas, fue posible también detectar un factor adicional específico a la experiencia de vivir con VIH: la anticipación y expectativa de estigma y discriminación. El estigma se convierte en un estresor crónico con un impacto significativamente negativo en la salud mental y bienestar de los sujetos, tal como ya fue demostrado por Earnshaw et al. (2015). Los resultados de este estudio contribuyen a dejar en evidencia el papel perjudicial del estigma relacionado con el VIH, develando su impacto emocional negativo. Esto reafirma la importancia de continuar desarrollando estrategias para reducir el estigma y la discriminación que persisten en la sociedad en relación con esta epidemia. Asimismo, ratifica la necesidad de diseñar e implementar intervenciones psicoso-

ciales y terapéuticas dirigidas a las personas con VIH para mitigar el estigma internalizado y promover recursos para el afrontamiento de situaciones concretas de estigma, moderando su impacto pernicioso en la salud y el bienestar general.

Una mención especial merece un conjunto de emociones específicamente implicadas en la experiencia de vivir con VIH y que se relacionan con la dimensión valorativa o moral que ha atravesado a esta epidemia desde sus inicios. De forma muy temprana el VIH ha sido socialmente vinculado a ciertos grupos más afectados en los inicios de la epidemia, como hombres gays, personas transgénero, usuarios de drogas y hombres y mujeres que ejercían el trabajo sexual (Bilder, 2010). En consecuencia, se forjó una fuerte asociación entre el VIH y prejuicios sociales relacionados con la orientación sexual y las prácticas sexuales entre hombres, la identidad de género, la promiscuidad, el uso de drogas ilegales, la prostitución y la pobreza (Deacon, 2006; Pecheny, Manzelli & Jones, 2007), todos atributos y prácticas negativamente valorados en nuestro contexto socio-cultural. Es por esto que el conocimiento o presunción de un diagnóstico de VIH despierta prejuicios contra las personas afectadas, generando desaprobación social (Chambers et al., 2015). La internalización de ese rechazo en el autoconcepto resulta en el desarrollo de emociones que son producto de dirigir la desaprobación de la sociedad hacia sí mismo, como la vergüenza y la culpa.

Sin embargo, los resultados también sugieren otras posibles funciones de estas emociones, en especial, la culpa y el merecimiento, en la aceptación y asimilación del diagnóstico. El diagnóstico de una enfermedad crónica, como el VIH, es un evento vital disruptivo que impacta en el sistema de creencias generales mediante el que los sujetos comprenden el mundo y a sí mismos y dan sentido a las cosas que les suceden. Es decir, puede generarse una discrepancia entre la percepción que los sujetos tienen de la enfermedad y valores, creencias y asunciones básicas fuertemente arraigados, lo que genera malestar emocional (Park, 2013). Una de las estrategias para reducir dicha disonancia y lograr el reajuste tras el diagnóstico es asimilar la enfermedad a las creencias generales previas al diagnóstico (Lepore, 2001). Esto se aprecia en algunos de los relatos, que refieren aceptar la responsabilidad por contraer el VIH, entendiendo este hecho como consecuencia esperable de ciertas prácticas y estilos de vida. Esto parece haber promovido una percepción del VIH bajo una luz más positiva, como una oportunidad para introducir cambios en estos últimos. Lo anterior permite pensar en un papel diferente de la culpa y la sensación de merecimiento en estos casos particulares que, contrariamente a lo esperable, no sería negativo ni poco saludable, sino que posibilitaría atribuir un sentido al diagnóstico favoreciendo su integración en el curso vital del sujeto y finalmente, su aceptación. Esta hipótesis insinúa la importancia de estudiar con mayor profundidad el papel de la culpa, la responsabilidad y la sensación de merecimiento en la aceptación del diagnóstico de VIH y en el

reajuste emocional posterior.

Los resultados ilustran acerca de la importancia de proporcionar información actualizada, confiable y completa al paciente, acerca del VIH y el tratamiento antirretroviral, durante el momento del diagnóstico o en la etapa inmediatamente posterior. La falta de información contribuye a la incertidumbre y la aparición de temores irracionales relacionados con la muerte, el deterioro y la discapacidad, resultando en malestar emocional, particularmente bajo la forma de ansiedad y miedo. En contraposición, los resultados de este estudio muestran que quienes sí contaban con información suficiente y correcta acerca del VIH y su tratamiento, refirieron un impacto emocional menos intenso y negativo, expresando incluso tranquilidad y otras emociones placenteras similares. Esto parece haber facilitado su tránsito por el período inmediatamente posterior a la recepción del diagnóstico y la aceptación y asimilación de este último. Esta conclusión permite resaltar que la provisión de información completa relativa al tratamiento y la promoción de espacios para que los pacientes expresen abiertamente sus dudas y consultas debería ser un componente clave de cualquier intervención psicológica durante o con posterioridad a la devolución de un diagnóstico positivo, pues su impacto a nivel emocional podría ser particularmente significativo. Es posible que, de hecho, sea un factor fundamental facilitador u obstaculizador de la aceptación del diagnóstico.

Más allá de los aportes destacados previamente, es posible reconocer algunas limitaciones que el presente estudio posee. Si bien el tamaño de la muestra empleada fue suficiente para alcanzar la saturación de la información en los ejes presentados, una mayor cantidad de participantes probablemente aportaría mayor robustez a los resultados obtenidos. Asimismo, la selección de los participantes evidencia un desbalance en variables que podrían resultar altamente significativas, como el género y la orientación sexual, lo que podría haber introducido sesgos en los resultados. Aunque esto fue tenido en cuenta al momento de interpretar los datos, es recomendable el reclutamiento y conformación de muestras más balanceadas o representativas de la realidad actual de la epidemia de VIH, en Argentina. Finalmente, un mayor número de investigadores involucrados en el análisis del material podría incrementar la confiabilidad de la codificación y, en consecuencia, de las conclusiones que se desprenden de ella.

A pesar de las limitaciones antes mencionadas, los resultados obtenidos contribuyen a una descripción más organizada y sistemática de las emociones, creencias y percepciones que se activan a partir de la recepción de un diagnóstico de VIH y sus interrelaciones. Esto posibilita prefigurar algunas aplicaciones prácticas concretas en relación con el momento específico de devolución de un resultado positivo y el acompañamiento inmediatamente posterior. En esta línea, se espera que las conclusiones de esta investigación contribuyan a la mejora de las intervenciones psicosociales y psicoterapéuticas implementadas con el fin de contener y orientar al paciente durante y

después de la recepción del diagnóstico y favorecer la aceptación de este.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a la Fundación Huésped, a la Sociedad de Integración Gay Lésbica Argentina (SIGLA) y a los participantes de este estudio por haber contribuido a su realización.

REFERENCIAS

- Adams, C., Zacharia, S., Masters, L., Coffey, C. & Catalan, P. (2016). Mental health problems in people living with HIV: Changes in the last two decades: The London experience 1990-2014. *AIDS Care*, 28(1), 56-59. doi: 10.1080/09540121.2016.1146211.
- Ammirati, R.J., Lamis, D.A., Campos, P.E. & Farber, E.W. (2015). Optimism, well-being, and perceived stigma in individuals living with HIV. *AIDS Care*, 27(7), 926-933. doi: 10.1080/09540121.2015.1018863.
- Antakly de Mello V. & Malgebier A. (2006). Depression in women infected with HIV. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 10-7.
- ATLAS.Ti (versión 7.5.4) [software]. (2015). Obtenido de https://atlasti.cleverbridge.com/74/purl-order?_ga=2.43624933.1185314242.1523370337-1733085140.1523370337
- Bilder, P. (2010). "Una visita inesperada". Primeros años del SIDA en la Argentina (1981-1984). En H. Vessuri, P. Kreimer, A. Arellano y L. Sanz Méndez (Eds.), *Conocer para transformar: Producción y reflexión sobre ciencia, tecnología e innovación en Iberoamérica* (pp. 35-53). Caracas: UNESCO-IESALC.
- Brandt, C.P., Bakshhaie, J., Zvolensky, M.J., Grover, K.W. & Gonzalez, A. (2015). The examination of emotion dysregulation as a moderator of depression and HIV-relevant outcome relations among an HIV+ sample. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(1), 9-20. doi: 10.1080/16506073.2014.950323.
- Breet, E., Kagee, A. & Seedat, S. (2014). HIV-related stigma and symptoms of post-traumatic stress disorder and depression in HIV-infected individuals: does social support play a mediating or a moderating role? *AIDS Care*, 26(8), 947-951. doi: 10.1080/09540121.2014.901486.
- Carrico, A.W. & Moskowitz, J.T. (2014). Positive affect promotes engagement in care after HIV diagnosis. *Health Psychology*, 33(7), 686-689. doi: 10.1037/hea0000011.
- Chambers, L.A., Rueda, S., Baker, D.N., Wilson, M.G., Deutsch, R., Raeifar, E., Rourke, S.B. & The Stigma Review Team. (2015). Stigma, HIV and health: A qualitative synthesis. *BMC Public Health*, 15, 1-17. doi: 10.1186/s12889-015-2197-0.
- Cholera, R., Pence, B.W., Gaynes, B.N., Bassett, J., Qangule, N., Pettifor, A., Macphail, C. & Miller, W.C. (2017). Depression and engagement in care among newly diagnosed HIV-infected adults in Johannesburg, South Africa. *AIDS and Behavior*, 21(6), 1632-1640. doi: 10.1007/s10461-016-1442-6.
- Ciesla, J.A. & Roberts, J.E. (2001). Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 725-730.
- Deacon, H. (2006). Towards a sustainable theory of health-related stigma: Lessons from the HIV/AIDS literature. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 16, 418-425.
- dos Santos, M.M.L., Kruger, P., Mellors, S.E., Wolvaardt, G. & van der Ryst, E. (2014). An exploratory survey measuring stigma and discrimination experienced by people living with HIV/AIDS in South Africa: the people living with HIV stigma index. *BMC Public Health*, 14, 80. doi: 10.1186/1471-2458-14-80.
- Earnshaw, V.A., Lang, S.M., Lippitt, M., Jin, H. & Chaudoir, S.R. (2015). HIV stigma and physical health symptoms: Do social support, adaptive coping, and/or identity centrality act as resilience resources? *AIDS and Behavior*, 19, 41.49. doi: 10.1007/s10461-014-0758-3.
- Earnshaw, V.A., Smith, L.R., Chaudoir, S.R., Rivet Amico, K. & Conpenhaver, M. M. (2013). HIV stigma mechanisms and well-being among PLWH: A test of the HIV Stigma Framework. *AIDS and Behavior*, 17(5), 1785-1795. doi: 10.1007/s10461-013-0437-9.
- Grov, C., Golub, S.A., Parsons, J.T., Brennan, M. & Karpiak, S.E. (2010). Loneliness and HIV-related stigma explain depression among older HIV-positive adults. *AIDS Care*, 22(5), 630-639. doi: 10.1080/09540120903280901.
- Harris, G.E. & Larsen, D. (2008). Understanding hope in the face of an HIV diagnosis and high-risk behaviors. *Journal of Health Psychology*, 13(3), 401-415. doi: 10.1177/1359105307088143.
- Hatzenbuehler, M.L., O'Cleirigh, C., Mayer, K.H., Mimiaga, M.J. & Safren, S.A. (2011). Prospective associations between HIV-related stigma, transmission risk behaviors, and adverse mental health outcomes in men who have sex with men. *Annals of Behavioral Medicine*, 42, 227-234. doi: 10.1007/s12160-011-9275-z.
- Herek, G.M., Saha, S. & Burack, J. (2013). Stigma and psychological distress in people with HIV/AIDS. *Basic and Applied Social Psychology*, 35, 41-54. doi: 10.1080/01973533.2012.746606.
- Kako, P.M., Stevens, P.E. & Karani, A.K. (2011). Where will this illness take me? Reactions to HIV diagnosis from women living with HIV in Kenya. *Health Care for Women International*, 32, 278-299. doi: 10.1080/07399332.2010.530727.
- Largu, M.A., Dorobat, C.M., Priscariu, L., Nicolau, C., Astarastoe, V., & Manciu, C. (2014). The psycho-emotional profile of the HIV-positive naïve patient. *Revista medico-chirurgicala a Societati de Medici si Naturalisti din Iasi*, 118(3), 733-737.
- Lepore, S.J. (2001). A social-cognitive processing model of emotional adjustment to cancer. En A. Baum & B. Anderson (Eds.), *Psychosocial interventions for cancer* (pp. 99-118). Washington, DC: American Psychological Association.
- Martin, L. & Kagee, A. (2011). Lifetime and HIV-related PTSD among persons recently diagnosed with HIV. *AIDS and Behavior*, 15, 125-131. doi: 10.1007/s10461-008-9498-6.
- Mayston, R., Kinyanda, E., Chishinga, N., Prince, M. & Patel, V. (2012). Mental disorder and the outcome of HIV/AIDS in low-income and middle-income countries: A systematic review. *AIDS*, 26(2), 117-135. doi: 10.1097/QAD.0b013e32835bde0f.
- Nacher, M., Andriouch, L., Godard Sebillotte, C., Hanf, M., Vantilcke, V., El Guedj, M., Vaz, T., Leconte, C., Simart, G., Djossou, M. & Couppié, P. (2010). Predictive factors and incidence of anxiety and depression in a cohort of HIV-positive patients in French Guiana. *AIDS Care*, 22(9), 1086-1092. doi: 10.1080/09540121003599232.
- Nanni, M.G., Caruso, R., Mitchell, A.J., Meggiolaro, E. & Grassi, L. (2015). Depression in HIV infected patients: A review. *Current Psychiatry Reports*, 17(1), 530-541. doi: 10.1007/s11920-014-0530-4.

- Neigh, G.N., Rhodes, S.T., Valdez, A. & Jovanovic, T. (2016). PTSD co-morbid with HIV: Separate but equal, or two parts of a whole? *Neurobiology of Disease*, 92, 116-123. doi: 10.1016/j.nbd.2015.11.012
- Nightingale, V.R., Sher, T.G. & Hansen, N.B. (2010). The impact of receiving an HIV diagnosis and cognitive processing on psychological distress and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 452-460. doi: 10.1002/jts
- Nogueira, L., De Fátima, P. & Crosland M. D. (2006). Anxiety and depression assessment prior to initiating antiretroviral treatment in Brazil. *AIDS Care*, 18(6), 529-536. doi: 10.1080/09540120500221704.
- Norcini Pala, A. & Stecca, P. (2011). Negative emotion and illness perception predict low CD4 counts and high viral load. *Psychology and Health*, 26(2), 73-253.
- Park, C.L. (2013). The Meaning Making Model: A framework for understanding meaning, spirituality, and stress-related growth in health psychology. *The European Health Psychologist*, 15(2), 40-47.
- Pecheny, M., Manzelli, H.M. & Jones, D.E. (2007). The experience of stigma: People living with HIV/AIDS and Hepatitis C in Argentina. *Revista Interamericana de Psicología/ Interamerican Journal of Psychology*, 41(1), 17-30.
- Qiu, Y., Luo, D., Cheng, R., Xiao, Y., Chen, X., Huang, Z. & Xiao, S. (2014). Emotional problems and related factors in patients with HIV/AIDS. *Journal of Central South University, Medical Sciences*, 39(8), 835-841. doi: 10.3969/j.issn.1672-7347.2014.08.014
- Rabkin, J.G. (2008). HIV and depression: 2008 review and update. *Current HIV/AIDS Reports*, 5, 163-171.
- Reeves, P.M., Merriam, S.B. & Courtenay, B.C. (1999). Adaptation to HIV infection: The development of coping strategies over time. *Qualitative Health Research*, 9(3), 344-361.
- Rendina, H.J., Millar, B.M. & Parsons, J.T. (2018). The critical role of internalized HIV-related stigma in the daily negative affective experience of HIV-positive gay and bisexual men. *Journal of Affective Disorders*, 227, 289-297. doi: 10.1016/j.jad.2017.11.005.
- Saadat, M., Behboodi, Z.M. & Saadat, E. (2015). Comparison of depression, anxiety, stress, and related factors among women and men with human immunodeficiency virus infection. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 8(1), 48-51. doi: 10.4103/0974-1208.153128.
- Salazar, A. & Valencia, A.I. (2018). Anxiety, depression and perception of the quality of life in the patient with HIV/AIDS. *Mexican Journal of Medical Research*, 11, 1-7.
- Siegel, K. & Meyer, I.H. (1999). Hope and resilience in suicide ideation and behavior of gay and bisexual men following notification of HIV infection. *AIDS Education and Prevention*, 11(1), 53-65.
- Siegel, K. & Schrimshaw, E.W. (2000). Coping with negative emotions: The cognitive strategies of HIV-infected gay/bisexual men. *Journal of Health Psychology*, 5(4), 517-530.
- Simbayi, L.C., Kalichman, S.C., Strebel, A., Cloete, A., Henda, N. & Mqeketo, A. (2007). Disclosure of HIV status to sex partners and sexual risk behaviours among HIV-positive men and women, Cape Town, South Africa. *Sexually Transmitted Infections*, 83, 29-34. doi: 10.1136/sti.2006.019893.
- Sumari-de Boer, I.M., Sprangers, M.A.G., Prins, J.M. & Nieuwkerk, P.T. (2012). HIV stigma and depressive symptoms are related to adherence and virological response to antiretroviral treatment among immigrant and indigenous HIV infected patients. *AIDS and Behavior*, 16, 1681-1689. doi: 10.1007/s10461-011-0112-y
- Taylor, S.J. & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós: Barcelona.
- Theuninck, A.C., Lake, N. & Gibson, S. (2010). HIV-related post-traumatic stress disorder: Investigating the traumatic events. *AIDS Patient Care and STDs*, 24(8), 485-491. doi: 10.1089/apc.2009.0231.
- Thomas, F. (2007). Eliciting emotions in HIV/AIDS research: A diary-based approach. *Area*, 39(1), 74-82.
- Wolff, C., Alvarado, R. & Wolff, M. (2010). Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. *Revista Chilena de Infectología*, 27(1), 65-74. doi: 10.4067/S0716-10182010000100011.
- Yu, N.X., Chen, L., Ye, Z., Li, X. & Lin, D. (2016). Impacts of making sense of adversity on depression, posttraumatic stress disorder, and posttraumatic growth among a sample of mainly newly diagnosed HIV-positive Chinese young homosexual men: the mediating role of resilience. *AIDS Care*, 29(1), 79-85. doi: 10.1080/09540121.2016.1210073.
- Zeidner, M., Matthews, G. & Roberts, R.D. (2009). *What we know about emotional intelligence*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
- Zeligman, M. & Wood, A.W. (2017). Conceptualizing an HIV diagnosis through a model of grief and bereavement. *Adultspan Journal*, 16(1), 18-30. doi: 10.1002/adsp.12031.

Fecha de recepción: 8 de marzo de 2018
Fecha de aceptación: 30 de septiembre de 2018