

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON VIH/SIDA.

María Silvana García Segura

Universidad de La Sabana.

Resumen

Este documento pretende, a través de una revisión teórica, dar luces en lo que respecta a la manifestación de las estrategias de afrontamiento en personas infectadas por VIH/SIDA para así contribuir a la estructuración de un mejor entendimiento y posterior planeación tanto de procesos evaluativos como de intervención en este tipo de población. La revisión teórica esta dividida en: qué es el VIH, su desarrollo, sus manifestaciones sintomáticas y sus repercusiones no solo a nivel físico sino psicológico; posteriormente se pretenderá referenciar información concerniente a las estrategias psicológicas de afrontamiento, su categorización, su función dentro del proceso de resiliencia. Finalmente se pretenderá una conclusión coyuntural propendiendo por la generación de supuestos que aporten a la intervención de la psicología en el campo de la salud específicamente en casos que padezcan el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Esta revisión esta apoyada en investigaciones específicas en donde de alguna forma se ha querido abordar esta temática.

Palabras Clave: VIH, SIDA, estrategias psicológicas de afrontamiento.

Abstract

This document pretends to show, through a theoretical revision, the different strategies of confrontation that people infected by HIV/AIDS have to face their disease. Doing this the lector will be helped to understand in a better way people who are affected by the disease, and then be capable of thinking about possible evaluation methods to interact with this part of the population. The theoretical revision used has been divided in: What is, how it develops, which its symotomatic manifestations are and its repercussion not only in a physical level but also in the psychologicalalone. Afeter that it is pretended to make reference to information concerning about the different strategies of confrontation, their categories, and their function in the resilience process. Finally it is pretend to give a coyuntural conclusion hoping it will generate theories that would help psychology to get deeper in the health science field, specifically in the cases where people are suffering from HIV. This revision is based in specific researches where this thematic has been used.

Key Word: HIV, AIDS, psychological strategies of confrontation.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON VIH/SIDA.

El campo de la salud es un espacio de intervención psicológico de suma importancia sobre todo en lo que respecta a pacientes con enfermedades terminales, de tipo ambulatorio o simplemente con alguna limitación o discapacidad específica que imposibilita de alguna forma la interacción de la persona tanto consigo misma como con su contexto social general y específico. En este sentido, la revisión teórica que se pretende en este documento tiene que ver específicamente con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y las diversas estrategias psicológicas de afrontamiento que presentan las personas que padecen este tipo de virus ya que es muy importante tener conocimiento de estas manifestaciones individuales para poder planear y ejecutar un excelente proceso de rehabilitación, enfatizando en el papel de la psicología en dicho proceso.

En primer lugar se abordará una revisión acerca de lo que es el VIH, su desarrollo, sus manifestaciones sintomáticas y sus repercusiones no solo a nivel físico sino psicológico. Posteriormente se pretenderá referenciar información concerniente a las estrategias psicológicas de afrontamiento, su categorización, su función dentro del proceso de resiliencia. Finalmente se pretenderá una conclusión coyuntural propendiendo por la generación de supuestos que aporten a la intervención de la psicología en el campo de la salud específicamente en casos que padezcan el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

VIH en el Mundo.

Para empezar esta recopilación teórica es preciso contextualizar acerca del desarrollo del VIH en el mundo, y especialmente en América Latina, en lo que respecta a su propagación. Sólo en Estados Unidos, el sida ha matado a más de 350.000 personas

y se ha convertido en la causa principal de muerte entre los 24 y 44 años. Hay en ese país otras 750.000 personas que son portadoras y en todo el mundo puede haber unos 30 millones de afectados O'Brien y Dean (1997). Según la Organización Mundial de Salud (1991) el número total en América Latina en el año 1991 de portadores del VIH debía encontrarse alrededor del millón. Así mismo según ONUSIDA (2001), más de 1,7 millones de personas infectadas con el virus del sida viven en América Latina, de las cuales 240.000 lo contrajeron en el último año (2000) y otras 95.000 fallecieron a causa de la enfermedad. A mediados de 1993, se calculaba que el número de adultos infectados se encontraba cerca del millón y medio, siendo Brasil uno de los más perjudicados.

VIH en Colombia

Según informe de la Asociación Colombiana de Infectología (2002), Colombia se ubica dentro de los cinco países con más número de casos reportados en América Latina. Así mismo, en el país se han detectado, desde 1985 hasta Junio de 2002, 26.657 casos estimados de personas viviendo con VIH/SIDA. Dentro de este proceso estadístico, el Ministerio de Salud en el año 1999, realizó un estudio dentro del cual se encontraron algunos resultados interesantes pero poco concluyentes. Se calculó una seroprevalencia del 1.1% lo cual involucraría alrededor de 450.000 personas infectadas. En los bancos de sangre hay una prevalencia de la infección por VIH en la población general de 0.27%, esto estima que se han presentado 139.821 casos por la infección, de los cuales 82.8% (115.772) son asintomáticos y 17.2% (24.049) tiene SIDA; de estos últimos han fallecido 51.7% (12.433).

Por otro lado, según Vargas, Saenz, Buena, & cols (2002), Colombia se clasifica como país con epidemia de tipo concentrada, donde se encuentra un grupo de riesgo con

una prevalencia alta, 18% (hombres que tienen sexo con hombres) mientras en mujeres embarazadas y en población general se encuentra por debajo del 1%.

En cuanto a las implicaciones por el género en el país, se observa un crecimiento anual en un número de casos de 184 para hombres y 38 para mujeres, con una razón hombre/ mujer de 1:4,8. Es importante recalcar que esta tendencia se debe a que el 75% de los pacientes detectados mantienen sexo con hombres o son bisexuales. En Bogotá se encuentra el mayor número de casos de personas viviendo con el VIH/SIDA o que han fallecido por la enfermedad; aproximadamente 7.765 infectados. En otros departamentos las estadísticas se presentan así: Antioquia con 4.609 casos, Valle con 2.789, Atlántico con 1.293; Risaralda con 953 y Norte de Santander con 943 personas reportadas Asociación Colombiana de Infectología (2002).

Por edades, el 70.4% de los casos reportados está entre los 20 y 40 años de edad siendo el grupo de 25 a 29 años el más alto con 4.985 casos; le sigue el de 30 a 34 años con 4.870; de 20 a 24 años con 3.434 y la población entre 35 y 39 años con 3.226 casos Asociación Colombiana de Infectología (2002). Por otro lado, según Vargas, Saenz, Buena & cols (2002), el grupo de edad más afectado es el de 30 a 40 años. Sin embargo se puede observar que cerca del total de los casos se encuentran entre los 20 y los 49 años, al igual de lo que sucede en la mayoría de los países latinoamericanos con las implicaciones sobre fuerza laboral y productividad que esto tiene.

Los números son algo que varía a través del tiempo y no logran englobar la magnitud de la problemática, pero sin ninguna duda son de vital importancia para poder direccionar y enfocar estrategias de abordaje tanto a nivel médico como psicológico entre otras áreas importantes dentro de un programa de intervención integral. Sin embargo, en este caso se hace referencia puntual tanto al área médica como a la

psicológica ya que, quizá son las que han arrojado mayores luces acerca de la problemática.

A través del desarrollo científico alrededor del VIH, y posteriormente del SIDA, los esfuerzos se han centrado en lograr entendimiento y comprensión acerca de la etiología del virus y su desarrollo natural dentro del organismo humano. Esta tendencia científica es de vital importancia ya que permite apropiarse e interiorizar el ciclo vital del virus, pero lastimosamente las manifestaciones sintomáticas debido al desarrollo y manifestación del virus no son la única consecuencia con las cuales debe enfrentarse la persona; el cuadro sintomático (muchas veces manifestadas luego de que la persona a desarrollado el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA) es una consecuencia directa que desencadena una serie de consecuencias secundarias, por decirlo de alguna forma, las cuales pueden ser alteraciones en el estado emocional o déficit en sus habilidades sociales entre otras. La infección por VIH es una enfermedad compleja, de proceso multifactorial, que se podría llegar a entender mejor desde un modelo biopsicosocial (Ader, 1981; Kiecolt-Glaser, 1988; Nott, Vedhara y Spickett, 1995).

Etiología y Desarrollo del VIH

Dentro de este orden de ideas, es pertinente referir información que permita una comprensión de la etiología del VIH y su desarrollo en el organismo humano. Según Vargas, (2002) el Virus de la Inmunodeficiencia Humana pertenece a la familia de los virus conocida como retrovirus clasificado en la subfamilia de lentivirus. Según Deanna & cols, (1994) estos virus comparten algunas propiedades comunes: periodo de incubación prolongado antes de la aparición de los síntomas de la enfermedad, infección de las células de la sangre y del sistema nervioso y supresión del sistema inmunitario. La característica única que distingue a los retrovirus y permite su clasificación es la

necesidad de transformar su información genética, que está en forma de ARN, en ADN (proceso de transcripción inversa) mediante una enzima que poseen, conocida como transcriptasa inversa.

Se han identificado dos tipos de virus de la inmunodeficiencia humana: el VIH 1 y el VIH 2. El primero, denominado inicialmente LAV (virus asociado a linfadenopatía), fue aislado en 1983 por un equipo del Instituto Pasteur liderado por Luc Montagnier y es la causa más frecuente de infección por VIH en el mundo. Tres años más tarde se aisló el VIH2 que se localiza fundamentalmente en la zona de África occidental. El VIH 2 es menos patogénico que el VIH1 Vélez, H. (2005)

Según Busch, Kleinman y Nemo (2003), la cubierta externa del VIH es un envoltorio de lípidos que proceden de la membrana de la célula huésped. Sobresalen de esta cubierta las glicoproteínas transmembrana virales gp41 y las glicoproteínas de cubierta gp120, que permiten la unión del VIH a las células diana. Al interior de dicho envoltorio de lípidos, se encuentra un nucleoide de forma cilíndrica que se genera gracias a una proteína específica (proteína del core p24). Este nucleoide tiene en su interior dos cadenas del genoma viral ARN (el material genético del virus VIH), y la enzima transcriptasa inversa. El ácido ribonucleico contiene los genes estructurales GAG, POL y ENV, comunes a todos los retrovirus, y varios genes estructurales.

El ciclo vital del VIH se caracteriza porque dicho virus infecta a las células que tengan en su superficie la molécula CD4 (una proteína que pertenece a algunas células del sistema inmunológico y que el VIH utiliza como receptor) Vélez, (2005). Según Edgard, Dubuque, (1993) la gp120 viral reconoce y se une específicamente al CD4, y de este modo el virus se une a la membrana celular. Tras esta unión, el nucleoide viral se introduce en la célula y, mediante el proceso de transcripción inversa, el ARN viral se transforma en ADN de doble cadena. Este ADN viral es transportado al núcleo de la

célula, donde se inserta o se integra al ADN de los cromosomas de la célula. La replicación del VIH puede producir la muerte de los linfocitos T CD4 (uno de los distintos tipos de glóbulos blancos). La destrucción de los linfocitos T CD4 paraliza la vía celular del sistema inmunológico, y este es el mecanismo por el que la infección por VIH puede producir el SIDA Edgard, Dubuque, (1993). La pérdida de inmunidad franquea el camino a la proliferación de microorganismos que, de no ocurrir tal percance, estarían a buen recaudo y facilita el desarrollo de ciertos tumores. O'Brien y Dean (1997).

Desarrollo Sintomatológico

Pero de todo este desarrollo a nivel celular se desencadena todo un espectro sintomático. De acuerdo con Cotran, Kumar y Collins (2000), pueden reconocerse tres fases que reflejan la dinámica de la interacción entre el virus y el huésped: la fase inicial, la fase crónica intermedia y la fase de crisis final.

La fase inicial corresponde a la primera respuesta de una persona inmunocompetente frente a la infección por el VIH. Se caracteriza por una amplia producción de virus, viremia y una amplia siembra de tejidos linfoides. Sin embargo, el desarrollo de una respuesta inmunitaria antiviral permite controlar fácilmente la infección inicial. Los síntomas son inespecíficos y consisten en: fatiga, malestar de garganta, pérdidas de peso y fiebre. Así mismo durante esta fase pueden ocurrir otras manifestaciones clínicas como: erupciones cutáneas, adenopatías cervicales, diarrea y vómito.

La fase intermedia corresponde a un estadio de relativa contención del virus, asociado a un período de latencia clínica, lo que significa que el sistema inmunitario permanece casi intacto, pero la replicación del VIH continúa y puede prolongarse

durante varios años. Los pacientes están asintomáticos o pueden desarrollar adenopatías generalizadas y persistentes.

De acuerdo con Busch, Kleinman y Nemo, (2003), las adenopatías persistentes con importantes síntomas agotadores (fiebre, erupción, fatiga) reflejan el comienzo de la descompensación del sistema inmunitario, la progresión de la replicación viral y el inicio de la fase de crisis la cual, cuando evoluciona hasta su etapa final, se caracteriza tanto por el decremento significativo de las defensas, por el aumento también muy significativo de virus en el plasma, así como por el desarrollo de la enfermedad clínica. Es característico de la fase final, presentar síntomas como: fiebre persistente (mayor a un mes), fatiga, pérdida de peso y diarrea. Tras un intervalo variable, se producen graves infecciones oportunistas, neoplasias secundarias o una enfermedad neurológica clínica, por lo que se considera en este momento el paciente ha desarrollado el SIDA Cotran, Kumar y Collins (2000).

Características Clínicas

Tras este desarrollo del virus, se pueden encontrar manifestaciones sintomáticas claras. Según Vélez & cols (2005), algunas de estas manifestaciones que encerrarían todo un cuadro clínico pueden ser el sarcoma de Kaposi, los linfomas, manifestaciones neurológicas específicas, gastroenterocolitis, dolor y neuropatía, alteraciones dermatológicas, síndrome de desgaste o caquexia y las infecciones oportunistas dentro de las cuales se encuentran: Manifestaciones psiconeurológicas (leucoencefalopatía multifocal progresiva, meningitis aséptica, Toxoplasmosis del SNC, linfoma del SNC, miopatía relacionada con el VIH, complejo demencial del SIDA y la psicosis aguda), el cytomegalovirus, la tuberculosis, pneumocystis carinii y la toxoplasmosis.

Es importante abordar de forma superficial pero concisa los aspectos clínicos que traen consigo las anteriores manifestaciones. De acuerdo con Lawrence & cols (2003) el sarcoma de Kaposi se desarrolla a lo largo de cuatro estadios. En el primer estadio, se presenta de forma cutánea limitada (menos de 10 lesiones o afectación de solo un área anatómica); en el estadio dicha forma cutánea ya es diseminada (más de 10 lesiones o afectación de más de un área anatómica); el tercer estadio se caracteriza por que la afectación es únicamente a nivel visceral y en el cuarto estadio la afectación es cutánea y visceral o afectación pulmonar. “El tratamiento del sarcoma de Kaposi es de tipo paliativo y depende de si el sarcoma se localiza sólo en la piel, o si se ha diseminado a otras partes del cuerpo”. Lawrence & cols (2003).

Por otro lado, y de acuerdo con Edgard & Dubuque, (1993), los pacientes inmunodeprimidos presentan, luego del sarcoma de Kaposi, tumores o neoplasias. Su aparición esta ligada al grado de VIH inmunodeficiencia. “suelen aparecer tarde en la evolución de la infección por VIH cuando el estado inmunitario se encuentra muy deteriorado”. Montoya, Caro, (2001). Para Lawrence & cols (2003). Las características clínicas de estos tumores se pueden presentar de muy diversas formas. Existen anedopatías de crecimiento rápido, masas tumorales de cualquier localización, hemorragias gastrointestinales, trastornos de la conducta con o sin focalización neurológica. Así mismo Stebbing & cols (2004) afirman que se puede observar letargia, confusión, trastornos de la conducta, de la tensión y de la memoria; y no necesariamente con dificultades motoras. El tratamiento de estos tumores, se basa en diferentes combinaciones de quimioterapias, así como la utilización de antimicrobianos necesarios para evitar infecciones Montoya & Caro (2001).

En cuanto a las manifestaciones neurológicas, afirma que el VIH puede llegar al sistema nervioso central ya en las fases iniciales de la enfermedad y por lo tanto puede

dar lugar a diferentes cuadros clínicos en cualquier momento evolutivo de la infección VIH-SIDA. El VIH puede causar daños en el SNC directamente o indirectamente a través de las infecciones oportunistas presentes, debido a la inmunosupresión. Según Lawrence & cols (2003), dentro de las lesiones neurológicas se pueden encontrar la encefalopatía con mielopatía y lesiones periféricas, las lesiones locales, las meningitis y la retinitis.

Según Ayuso, (1997) el cuadro de encefalopatía con mielopatía y lesiones periféricas, ha sido denominado por muchos autores como Complejo Demencial del SIDA, especialmente porque se presenta pérdida de memoria y cambios de personalidad. Si la médula espinal se compromete, puede detectarse ataxia acompañada de incontinencia y paraplejía. En cuanto a las lesiones locales, Ayuso, (1997) afirma que estas se traducen comúnmente con parálisis locales y son debidas, en su mayoría, a las lesiones cerebrales por toxoplasmosis; la segunda causa suelen ser los linfomas del SNC. Por otro lado la meningitis es causada principalmente por los cryptococcus y las mycobacterias. Finalmente Estrada y Gómez, (2000) dicen que la retinitis por cytomegalovirus con frecuencia causa ceguera en los enfermos con SIDA.

Siguiendo con las manifestaciones clínicas en VIH/SIDA, la gastroenterocolitis se presenta como una complicación gastrointestinal que desarrollan los pacientes con SIDA. Según Vélez & cols (2005) entre el 30 y el 70% de los pacientes pueden desarrollar diarrea crónica que suele acompañarse de pérdida de peso y dolor abdominal. En muchos de los casos se identifica el agente causal (bacterias, parásitos, virus u hongos), aunque la causa no siempre tiene que ser infecciosa. Para Stone y Gorbach, (2000) el cytomegalovirus puede ocasionar infección entérica sobre todo en homosexuales; la diarrea es muchas veces sanguinolenta y con frecuencia existen lesiones ulceradas en el colon.

Por otro lado, se encuentra que el dolor y la neuropatía periférica son síntomas frecuentes en los pacientes con SIDA. Lara, (2005) afirma que en las últimas fases de la enfermedad lo tienen más del 95% de los pacientes. La mayoría de las veces puede obedecer a causas concretas, pero otras veces no es posible atribuirle una etiología específica. Lara, (2005) asevera que el dolor puede manifestarse en diversos sistemas: digestivo, muscular, articular y neurológico. “psicológicamente el dolor suele ser causa de depresión, pensamientos negativos, ansiedad y desesperación. Así mismo, para la neuropatía periférica es una enfermedad de los nervios periféricos, es decir los que se encuentran fuera del sistema nervioso central. Según Vélez & cols (2005) cerca de un 30 a un 40% de los pacientes con SIDA desarrollan una neuropatía periférica. Puede responder a las propias lesiones ocasionadas por el VIH u otros virus que ocasionan infecciones oportunistas; pero otras veces se produce como consecuencia de los medicamentos que se toman para combatir al VIH o a las infecciones asociadas a este. Entre estos medicamentos se encuentran la dapsona, isoniazida, metronidazol y la vincristina. En cuanto al tratamiento de la neuropatía periférica, no existe uno concreto. Sin embargo se han utilizado sustancias regeneradoras de los nervios, complejos de vitaminas B, ácido gamma-linolénico, ácido alfa-lipoico etc.

Otras de las manifestaciones clínicas del VIH son las endocrinas. “Dentro de la alteración multisistémica que ocasiona la infección por el VIH, el sistema endocrino no constituye una excepción y su alteración puede deberse a diferentes mecanismos: las alteraciones que causa específicamente el VIH; la alteración funcional por infecciones oportunistas; la destrucción por necrosis, hemorragia o infiltración neoplásica y los efectos de los medicamentos utilizados” OMS, CDC, ONUSIDA. (2000). Las repercusiones sintomáticas pueden afectar cualquier órgano del sistema endocrino. Sin

embargo, para Edgard, Dubuque, (1993), las principales alteraciones se pueden presentar en la tiroides, el hipotálamo, la hipófisis y las gónadas.

Otro tipo de alteraciones generadas a través del desarrollo de la enfermedad son las alteraciones dermatológicas. Sin embargo dicha alteración no es un efecto directo de la infección VIH/SIDA. Según Lawrence & cols (2003) la piel no es un órgano afectado especialmente por el VIH pero en el curso evolutivo de la infección VIH/SIDA numerosos procesos dan manifestaciones que la involucran de modo que su alteración es frecuente en los pacientes VIH positivos. La mayoría de las alteraciones cutáneomucosas que aparecen, son reflejo de las enfermedades oportunistas que surgen como consecuencia de la profunda alteración inmunológica que ocasiona el VIH. Para Williams y Dye, (2003) existe una causa proveniente de los medicamentos que se emplean en la profilaxis o de los tratamientos que se llevan contra las enfermedades oportunistas.

Asociado a la infección por VIH se encuentra el Síndrome de Desgaste. Según Lawrence & cols (2003) dicha asociación se caracteriza por: Una pérdida de peso corporal involuntaria y mayor del 10% respecto al peso normal de referencia, presencia de diarrea o debilidad crónica con fiebre durante un periodo superior a 30 días, esto bajo la ausencia de cualquier otra infección o condición diferente al VIH que pudiera explicar dichos síntomas. Las causas de este síndrome no se conocen con exactitud; sin embargo, los conocimientos médicos indican que diferentes factores contribuyen a su aparición y desarrollo. El síndrome puede ser consecuencia de la propia infección por VIH. Así, aquellos pacientes que presenten síntomas de desgaste deberían utilizar todas las opciones disponibles de terapia antirretroviral, con lo que podrían remitir los síntomas y no ser necesarias otras intervenciones específicas Clavel y Hance, (2004). Por otro lado, para Lawrence & cols (2003) el síndrome de desgaste esta asociado a

infecciones oportunistas del VIH y a cánceres. Las infecciones oportunistas que causan diarrea pueden ocasionar el síndrome; éste a su vez puede causar una mayor inmunodeficiencia en las personas afectadas y predisponerlas a ciertas infecciones oportunistas diarreicas, lo que se convierte en un círculo vicioso.

Por su parte, el tratamiento específico del síndrome de desgaste asociado al VIH puede hacerse mediante varias aproximaciones, entre las que se destacan estimuladores del apetito, agentes anabólicos, inhibidores de citoquinas y hormonas; así mismo Clavel y Hance, (2004), afirman que el tratamiento debe ir acompañado de un adecuado tratamiento antirretroviral, así como del tratamiento de las posibles infecciones oportunistas y neoplasias asociadas. Deben tratarse también la malnutrición y sus causas.

Dentro de la referencia que se ha venido haciendo acerca de los aspectos y manifestaciones clínicas de la infección por VIH se han nombrado de manera muy recurrente las infecciones oportunistas; anteriormente se había dicho que estas consistían en: Manifestaciones psiconeurológicas (leucoencefalopatía multifocal progresiva, meningitis aséptica, Toxoplasmosis del SNC, linfoma del SNC, miopatía relacionada con el VIH, complejo demencial del SIDA y la psicosis aguda), el cytomegalovirus, la tuberculosis, pneumocystis carinii y la toxoplasmosis ocular Vélez & cols (2005). Dentro de este orden de ideas se procede a explicar cada una de ellas, enfatizando en sus repercusiones físicas y psicológicas que posteriormente brindarán luces a cerca de cómo se presentan las estrategias de afrontamiento en pacientes con VIH.

Infecciones Oportunistas

Según García, (1998) la leucoencefalopatía multifocal progresiva es una infección oportunista del sistema nervioso central, causada por un papovirus que afecta

selectivamente la sustancia blanca a nivel de cerebelo, tallo y hemisferios cerebrales. Se manifiesta por ceguera, demencia, afasia y ataxia por lo que la calidad de vida del paciente se ve gravemente afectada.

En cuanto a la meningitis aséptica, García, (1998) dice que en la infección primaria es posible la presencia de meningitis o meningoencefalitis que pueden manifestarse con cefalea, signos meníngeos, fiebre, sudoración, diarrea entre otros. Los síntomas pueden durar de una a cuatro semanas y desaparecer espontáneamente.

Para Ayuso, (1997) la toxoplasmosis del sistema nervioso central tiene una incidencia de un 10 a 15% en la fase terminal; se presentan lesiones corticales o subcorticales en los hemisferios cerebrales, tallo y cerebelo. Dentro de las manifestaciones se encuentran: crisis convulsivas, trastornos cognoscitivos, fiebre, cefalea y letargia.

A su vez, el linfoma del sistema nervioso central se manifiesta por letargia, convulsiones y déficit cortical Ayuso, (1997). Otra manifestación psiconeurológica es la miopatía relacionada; para Lawrence & cols (2003) este trastorno es poco frecuente y se caracteriza por debilidad muscular y mialgias.

Finalmente, en lo que respecta a las manifestaciones psiconeurológicas se encuentran el complejo demencial del SIDA y la psicosis aguda. La primera de estas manifestaciones es muy frecuente en los pacientes con infección por VIH. Según García Camba, (1998) su progreso es rápido, se va produciendo un deterioro físico y cognitivo severo; dentro de los síntomas cognitivos se encuentran la dificultad en la concentración y pérdida de memoria; los primeros síntomas motores son temblor de las manos, debilidad de las piernas y ataxia; así mismo existen síntomas asociados tales como aislamiento social, apatía, trastornos afectivos, depresión entre otros. El síndrome progresa a un cuadro de demencia, incoordinación, pérdida de control de esfínteres,

ideas paranoides y alucinaciones. En cuanto a la psicosis aguda García Camba, (1998) afirma que existen reportes que sugieren que es una de las manifestaciones tempranas de la infección por VIH, manifestadas por algunas alucinaciones auditivas, visuales, olfatorias, bloqueos de pensamiento, ideas delirantes, paranoides y agitación.

Luego de revisar las manifestaciones psiconeurológicas, se encuentra el cytomegalovirus que es otra infección oportunista. Gerberding, (2003) afirma que el cytomegalovirus es un virus miembro de la familia de los herpes que infecta y produce enfermedad en humanos. Los sitios más susceptibles son las mucosas de la boca, ojos, genitales, ano y vías respiratorias. La infección se adquiere sobre todo por contacto íntimo. Algunas manifestaciones clínicas del cytomegalovirus referenciadas por Vargas, (2002) se caracterizan porque en el paciente inmunodeficiente, la infección es con frecuencia asintomática y un cuadro de mononucleosis febril puede ser la presentación clínica más frecuente en dicho paciente infectado por VIH. El cytomegalovirus puede ocasionar neumonía, hepatitis, úlceras gastrointestinales, retinitis, encefalopatía y alteraciones endocrinas.

Otra infección oportunista es la tuberculosis. Según Williams y Dye, (2003) la importancia de la tuberculosis en pacientes VIH positivos, radica en que en primer lugar las personas infectadas por el VIH existe una alta incidencia de tuberculosis ya sea por la reactivación de una infección de tuberculosis previa o primaria, en segundo lugar, en las personas infectadas por el VIH, la tuberculosis presenta características clínicas atípicas con predominio de sus formas extrapulmonares; y en tercer lugar, en las personas infectadas por el VIH existe un bajo nivel de cumplimiento del tratamiento lo que favorece la aparición de resistencias adquiridas a las drogas antituberculosas. Así mismo es importante tener en cuenta para el diagnóstico de tuberculosis en los pacientes VIH positivos que estos pueden llegar a presentar fiebre y síntomas respiratorios de más

de una semana de evolución; que dicha fiebre junto con adenopatías se manifiestan a nivel periférico y que el origen de dichas fiebres son de origen desconocido Vargas, (2002).

Aparece luego el pneumocystis carinii como una infección oportunista más. La taxonomía del pneumocystis carinii es incierta; para algunos científicos es un protozoo y para otros es un hongo. Lo que se considera más concreto es el hecho de que la mayoría de las personas se infectan por pneumocystis carinii antes de los cuatro años de vida, pero la infección es asintomática y el microorganismo permanece latente reactivándose cuando existe una disminución de la inmunidad. Según Stone y Gorbach, (2000) los síntomas de presentación del pneumocystis carinii incluyen fiebre, fatiga, tos, pérdida de peso y dificultad para respirar que por lo general se van instaurando a lo largo de varias semanas.

Por último dentro de las infecciones oportunistas se encuentran las toxoplasmosis. Para Stone y Gorbach, (2000) la toxoplasmosis es una enfermedad infecciosa ocasionada por un parásito, el toxoplasma gondii, protozoo intracelular obligado. Según este autor la toxoplasmosis puede ser aguda o crónica, sintomática o asintomática. El ciclo vital del toxoplasma tiene como huésped al gato o miembros de su familia, que tras ingerir alguna de las formas del parásito sufre en las células epiteliales de su intestino un ciclo asexual y luego un ciclo sexual, eliminándose en sus heces millones de ooquistes. Según García, (1998) se suelen diferenciar cuatro grandes categorías clínicas en el estudio de la toxoplasmosis: Toxoplasmosis aguda adquirida en el paciente inmunocompetente; Toxoplasmosis aguda adquirida o reactivada en el paciente inmunodeficiente; Toxoplasmosis ocular y Toxoplasmosis congénita.

Repercusiones Psicológicas del VIH: Las Estrategias de Afrontamiento.

Luego de la anterior revisión específica acerca de lo que es el VIH, su desarrollo, sus manifestaciones sintomáticas y sus repercusiones a nivel físico es pertinente referenciar los aspectos psicológicos, sociales y emocionales que se presentan cuando una persona padece de infección por VIH. Esta información acercará de manera más clara lo que de alguna forma se busca en este documento: como son las estrategias de afrontamiento en las personas infectadas por el VIH.

A partir del cuestionario de afrontamiento al SIDA de Namir, Wolcott, Fawzy, y Alumbaugh, (1987) adaptada por Remor (2001), se pueden categorizar los estilos de afrontamiento en: activo-cognitivo, activo-conductual y por evitación. Así mismo, las estrategias de afrontamiento específicas nombradas son: implicación activa-positiva, expresión activa/búsqueda de información, confianza activa en otros, crecimiento personal, rumiación/ pasivo cognitivo, distracción, resignación pasiva y evitación/comportamientos pasivos. Esta categorización se ha aplicado en diferentes investigaciones y estudios de los cuales se pretende referenciar algunos que brinden herramientas tangibles para entender como se presentan estas estrategias en el campo aplicado de clínica.

Dado el pronóstico asociado con la infección por VIH, toda persona seropositiva se ve enfrentada, a corto o mediano plazo, a padecer una enfermedad devastadora y mortal. Psicológicamente hablando, este diagnóstico es, en si mismo, catastrófico y conduce a una intensa crisis emocional. La experiencia ha demostrado que con un apoyo afectivo adecuado brindado por el personal de salud en general, la familia y la red social, el paciente no sólo logra superar la crisis y adaptarse constructivamente a su situación, sino que también puede disminuir su estado de inmunosupresión logrando un mayor bienestar físico por más tiempo.

Para Teva & cols (2005) la infección por VIH constituye una enfermedad que, aunque actualmente se considera de carácter crónico, implica para el paciente que la padece niveles altos de incertidumbre y enfrentarse con una enfermedad rodeada de estigmatización y rechazo por parte de la sociedad. La depresión, la ansiedad y la ira son las reacciones emocionales que con mayor frecuencia se manifiestan entre los pacientes seropositivos. Igualmente, la infección por VIH positivo supone incertidumbre que se relaciona con los elevados niveles de ansiedad y depresión debido a que los pacientes no conocen como va a evolucionar la enfermedad.

La aparición de síntomas de depresión es esperable ante el conocimiento del diagnóstico de VIH, pero estos síntomas pueden convertirse en patología si no desaparecen tras un proceso de ajuste a su nueva situación por parte del individuo Church, (1998). Existen investigaciones que han encontrado que la depresión es un factor contribuyente a la evolución de la infección por el VIH y que existen relaciones entre la ira y una evolución más rápida del VIH hacia la fase SIDA Leserman, Petito, y Gaynes, (2002).

Por otro lado, y teniendo en cuenta algunas investigaciones correlacionales entre las estrategias de afrontamiento y la infección por VIH se han encontrado resultados algo contradictorios. Temoshok, (1993) encontró en pacientes seropositivos sintmáticos una relación positiva y estadísticamente significativa entre la presencia de un alto número de células Natural Killer y una baja preocupación en los sujetos acerca de la infección por VIH un bajo nivel de fatiga y la práctica correcta de autocuidados. Leserman & cols (1999), relacionaron un afrontamiento adaptativo caracterizado por un “espíritu de lucha”, refrenando el estrés para maximizar el crecimiento personal, planeando el curso de acción y buscando apoyo social, con una menor disforia y mejor autoestima. Así, asumiendo que las estrategias de afrontamiento activas son más

adaptativas que las estrategias pasivas, diferentes estudios (p. ej., Esterling & cols., 1994; Goodkin, Fuchs, Feaster, Leeka y Dickson-Rishel, 1992; Hyes, Turner y Coates, 1992; Leserman & cols, 1999; Namur, Wolcott, Fawzy y Alumbaugh, 1987; Sephton, Dhabhar, Classen y Spiegel, 1997) han demostrado la asociación entre la buena salud mental y física con una gran variedad de estilos de afrontamiento activos y positivos en personas con la infección por VIH. De la misma forma los estilos de afrontamiento pasivos o negativos (como el fatalismo, la negación, la desesperanza y el aislamiento) han sido relacionados con el humor deprimido y el estrés.

En la investigación realizada por Carboles, Remor, Rodríguez-Alzamora, (2003) acerca del afrontamiento, apoyo social y el estrés emocional en pacientes con infección por VIH, los autores describen la relación de las estrategias de afrontamiento y el apoyo social percibido (afectivo y de salud pública) con el estrés emocional en 229 hombres y mujeres adultos con infección por VIH de distinto origen cultural (español y peruano). Dentro de los resultados obtenidos, se indican asociaciones entre las variables de afrontamiento y el apoyo social percibido con el grado de estrés emocional experimentado por los sujetos. No se encontraron, variaciones en el afrontamiento considerando el avance de la enfermedad y el deterioro inmunológico, para la muestra completa. No obstante, los autores refieren haber encontrado algunas diferencias luego de analizar las muestras por separado. En cuanto a las estrategias de afrontamiento específicas son fueron las más comunes: evitación/comportamientos pasivos, poca implicación activa-positiva, rumiación/pasivo-cognitivo, confianza activa en otros y la falta de apoyo percibido del entorno activo explicando el 29% de la varianza total de estrés emocional, a través de un análisis de regresión múltiple.

A su vez, Carboles, Remor, Rodríguez-Alzamora, (2003) aseveran que no existen diferencias significativas entre el estilo y las estrategias de afrontamiento y el deterioro

de la salud (etapa de la infección por VIH y el nivel de linfocitos T CD4). Otra gran conclusión del estudio es el hecho de que el afrontamiento por evitación “no protege” a los afectados por el VIH del estrés emocional y del malestar psicológico. En este sentido se puede inferir que los sujetos que utilizan un afrontamiento por evitación presentan mayores niveles de ansiedad y depresión.

Para seguir ampliando esta relación directamente proporcional que existe entre la ansiedad, la depresión y la utilización de estrategias de afrontamiento poco funcionales es pertinente citar a Teva & cols, (2005) quienes realizaron una investigación con 100 pacientes con VIH/SIDA de los cuales 37 eran mujeres y 63 varones que acudían a visitas médicas a diferentes hospitales de la Comunidad Autónoma de Andalucía (España). Las variables independientes (por selección) fueron el género, el estadio de la infección, el nivel de linfocitos CD4, el nivel de carga viral, la vía de infección y la presencia de lipodistrofia. En dicha investigación se encontró que los varones con VIH/SIDA muestran una sintomatología depresiva que oscila entre la depresión leve, moderada y grave. En cambio, la mayoría de las mujeres no presenta rasgos de depresión; lo mismo sucede con la ansiedad. Este hallazgo es muy interesante ya que generalmente en personas normales (sin la infección por el virus) las mujeres son las que presentan mayores niveles de depresión y ansiedad.

En este orden de ideas, las diferencias en las formas de afrontamiento cuando se está infectado por el virus depende no solo del constructo de la personalidad sino también del hecho de ser mujer u hombre y del contexto cultural en el cual se viva. Sin embargo a la hora de abordar y estudiar a las estrategias psicológicas de afrontamiento el común denominador es el hecho de que para que estas se utilicen, o por lo menos se puedan llegar a la inferencia de su existencia y sus diferencias en dicha manifestación, es necesario que en el ambiente exista una estimulación percibida como estresante o

amenazante. En este caso la infección por VIH hace el papel de dicho estímulo por lo que se podría llegar a hablar de que dicho estímulo posee ciertas características.

Según Pernas & cols, (2001). estas podrían ser las siguientes: Incertidumbre, entendida como resultado de la imposibilidad de predecir acontecimientos, debida en gran parte a la falta de información que tiene el enfermo sobre todo lo relacionado con la enfermedad y su tratamiento; por otro lado se encuentra los sentimientos negativos tales como miedo, ansiedad o depresión (anteriormente referenciadas); así mismo se encuentra, como tercera característica, la pérdida de control, que se traduce en sentimientos de indefensión o de incapacidad para influir sobre los acontecimientos; y por último se encuentran las amenazas a la autoestima, que pueden proceder de cambios en el propio cuerpo, del temor a no poder seguir realizando el trabajo cotidiano, de experimentar problemas en el ámbito sexual, etc.

Al presentarse una reacción de estrés, las personas suelen utilizar diferentes estrategias para reducir sus efectos negativos. Según Sephton, Dhabhar, Classen y Spiegel, (1997) las estrategias más usadas en pacientes que padecen de cáncer son las siguientes: Buscar información, buscar apoyo y confrontación, atribución, acción impulsiva, evitar confrontaciones y el afrontamiento activo. Dentro de esta lista de estrategias se puede observar ciertas similitudes con respecto a lo referenciado en las investigaciones de Carboles, Remor, Rodríguez-Alzamora, (2003) y de Teva & cols (2005) en donde las estrategias más comunes fueron las caracterizadas por la evitación junto con manifestaciones depresivas, ansiosas e impulsivas.

A si mismo, en las referencias investigativas revisadas a parece, latente, el apoyo social y familiar como punto de referencia a la hora de llevar un proceso de rehabilitación o terapéutico con pacientes infectados por el VIH. El concepto de red de apoyo enmarca toda una dinámica entre las formas de afrontamiento del individuo y los

recursos que éste pueda aprovechar del ambiente circundante. En este sentido, cuando un familiar o amigo asume el papel de “cuidador” se procede a asumir un rol que también trae consecuencias en la relación con el paciente. Este papel de cuidador muchas veces parece encubierto y trae consigo ciertas implicaciones.

En un estudio realizado por Stefani & cols. (2003), con un grupo de 143 cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas (de los cuales 72 eran madres que cuidaban un hijo y 71 hijas que cuidan a un progenitor) se pretendió evaluar la posible relación existente entre el sentimiento de soledad, el aislamiento social y los mecanismos de afrontamiento. Dentro de los resultados obtenidos, se pudo observar que existen patrones diferentes de respuestas adaptativas de las cuidadoras ante la enfermedad crónica de un familiar de acuerdo a la situación de cuidado; se encontró que las hijas cuidadoras manifestaron más sentimientos de soledad social que las madres, y que el afrontamiento más utilizado tanto por las madres como por las hijas cuidadoras con niveles altos de soledad y aislamiento social, es el de retirarse del problema a través de la fantasía o de la evitación mental de la realidad.

Investigaciones como la referenciada anteriormente, involucran no solo al enfermo como tal sino que, de alguna u otra forma, permiten inferir que las personas que se encuentran alrededor del paciente influyen en los cambios y en la búsqueda de soluciones a la hora de afrontar una situación específica en este caso por la infección por VIH.

CONCLUSIONES.

Llegando a este punto es preciso concluir y encontrar relaciones entre el VIH/SIDA y la forma en que las personas que portan dicho virus afrontan su situación específica. Es indiscutible que el hecho de conocer un diagnóstico que incluya la palabra VIH tiene unas repercusiones directas e indirectas que alteran la percepción acerca de la vida y la forma en que se afrontara dicha vida de aquí en adelante. El complejo procesamiento de la realidad y lo que en ella ocurre, sumado a la historia personal que cada uno construye bajo situaciones y circunstancias específicas, llevan al ser humano a construir una perspectiva singular, que a medida que interactúe con el mundo se fortalecerá y será cada vez más rígida y consolidada.

Así mismo, dado que tanto la literatura especializada como algunas investigaciones han puesto de manifiesto que existe una relación entre factores psicológicos y enfermedades que afectan al sistema inmunológico, y que, tal como lo dicen Trujillo, Oviedo-Joekes, y Vargas (2001), factores como el estrés, la ansiedad, y la depresión producen efectos perjudiciales en una gran cantidad de enfermedades, entre las que está la infección por VIH, la evaluación e intervención en estos aspectos tendría como consecuencia una mejora de los pacientes en el nivel psicológico, lo cual repercutiría a su vez en el nivel fisiológico. Todo lo anterior contribuiría a una desaceleración de la evolución de la enfermedad.

Según lo encontrado a través de la revisión teórica realizada, se puede dilucidar que el desarrollo sintomatológico luego de la infección por el virus del VIH a demás de manifestarse de manera directa a través de lo fisiológico, también repercute de manera significativa en las áreas de ajuste de la persona, viéndose alterados procesos como los cognitivos, motivacionales, afectivos y conductuales; llevando a la elaboración de esquemas mentales que fluctúan dentro de una ambivalencia emotiva direccionada y

reconstruida a través de factores como el carácter-temperamento, los constructores socio-culturales y el apoyo social representado en la red de apoyo como tal y los profesionales de la salud que tienen contacto con el paciente.

Así mismo, se puede vislumbrar diferencias específicas dentro de las manifestaciones mentales a través de las estrategias de afrontamiento. Por un lado, se encuentran las diferencias de género en donde se observa una posición mucho más activa de la mujer luego de conocer un diagnóstico de infección por VIH, permitiendo así una mejor adherencia al tratamiento. A su vez, dichas diferencias se ven trastocadas por los constructos socio-culturales los cuales son las directrices contextuales que dan forma a los prejuicios que se generan alrededor del VIH.

Como se puede inferir de lo referido a través del documento, quizá tanto los sentimientos de tristeza así como el miedo y la incertidumbre, son elementos casi que ineludibles al hecho de saber que se encuentra infectado por el VIH. Pero esto no quiere decir que la persona se vaya a quedar enclaustrada en este devenir de sensaciones y sentimientos catastróficos, parece que es en este momento en que el individuo se apropia de las herramientas precisas para sobre llevar la situación que se muestra amenazante y estresante. Pero la persona muchas veces es incapaz de afrontar de manera funcional una situación tan estresante, y es por eso que el trabajo terapéutico integral cobra tanto valor en un proceso como el que tiene que sobre llevar una persona infectada por VIH.

Luego de la revisión realizada, se puede inferir que existe, en cierta medida, algo de predisposición por parte de la persona para tomar una actitud activa, pasiva o evitativa con respecto a su situación de infección por el virus, sin embargo el papel de la familia, de su red de apoyo social, de los profesionales de la salud que lo atienden influyen de manera determinante en la posterior toma de decisiones que realice la

persona infectada. Es un compromiso tomar posturas frente a este hecho, es así como a través de este documento, se postulan algunos puntos que podrían llegar a ser fundamentales y de gran ayuda en el trabajo con pacientes infectados por el VIH.

En primer lugar es indispensable alejar el concepto del VIH/SIDA de la muerte y acercarlo más del lado de la vida, propendiendo por la prevención y por una mejor calidad de vida. A si mismo, la concepción de que el VIH/SIDA es un “predador perverso e invencible” seguirá alimentando el tremendo impacto emotivo al enterarse de que se esta infectado; hay que desmitificar ciertos juicios prejuiciosos tanto en los pacientes como en la sociedad en general, claro esta que no se debe aminorar la realidad de una enfermedad que de alguna forma se esta controlando pero que tiene incidencia directa en la alteración del bienestar del hombre.

Es indispensable que los profesionales en salud mental manejen la conceptualización y la categorización de lo que son las estrategias de afrontamiento, sin llegar al extremos de rotular y prejuiciar todo pensamiento o sentimiento humano que se generen al relacionarse con el VIH/SIDA.

Es oportuno decir que revisiones teóricas como esta, pueden servir de apoyo a la hora de emprender intervenciones educativas y conductuales para la población infectada por el VIH. En este sentido, las intervenciones que tengan como objetivo la reducción de estrategias de afrontamiento por evitación, rumiación/ pasivo cognitivo, distracción, resignación pasiva y evitación/comportamientos pasivos, y que propendan por la maximización de las estrategias de afrontamiento activo-cognitivo y activo conductual, siendo capaces, a su vez, de brindar apoyo afectivo y enseñar a los sujetos estrategias para la mejora con su red de apoyo y en general con la comunidad, estarán velando por una mejor calidad de vida y una mejor auto-percepción con respecto al virus.

Referencias

- Ader, R. (1981). *Psychoneuroimmunology*. New York, NY: Academic Press.
- Ayuso, J. L. (1997). *Trastornos Neuropsiquiátricos en el SIDA*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Busch, M., Kleinman, S. y Nemo, G. (2003). Current and emerging infectious risks of blood transfusions. *JAMA*. 289 :959.
- Church, J. (1998) The application of cognitive-behavioural therapy for depression to people with Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). *Psychooncology*, Vol. 7: pp. 78-88.
- Clavel, F. Y Hance, A. J. (2004). HIV drug resistance. *The New England Journal of Medicine*. Vol. 350, pp. 1023-1035.
- Cotran, Kumar y Collins. (2000). *Patología estructural y funcional*. México: Mc Graw Hill
- Edgard, I., Dubuque, A. (1993). *AIDS, the biological basis*. Iowa: Wm. C. Brown Publishers.
- Esterlina, B.A., Antoni, M.H., Fletcher, M.A., Margulies, S. y Schneiderman, N. (1994). Emocional disclosure through writing or speaking modulates latent Epstein-Barr virus antibody titers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 62, pp. 130-140.
- Estrada, J. H. y Gómez, L.A. (2000). Fisiopatología de la infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). *Factores Inmunológicos*. 40-43. Universidad Nacional. Bogotá.
- García C. E. (1998). *Psiquiatría y Sida*. Barcelona: Masson.
- García, R. y Luke, R. (1995). *Manejo de enfermedades de Transmisión sexual*. Ministerio de Salud. Bogotá.

- Gerberding, J. L. (2003). Occupational exposure to HIV in health care settings. *The New England Journal of Medicine*. Vol. 348, pp. 826-833.
- Goodkin, K., Fuchs, I., Feaster, D., Leeka, J. y Dickson-Rishel, D. (1992). Life stressors and coping style are associated with immune measures in HIV-1 infection. A preliminary report. *The International Journal of Psychiatry in Medicine. Biopsychosocial Aspects of Patient Care*. Vol. 22, pp. 155-172.
- Hyes, R.B., Turner, H. y Coates, T.J. (1992). Social support, AIDS related symptoms, and depression among gay man. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol.60, 463-469.
- Lara, A. (2005). Introducción a los cuidados paliativos. *Revista Mexicana de Anestesiología*. Vol. 28: pp. 193-195.
- Lawrence, M., Tierney, S., McPhee, M., Papadakis. (2003). *Diagnóstico clínico y tratamiento*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Leserman, J., Jackson, E.D., Petito, J.M., Golden, R.N., Silva, S.G., Perkins, D.O., Cai, J., Folds, J.D. y Evans, D.L. (1999) Progression to AIDS: the effectes of stress, depressive symptoms, and social support. *Psychosomatic Medicine*, Vol. 61, pp. 397-406.
- Leserman, J., Petito, JM., Gu. H., Gaynes, B. N. (2002). Progression to AIDS, a clinical AIDS condition and mortality: psychosocial and physiological predictions. *Psychol Med*, Vol. 32: pp. 1059-1073.
- Namir, S., Wolcott, D.L., Fawzy, F.I y Alumbaugh, M.J. (1987). Coping with AIDS: Psychosocial and health implications. *Journal of Applied Social Psychology*. Vol. 17, pp. 309-328.
- O'Brien, S. y Dean, M. (1997). *Genes que oponen resistencia al sida. Investigación y Ciencia*. Barcelona: Prensa Científica.

- Pernas, A; Iraurgi, I., Bermejo, P.; Basabe, N., Carou, M., Paez, D., Cabarcos, A. (2001). Formas de afrontamiento y afectividad en personas con VIH/SIDA. *Psiquis*, 22, 194-199.
- Sephton, S.E., Dhabhar, F.S., Classen S. y Spiegel, D. (1997). Cell-mediated immunity is associated with cortisol, mood disturbance, and emotional expression in advance breast cancer. *Research Perspectives in Psychoneuroimmunology*. Boulder: Colorado.
- Stebbing, J., Gazzard, B. Y Douek, D. C. (2004) Where does HIV live?. *The New England Journal of Medicine*. Vol. 350, pp. 1872-1880.
- Stefani, D., Seidmann, S., Pano, C., Acrhich, L. y Pupko, V. B. (2003). Los cuidadores familiaresde enfermos crónicos: sentimientos de soledad, aislamiento social y estilos de afrontamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 35, pp. 55-65.
- Stone, D. R. y Gorbach, S. L. (2000). *Atlas of infectious diseases*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Temoshok, L. (1993) Emotions and health outcomes: some theoretical and methodological considerations. *Emotions Inhibition and Health*, Alemania: Hogrefe & Huber Publishers.
- Teva, I., Bermúdez, M., Hernández, J., Buela, G. (2005). Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH/SIDA. *Salud Mental*, Vol. 28, pp. 40-49.
- Vargas, M. (2002). *Virología médica*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Vargas, L. S., Saenz, R., Buena, F. R. & cols (2002). Cuentas nacionales en VIH/SIDA Colombia 2002. Colombia: Ministerio de Salud de Colombia.

Vélez, H. A., Rojas, M., Borrero, J., Restrepo, J. (2005). *Manual de VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual*. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas, CIB.

Williams, B. G. Y Dye, C. (2003). Antiretroviral drugs for tuberculosis control in the era of HIV/AIDS. *Science*. Vol. 301, pp. 1535-1537.