

NIÑOS CON VIH/SIDA: AFRONTAMIENTO Y FAMILIA

Gloria Inés Neira Londoño

Universidad de La Sabana

Facultad de Psicología

Diplomado Psicología Clínica y de la Salud

Chía, Febrero 2008

Resumen

Este trabajo tiene como objetivo efectuar una revisión teórica del concepto VIH/SIDA, calidad de vida en los niños que han adquirido el virus, auto eficacia en sus familias o cuidadores y su adaptación al tratamiento retroviral. La infancia emergente, sobreviviente de los primeros casos de nacimientos de una década atrás, sugiere cambios en una sociedad que ignora y estigmatiza la condición de portadores positivos, ellos que viven su realidad, han decidido que cada día de sus vidas es un desafío y una conquista. La importancia de entender los factores psicosociales que afectan a estos niños o adolescentes y su entorno familiar, es para direccionar una mejor calidad de vida y evitar su marginación o exclusión en la sociedad.

Palabras claves: VIH/SIDA, auto eficacia, calidad de vida, marginación, estrategias de afrontamiento.

Abstract

This work's objective is to carry out a revision of the concept HIV/AIDS. Another point would be the revision of other ideas such as quality of life of the children carrying the virus, the self-efficacy in their families/caretakers and their adaptation to the retroviral treatment.

The emergent childhood that survived the first cases of births one decade back, suggests changes in a society that stigmatizes the status of positive carriers. Carriers have taken their reality as it is and have decided that every day of their lives is a challenge. In this work I try to show the importance of understanding the psychosocial factors that affect the young and their familiar surroundings, towards, one better lifestyle and avoiding social deprivation.

Key words: HIV virus/AIDS, Self-efficacy, Quality of life, Social Deprivation, Family Relations.

NIÑOS CON VIH/SIDA AFRONTAMIENTO Y FAMILIA

La enfermedad del siglo veintiuno que más estudios ha generado ha sido el VIH/SIDA. En el mundo se le reconoce como la enfermedad actual que más vidas ha cobrado que demanda en el campo de la salud pública de una nación el mayor presupuesto en cuanto al suministro de tratamientos anti-retrovirales y donde el acceso a los medicamentos aún no alcanza el cubrimiento de la población afectada. El VIH/SIDA es catalogado como enfermedad crónica donde el deterioro fisiológico del individuo genera actualmente exclusión social.

En el caso de la población infantil portadores del virus, se afronta una orfandad bilateral es decir fallecimiento de ambos padres en un periodo de tiempo relativamente corto. Esta pérdida significa que los niños más jóvenes se ven privados de cuidados por parte de adultos responsables, de estímulos interpersonales y ambientales.

Se han creado instituciones con o sin ánimo de lucro donde los niños portadores puedan ser atendidos desde la etapa inicial hasta la etapa terminal del virus como también los casos que han superado la expectativa de vida, es vital una asistencia psicológica, pues la presencia de problemáticas tales como ausencia de la familia nuclear y extensa, relaciones de afecto, toma de conciencia de su condición, relaciones de género y finalmente procesos de duelo, deben contemplarse a favor y dentro de la asistencia del plan de Salud Pública o en su defecto en un Programa de Atención Institucional que pueda ser ofrecido y determine un apoyo para estos niños y adolescentes.

La clasificación científica del SIDA acorde al CIE-10 es: B20-B24 (Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. SIDA).

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH /SIDA fue identificado como tal en 1981. El descubridor del VIH fue el científico Francés Luc Montagner, el primer caso conocido de VIH/SIDA, fue encontrado en 1956 en un hombre de Kinshasa, Republica del Zaire, el análisis genético indico que el VIH pudo haber

provenido de un único virus a finales de los años cuarenta a principios de los cincuenta en Estados Unidos de Norteamérica. Entre 1979 y 1981 se han diagnosticado enfermedades en pacientes hombres homosexuales cuyos sistemas inmunes no eran sanos. EL SIDA representa la última etapa clínica de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana VIH, ya que en término de semanas a meses después de haber adquirido la infección por el virus suele presentarse una enfermedad aguda en un periodo limitado de tiempo que dura de una a dos semanas. 1982 funcionarios de salud pública empezaron a utilizar el término de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o SIDA para describir las infecciones oportunistas en hombres anteriormente sanos a partir de lo cual se dio inicio al seguimiento formal de casos de SIDA en Estados Unidos. Valencia y Piña (2000.)

Las personas infectadas pueden permanecer asintomáticas durante 5-10 años o meses antes que aparezca otra manifestación clínica. La aparición de enfermedades oportunistas o de canceres guarda una relación directa con el debilitamiento del sistema inmunológico. China. (2001)

El Centro de Control para Enfermedades en Estados Unidos propuso una clasificación permanente que tiene lugar luego de ser infectado el individuo con el VIH.

Clasificación y descripción

VIH I El paciente es asintomático, se encuentra en un periodo latente que puede durar de seis a ocho semanas, es imposible la detección del virus en la mayoría de los casos.

VIH II El paciente es seropositivo asintomático, se siente saludable, pero presenta resultados positivos en la prueba de anticuerpos contra el VIH, puede infectar a otros.

VIH III El paciente presenta linfadenopatía persistente generalizada, después del tiempo estipulado en la etapa anterior hay manifestación de síntomas: decaimiento, fatiga, impotencia, fiebre, dificultad para deglutir, diarrea e inflamación de ganglios linfáticos.

VIH IV Es el estado de infecciones oportunistas y todas las condiciones relacionadas con el SIDA aunque en algunas personas se desarrolle un estado previo a la enfermedad denominados síndrome de Linfadenopatía. Se presenta como primer síntoma: la neumonía por *pneumocystis carinii*, posterior, sarcoma de Kaposi, toxoplasmosis, infección por citomegalovirus, criptococosis, infecciones herpéticas y tuberculosis. Estas causan la muerte. (Tomado y adaptado de Brannon (2000).

Vigente desde 1986)

Al virus difícilmente puede atribuírsele una etiología específica o el cuidado que se debe tener para evitarle. Parte de los órganos físicos que se ven afectados dentro de las diversas sintomatologías son el digestivo, muscular, articular y neurológico, el dolor es un factor importante que puede manifestarse en múltiples sistemas del organismo antes mencionados siendo este la causa psicológica de depresión, pensamientos negativos, ansiedad, desesperación y finalmente demencia. Lara (2005).

Previamente de las complicaciones y manifestaciones clínicas del VIH son las endocrinas las cuales sufren una alteración del multisistema del cuerpo; sin embargo, las principales alteraciones se suelen presentar en tiroides, hipotálamo, hipófisis y gónadas. Edgar y Dubuque (1993)

No ajeno a las alteraciones de orden endocrino, otro factor que afecta fisiológicamente es el llamado “Síndrome de Desgaste”, el cual está relacionado con infecciones oportunistas del VIH y con cánceres (leucoencefalopatía, miopatía, meningitis aséptica o meningoencefalitis, toxoplasmosis del sistema nervioso central,

pneumocistis-carinii, cytomegalovirus y tuberculosis. Lawrence, Tierney, McPhee y Papadakis (2003)

Según la Organización de Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA. 2004) más de 1.7 millones de personas infectadas viven en América latina, de las cuales 240.000 lo contrajeron en el año 2000 y otras 95.000 fallecieron debido a esta enfermedad.

En relación con la población infantil el (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2002. Informe No.3) en su informe conjunto sobre cálculos del número de huérfanos por VIH/SIDA y estrategias de programas afirma : “De los cuarenta millones de personas que padecen SIDA, la mayoría viven en África, y el sudeste Asiático.. Nueve de cada diez niños con VIH viven en África subsahariana.”

Según los datos suministrados por la (Organización de Naciones Unidas para el SIDA [ONUSIDA] y la Organización Mundial de la Salud [OMS] al 1 de diciembre del 2007) en el Día Internacional del VIH/SIDA, se estima que en el mundo viven 33,2 millones de personas con VIH, de los cuales 2,5 millones adquirieron la infección en ese año. Además, en el 2006 se produjeron más de dos millones de muertes atribuidas a causas relacionadas con el VIH/SIDA, lo que eleva el número de fallecidos a 20 millones.

Las cifras de prevalencia del 2007 son representativamente menores que las de años anteriores. En 2006, estas dos entidades internacionales, estimaron que había algo menos de 40 millones de personas con VIH en el mundo, una cifra que también era menor que la estimación del 2005.

El descenso drástico a nivel mundial en las estimaciones de contacto y la diferencia entre los datos del 2007 y los de 2006 se atribuye en gran medida a la mejora de los esfuerzos para monitorizar la epidemia, al éxito de los programas de prevención y tratamiento del VIH, e implementación de proyectos. Entre los países que presentaron una disminución en las tasas de infección están: India, Angola, Kenia, Mozambique y Zimbaue En otras zonas, como Europa del Este y Asia, la prevalencia por VIH siguen aumentando.

A pesar del descenso de la prevalencia se observa que África, es el continente que sigue siendo el más afectado. Sólo en el 2007, en esa región murieron 1,6 millones

de personas por causa del VIH/SIDA. África subsahariana alberga el 68% de las personas con VIH y la mayoría de ellas son mujeres. Uno de los factores que ha convertido este virus y la enfermedad en pandemia en Sudáfrica ha sido la transmisión vertical es decir, madre-hijo durante el embarazo, situación que puede prevenirse si la mujer puede diagnosticarse a tiempo.

Para el año 2010, si no se detiene la propagación del VIH, el SIDA puede aumentar la mortalidad infantil hasta en un 75% en niños menores de 18 años que están infectados por el VIH, o afectados por el SIDA en sus familias, comunidades o viviendo con el riesgo permanente de contraerlo; ellos están reconocidos y protegidos por la Convención de las Naciones Unidas en Los Derechos del Niño.

Esta enfermedad convertida en problema político y social dejó de ser excluyente a los homosexuales y drogadictos. Actualmente está concentrada en jóvenes universitarios, adolescentes, amas de casa, minorías étnicas etc.

Como lo señala Sarmiento (2002) respecto al SIDA, se afirma que el 95% de los medicamentos y de la capacidad económica para adquirirlos está en los países ricos, contrariamente, el 95% de los infectados y necesitados de estos medicamentos se hayan en los países pobres donde el Caribe y América Latina ocupan respectivamente el segundo y tercer lugar de la población infectada. Es una enfermedad estigmatizante y excluyente que crean del VIH/SIDA una condición de autoengaño permanente internacionalmente.

En América Latina, Colombia, es el único país donde es obligatorio el registro de casos de infección por el VIH mas sin embargo, la prevalencia estimada de infección en la población de 15 a 49 años es de 0.7% en el 2005 con un compromiso mayor de las mujeres ya que se traduce en un aumento de transmisión VIH in útero, por medio de la leche materna y transmisible horizontalmente por casos de abuso o de violación. Secretaria de Salud, Gobernación del Meta. (2005).

Ader 1981; Felten y Cohen, N (2001) afirman que la infección por VIH es una enfermedad compleja multifactorial, que podría llegar a entenderse, desde un modelo Biopsicosocial. Este modelo Biopsicosocial propuesto por Engel, G. y fundamentado en la teoría general de los sistemas de Bertalanffy von L, propone una mirada de la

enfermedad no desde lo biomédico si no desde el campo psicológico, sociológico y cultural que rodea a la persona brindando unas buenas condiciones para entender la integridad y la complejidad del ser humano y de su enfermedad.

Afrontamiento y familia

El comienzo de una enfermedad crónica en un miembro de la familia cuestiona la capacidad de afrontamiento de problemáticas de todo el núcleo familiar, que deberá recurrir a anteriores experiencias o a la invención de nuevas maneras para enfrentar la adversidad.

La familia en su momento debe asumir nuevos sucesos relacionados con la enfermedad y la entereza que se encuentra condicionada por tres determinantes como el sentimiento de soledad, el aislamiento social y el aislamiento emocional mas la presencia de un estilo de atribución causal, el cual hará que una situación de sufrimiento pueda ser considerada como un desafío o una derrota, llevando a una situación de lucha o de abatimiento. Stefani, Seidmann, Pan y Acrich (2003).

Vale la pena realizar una mirada a las familias en Colombia, y como han tenido que desafiar los problemas de salud que comprometen las diferentes esferas de la vida del niño portador enfatizando en el derecho a la calidad, equidad, autonomía, individualidad etc, Son principios de justa aplicación a los infantes y a sus familias, donde la violación a estos derechos trae consecuencias negativas de orden psicológico, social y familiar. Con respecto al niño portador del VIH se genera una exclusión en su esfera socio-afectiva, económica, y personal ocasionando la disminución de su red de apoyo y contribuyendo a una decadencia del niño y de su familia: por su efecto de exclusión, actualmente se ha categorizado a esta enfermedad como catastrófica. Comparativamente ante una enfermedad crónica como el cáncer, su red de apoyo es esencialmente fortalecida, no se genera exclusión social, afectiva ni económica otro aporte es que sus costos y tratamientos son cubiertos casi en su totalidad por las entidades de salud (EPS).

De ahí la importancia de la atención psicológica a las personas viviendo con el virus (PVVS) y a sus familiares ofreciendo un espacio que promueva la auto-aceptación y enseñándoles a no ocultar sus sentimientos, a expresarlos adecuadamente, brindarles el apoyo emocional auténtico, disponible y confiable que ha sido descrito como un arma de guerra en contra de la infección. De Moya, (2002)

Ante la situación que el paciente decida ocultar la información de su diagnóstico seropositivo a un tercero o a un miembro de la familia e incluso a su compañera(o), la postura ética-profesional es “Asegurar que la autonomía y la dignidad del paciente, así como la confidencialidad sean respetadas. No obstante se presentaron los casos en donde la obstinada voluntad del paciente de ocultar a su pareja la condición de seropositivo termina por hacerle asumir rasgos de agresor de la vida de su pareja, siendo el médico el único con la posibilidad de intervenir en defensa del agredido”. Ciccone (2005).

Muchos familiares o cuidadores adoptan estrategias de afrontamiento para manejar los estresores que afectan el “bienestar” físico, psicológico y social de niños y adolescentes, en primer lugar encontramos afrontamientos adaptativos como el análisis lógico de la situación por medio de la reestructuración cognitiva para con ello volverla mas manejable, la percepción de aceptación por parte de sus padres o cuidadores para ayudarles a manejar los sentimientos depresivos y de soledad de niños y adolescentes, así como la práctica de ejercicio físico y una buena nutrición ayudan a evitar la aparición de alteraciones en el estado de ánimo e infecciones oportunistas; el relacionarse entre si con un grupo de auto-apoyo, facilita que se puedan compartir experiencias semejantes y conocer casos de superación y crecimiento personal.

Para permitirse tomar una postura ética profesional y deontológica, en el conocimiento de una enfermedad como el VIH/SIDA, en los infantes, se realiza una corta descripción de la Convención sobre los Derechos del Niño y de la Cumbre del Milenio en el informe Niños al borde del abismo. La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño en el contexto del VIH/SIDA ha definido unos

principios para reducir la vulnerabilidad de los niños a la infección y para protegerlos de la discriminación por causa de su condición de seropositividad real o presunta.

Sobre los Derechos del Niño; enfatizando en el artículo 23. Adaptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25 de Nov.20/89. Entrada en vigor 2 de Sep./90 de conformidad con el artículo 49.

Artículo 23

1-Los Estados Partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad.

2-Los Estados Partes reconocen el derecho del niño impedido a recibir cuidados especiales y alentarán y asegurarán, con sujeción a los recursos disponibles, la prestación al niño que reúna las condiciones requeridas y a los responsables de su cuidado de la asistencia que se solicite y que sea adecuada al estado del niño y a las circunstancias de sus padres o de otras personas que cuidan de él.

3-En atención a las necesidades especiales del niño impedido, la asistencia que se preste al párrafo 2 del presente artículo, será gratuita siempre que sea posible, habida cuenta de la situación económica de sus padres o de las otras personas que cuiden del niño, y estará destinada a asegurar que el niño impedido tenga un acceso efectivo de la educación, la capacitación, los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento y reciba tales servicios con el objeto de que el niño logre la integración social, y el desarrollo individual, incluido su desarrollo cultural y espiritual en la máxima medida posible.

Citado por Echeverri R (2005)

A partir de la Cumbre del Milenio llevada a cabo por la Unión de Naciones para la Infancia UNICEF (2002) se desarrollaron cinco estrategias condensadas en el informe Niños al borde del abismo:

1 Potenciar la capacidad de las familias para proteger y cuidar a huérfanos y niños vulnerables prolongando así la vida de sus progenitores y facilitando un apoyo psicosocial y económico.

2 Movilizar y dar apoyo a las respuestas que surgen en la propia comunidad.

3 Garantizar el acceso de los huérfanos y niños vulnerables a los servicios esenciales tales como educación, servicios sanitarios, registro de nacimiento, etc.

4 Garantizar que los gobiernos protejan a los niños más vulnerables mediante mejores legislaciones y políticas como también recursos asignados a las familias y comunidades.

5 Potenciar la conciencia a todo nivel en lo referente a actividades de promoción y movilización social creando un entorno favorable a los niños y familias afectadas por el VIH/SIDA.(p.15)

Ahora bien, enfatizar en el afrontamiento familiar en niños con VIH/SIDA teniendo en cuenta la “Convención Sobre los Derechos del Niño y la Cumbre del Milenio, evidencia el deber y la importancia del estado en ejercer el control y seguimiento sobre el cumplimiento y responsabilidad que deben dar cuenta de estos derechos y de manera mas amplia con responsabilidad intersectorial aunque que no todo el compromiso es de la familia si no de los entes que protegen a las personas procurando el beneficio económico, la asistencia y el soporte a la población discriminada y limitada por enfermedad crónica. Es un hecho que la carencia de los recursos económicos para sostener el tratamiento los obliga a retraerse y aislarse de la sociedad, siendo esta postura una solución a un camino de padecimientos. El tener presente que es un derecho propio y fundamental del estado velar por el bienestar de los miembros de la familia humana donde el valor de la persona y su dignidad es preponderante, favorece el nivel y calidad de vida de estas personas y su núcleo familiar generando un respaldo y una luz de esperanza.

Existen medios e instituciones sanitarias y sociales como psicólogos, asistentes sociales y organizaciones no gubernamentales en donde el paciente debe utilizarlos de acuerdo a sus necesidades. En Colombia existe la Fundación para las Personas Infechadas por el VIH, el Proyecto GIRASOL, el cual trabaja para contribuir a la calidad de vida en mujeres con VIH, la Fundación Dar Amor, FUNDAMOR, que prestan su servicio médico-psicológico a niños y adolescentes; la Fundación casa-hogar EUDES y la Red Colombiana para Personas Viviendo con el SIDA, el cual

presta de igual manera sus servicios médico-psicológico a adultos seropositivos. En algunos casos la figura del apoyo paternalista y asistencial constante, ha fomentado que los niños, adolescentes y adultos con VIH asuman una postura dependiente y de poco compromiso frente a su vida.

Conceptos de afrontamiento

Según Bandura, Elder Zimmerman, Flammer.(1977) concibe la autoeficacia como la creencia en la propia capacidad para realizar un comportamiento determinado, es decir, la confianza del individuo en sus capacidades para realizar las acciones requeridas par alcanzar el resultado deseado; en cuanto a las conductas de salud, estas se pueden afectar a través de “dos vías de influencia motivacional y emocional” y la auto-eficacia citado por Landero y González (2003)

Leserman, Jackson, Goleen, Silva, Perkins, Folds y Evans; (1999, p.398), Relacionan un afrontamiento adaptativo caracterizado por un “espíritu de lucha”, frenando el estrés y maximizando el crecimiento personal, planeando el curso de acción, de apoyo social, menor disforia, y optimizando la autoestima”.

Sephton, Dhabhar, Classen y Spiegel (1997), demostraron la relación entre la buena salud física y mental con una variedad de estilos de afrontamientos activos y positivos en personas infectadas por VIH, de igual forma demostraron que los estilos de afrontamiento pasivos y negativos tales como el fatalismo, la negación, la desesperanza, y el aislamiento fueron relacionados con humor deprimido y distres emocional.

De acuerdo con el cuestionario de afrontamiento al SIDA, de Namir, Wolcott, Fawzy, Alumbaugh (1990, adaptado por Remor, 2001). Categoriza los estilos de afrontamiento en: Activo cognitivo, activo conductual y por evitación, y ciertas estrategias de afrontamiento específicas así: Implicación activa positiva, expresión activa, búsqueda de información, confianza activa en otros, crecimiento personal, rumiacion, distracción, evitación y comportamientos pasivos.

En el estudio del Modelo de Adaptación de Validez y Confiabilidad de la versión en español del instrumento “Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación” (ESCAPS) de Callista Roy (2006) halló que el mantenimiento y recuperación de la salud y la eficacia de los procesos de afrontamiento están regulados por dos subsistemas: el regulador y el cognitivo; en breve explicación; el primer subsistema o regulador, es innato, donde intervienen los estímulos ambientales generando tres canales de respuesta (neuronal, químico y endocrino), estas respuestas son automáticas e inconscientes y se expresan fisiológicamente. El segundo subsistema o cognitivo, esta relacionado con la conciencia consciente, es decir, el regulador del comportamiento humano, tiene cuatro canales cognitivos y emotivos (procesamiento perceptual de la información, aprendizaje, juicio, y emoción). El procesamiento de la información tiene tres etapas secuenciales relacionadas:

a) Entradas: proceso de alerta, atención sensación y percepción; procesamiento de la información, y representación mental. b) Procesos centrales: se efectúan en el cerebro y codifica, correlaciona, analiza e interpreta la información. c) Salida: respuesta motora que la persona ejecuta con base a la interpretación del medio ambiente y teniendo este como directriz para la formulación y cumplimiento de metas. Cuando hay problemas el modelo del procesamiento de la información es primordial, pues la persona construye nuevos conocimientos a través de recuerdos y experiencias nuevas, permitiéndose desarrollar capacidades o destrezas para su solución.” El modelo anterior, considera a la persona como un sistema adaptativo holístico que se encuentra en interacción con el medio ambiente cambiante” señalada por Gutiérrez, Veloza, Moreno y Villalobos de Crespo (2007).

Como se desarrolla el afrontamiento en las familias cuidadores de niños con VIH/SIDA?.

El desarrollo de una favorable red social y teniendo en cuenta a la familia del infante, al cuidador y la percepción que ellos manejan de su enfermedad, redundará en una mejor calidad de vida y auto-eficacia desarrollada por el niño; de igual manera

hay agentes en común que influyen en el afrontamiento del infante y sus cuidadores como son la edad, el género, el apoyo social, los rasgos de personalidad y las creencias culturales. Contrariamente, las familias que promueven afrontamientos desadaptativos como el silencio, la soledad, la depresión y la culpa, generan rechazo, encubrimiento de la enfermedad y del diagnóstico.

Flecha (2000) ha observado que socialmente otros portadores seropositivos han sido en la práctica marginados o excluidos por consiguiente, ellos evitaran manifestar su situación o condición durante el mayor tiempo posible con el fin de que a causa de su estado de salud no disminuya sus posibilidades de relación y oportunidad temiendo la discriminación.

De igual manera hay otros factores que se reconocen inevitables en la población infectada como se nombró anteriormente, el deceso de sus progenitores, el cuidado de los niños por parte de los abuelos o de familiares lejanos, la inclusión del infante en un hospital o institución de servicio asistencial después de conocer su diagnóstico y posteriormente el abandono por parte de sus cuidadores.

La voluntad por sobrepasar estos factores negativos que afectan tanto al paciente como su entorno, se realiza con la articulación y apoyo de entidades institucionales donde se trabaja por disminuir la angustia emocional latente y cambios comportamentales tanto del niño como de su cuidador favoreciendo así las formas de afrontamiento y adaptación. Aguirre, Cujíño, Reyes & Reyes (2005)

Según Villalobos, E. de FUNDAMOR, Institución sin ánimo de lucro que alberga actualmente 32 niños portadores del virus, en edades comprendidas entre los 18 meses y 14 años, pertenecientes a estratos 0-1-2 refiere: “La mayor procedencia de estos infantes son de las regiones del Meta, Boyacá, Chocó y Guaviare, puesto que son zonas de predominancia cocaleras, esmeraldíferas, de mucha pobreza, de desplazados por la violencia, violencia intrafamiliar, abuso sexual y analfabetismo por tanto, en la institución, a estos niños se les brinda calidad de vida además del tratamiento retroviral en la frecuencia diaria y requerida. En cuanto al afrontamiento de las familias o cuidadores de los niños con VIH/SIDA, la institución conforma una familia para muchos de los niños que se encuentran allí después de haber sido dejados

por sus familias o parientes, de ahí la necesidad de un equipo interdisciplinario donde la presencia del psicólogo es imprescindible para la solución de problemáticas actuales como estrategias de afrontamiento, desarrollo de su ciclo vital, orientación y educación sexual, relaciones con pares no infectados, inclusión a la sociedad, historia de vida, procesos emocionales por curar como el sentimiento de abandono, y preparación para la pérdida o duelo de sus compañeros de institución etc..Villalobos (2008)

Las circunstancias que demarcan la pérdida de sus progenitores en la población infantil seropositivos queda encubierta en cada uno de estos niños influyendo en la manera como ellos manejan su dolor, la adaptación a la pérdida, la reubicación al ambiente en la cual esta ausente la persona fallecida, el valor y la calidad de la relación hijo-padre o hijo-madre. etc. La edad del niño influye en la forma como este manejará el dolor; frecuentemente para el niño pequeño se manejarán sentimientos de culpa, se activará los temores infantiles como el temor a ser castigado o abandonado etc. Cuanto mayor edad y madurez tenga el hijo, cuanto mas largo haya sido el tiempo de advertencia y cuanto mas franca haya sido la relación entre padre e hijo o madre e hijo, la elaboración del duelo por fallecimiento del progenitor será más fácil. Cuando un hijo joven pierde a su progenitor, el deceso ha sido repentino o la relación entre ellos fue tensa, el duelo puede permanecer sin resolverse durante años. Peña, Montaña de B.(2006)

El hacer referencia al VIH/ SIDA con el niño desde su infancia en un lenguaje que entienda, le dará la capacidad para afrontar su problemática y continuar su lucha por la vida bajo el control de una diaria medicación, donde el silencio es preponderante frente a sus pares no infectados y a otros factores como la escolaridad y los vínculos sociales. El manejo de este silencio influye en la calidad del afrontamiento del infante como marcador significativo para el desarrollo de sus vidas.

Desde una mirada clínica, Jaramillo (2003) pondera la opción de introducir a la familia de la persona infectada en la posibilidad de realizar un duelo anticipatoriamente el cual inicia con el diagnóstico de la enfermedad, la pérdida progresiva que la enfermedad obliga a afrontar y a beneficiar estados mas serenos,

tranquilos, predecibles y menos tormentosos para el enfermo y su familia frente al duelo post-mortem; se permitirá la participación de la familia en los cuidados, las reacciones de los miembros serán respetadas, se discutirá, anticipará e imaginará el evento de muerte; se otorgará importancia a las necesidades, deseos y expectativas del enfermo; se permitirá el humor, la recreación y el descanso durante esta etapa, se le encuentra sentido a la enfermedad y a la posibilidad de reparar heridas previas

De otro modo, el apoyo emocional que se refiere a las demostraciones de amor, cariño y pertenencia a un grupo, el poder hablar con alguien sobre las preocupaciones, molestias y sentimientos negativos que ocasiona la enfermedad, el suponer ser escuchado, entendido, animado y cuidado, contribuye a un mejoramiento de su calidad de vida. Richardson, Golden-Kreutz y Andersen (2006).

Familias NO siguen el tratamiento contra el SIDA

“Ya fue difícil morir de SIDA. Hoy lo más difícil es vivir con el SIDA”. Oliveira da Silva. (1992).

DiNicola y DiMatteo (1984) sugieren que algunos pacientes incumplen el tratamiento porque pertenecen a ciertas culturas que albergan creencias y actitudes que el paciente comparte y no le animan o motivan a seguir los regímenes de salud prescritos y tradicionales.

Según la investigación sobre adhesión al tratamiento entre niños seropositivos realizada en Porto Alegre-Brasil, con una muestra de 194 familias entrevistadas, se concluyó que el 49 % de estas no siguen el tratamiento prescrito. En Río Grande del sur-Brasil se encontró entre los niños cuidados por sus padres biológicos que el porcentaje de no adhesión al tratamiento fue del 58.7%, mientras que los niños que viven en instituciones, únicamente el 22.2% no consumían los medicamentos. Estas cifras traducen que uno de los factores que influye a la no adhesión al tratamiento y al abandono del medicamento, es el estado emocional de los cuidadores. En primera instancia, un hallazgo referente a los efectos colaterales provocados por los medicamentos son dolor de cabeza, mareo constante, vómito etc., estos efectos

fisiológicos generan una barrera comunicacional que hace que la adaptación al proceso y a un estado psicosocial óptimo del niño se vea alterado. En segunda instancia, se encontró que la madre seropositiva al VIH mantiene un estrés físico y angustia emocional asociado con las diferentes formas de afrontamiento ya sea pasiva o activa que se traduce en la inconstancia en el suministro de los medicamentos durante varios periodos diarios al infante portador. Neiva y Wachholz, (2003)

Ahora bien, un factor importante es el cumplimiento en la dosis diaria del 90% del tratamiento ordenado, logrando en el niño portador la supresión de la carga viral e impidiendo el desarrollo y replicación del virus, evitando las mutaciones de este hacia la resistencia. Finalmente es preponderante un buen encuadre en la relación médico-paciente como la calidad del vínculo entre los padres y de ellos hacia sus hijos para lograr favorables estados emocionales de los progenitores o de los cuidadores inmediatos optimizando el cumplimiento del tratamiento. Portillo-Viana (2005)

El VIH/SIDA en los códigos actuales de los jóvenes.

Hace una década eran muy pocos los que desafiaban la supervivencia de los niños nacidos con el virus de inmunodeficiencia humana VIH, pero las cosas empezaron a cambiar y actualmente con la aparición de la terapia antirretroviral, niños y jóvenes han comenzado a salir adelante no obstante rodeados de una incógnita: No se tiene claro cuanto vivirán, ni como se les enseñara a manejar su sexualidad y su futuro.

Según la pediatra Carmen Oliveira da Silva, experta en el tratamiento de niños con VIH responsable del primer diagnóstico de transmisión vertical del Servicio Especializado Hospital Crianza Conceicao de Porto Alegre, Brasil (1992), manifiesta que el crecimiento en los niños portadores positivos de VIH es menor quedando hasta ocho centímetros menos que en condiciones normales, igualmente las familias procuran retardar la sexualidad de estos, ignorando su desarrollo y como adolescentes, evadiendo el enfrentar su sensualidad

A partir de tres modelos psicológicos de las ciencias sociales analizados por (Aggleton P 1996; Parker R 2000; Cáceres C 2001) se ha tratado de desarrollar la prevención y promoción de los jóvenes con respecto al VIH/SIDA. El primer modelo epidemiológico conductual su fundamento es el cambio de conductas a partir de la información de forma cognitiva, el riesgo, la percepción del VIH en poblaciones homosexuales consumidores de droga inyectables, prostitutas y personas con practicas sexuales promiscuas, este modelo no favorece el mejoramiento del sistema social, no transforma ni empodera. El segundo modelo, es el antropológico cultural que es el cambio de conducta por medio de autoprotección de los otros con respecto al VIH, este modelo privilegia los significados de las prácticas de riesgo y protección a partir de escenarios culturales. Tiene en cuenta las normas, los valores relacionados con la sexualidad y la subcultura de los consumidores de droga. El tercer modelo es el político-económico a partir del cual se hace prevención desde el activismo comunitario defendiendo los derechos de las minorías y de las personas afectadas retomando a aquellos ciudadanos excluidos del sistema social, subrayando y corrigiendo el hecho que la desigualdad económica y la inequidad social están en la base de toda epidemia.

De ahí que los afectados por enfermedades o personas en riesgo de contraer una infección por el VIH, son claramente diferenciados en este sistema político-social para así lograr unas políticas preventivas más eficaces.

Estos tres modelos mencionados fueron aplicados a jóvenes entre quince y dieciocho años escolarizados en Argentina, obteniendo una apreciación acerca de valores y representaciones con respecto a su sexualidad, teniendo así los siguientes resultados acerca de las conductas sexuales que protagonizan: Muy preocupados por la sexualidad de pareja, rechazan la promiscuidad, consideran la homosexualidad como una enfermedad, defienden el papel de la mujer dedicado al cuidado de los hijos, sostiene que en las relaciones casuales es adecuado usar preservativos mientras que en las relaciones estables se debe recurrir a otros métodos de anticoncepción.

Estos patrones de conducta vienen a afectar el comportamiento sexual dimensionando como principal riesgo la posibilidad de contraer enfermedades de

transmisión sexual y particularmente la infección por el VIH.. Kornblit y Méndez Diz (1996)

Se observa entonces, en cuanto a la reacción social del adolescente frente al SIDA, que esta es una enfermedad de los “OTROS”, que prevalece el dominio de género sosteniendo conceptos que generan conductas sexuales de alto riesgo caracterizándose por un compromiso débil de empoderamiento en un sistema íntimo que puede ser frágil o fuerte es decir, en la pareja y si se define como amoroso mas que sexual se tendera a rechazar el uso del preservativo. Méndez Diz y Kornblit (2000)

Centralizando la explicación los tres modelos antes mencionados con respecto a los adolescentes en Colombia se obtiene una similitud de actitudes frente a relaciones espontáneas y ocasionales mediadas por el entorno, sus significados socio-culturales y demográficos. Lo anterior denota la importancia de realizar un seguimiento sobre la responsabilidad no solamente de la familia como núcleo de formación en valores en los jóvenes si no del sector de la educación y de políticas claras gubernamentales en la difusión de estrategias de promoción y prevención acerca de la viabilidad de contagio del virus.

González (2002) afirma desde la perspectiva en Colombia, que la mayoría de los habitantes no les preocupa las enfermedades de transmisión sexual (ETS) ni el VIH/SIDA; muchas personas piensan que el VIH es cuestión de homosexuales. El cumplir un rol de “macho” baja la probabilidad de relaciones sexuales seguras, los valores sexuales que se manejan tales como la responsabilidad, ternura, dialogo, placer, fidelidad, respeto, lealtad, equidad y justicia, no tienen incidencia en la formación de nuestros jóvenes. (p.299)

En 1990 uno de cada diez jóvenes entre quince y diecinueve años estaba embarazada o era madre, actualmente una de cada cinco encaja en el perfil anterior. Los datos emitidos por la UNICEF, alerta que en Colombia se reporta por día un nuevo caso de VIH/SIDA entre jóvenes hombres y mujeres; el mismo organismo señala que “desde 1983 al 2005 el país ha conocido cerca de 47.000 casos, de los

cuales 8.500 son de jóvenes entre quince y veinticuatro años”. González, Daguer y Reason, (2005).

Vale la pena resaltar la relación estrecha en función al sexo y la edad que se debería considerar como características individuales y sociales que subyacen a la frecuencia de prácticas de comportamientos de riesgo y prevención en los jóvenes cuando se trate de diseñar programas de intervención preventiva como también tener en cuenta los procesos psicosociales que faciliten o impidan estos comportamientos y partir de estas dos características (sexo, edad) se debe buscar un cambio paulatino y duradero en la juventud. Piña, López., González., Domínguez y Cota (2003)

Violencia domestica o intrafamiliar

La violencia domestica, aparentemente no genera ningún tipo de inconveniente con el VIH, pero: “Esta violencia puede influir en violaciones a las mujeres, en maltratos o en presión psicológica para tener sexo”. Rada (2003)

Wilches (2005) afirma a propósito de este tema, que el alto índice de vulnerabilidad en mujeres, el miedo a la violencia, impide que estas accedan a la información con respecto al VIH, impide que se someta a la prueba que revelen su estado de VIH, que accedan a servicios y tratamientos para evitar transmitir el virus en la eventualidad que sean portadoras aunque sepan que han sido infectadas, teniendo en cuenta que el doble de la probabilidad de infectarse a partir de un único encuentro o acto sexual es vulnerado en el genero femenino. El machismo predominante aumenta la predisposición del VIH/SIDA en la mujer y la subordinación con que es mirada le dificulta controlar las características de una relación sexual “el condón y la fidelidad” donde en ocasiones se presenta la intimidación y es traducida en presiones psicológicas, en maltrato sexual o violaciones. La postura latina, ha generado una negación del tema de VIH minimizando los factores descritos y restando importancia al problema generando un incremento de la población infectada. (pp.63-66).

En la Encuesta Nacional de Demografía y Salud realizada por PROFAMILIA, (2005) advierte que la sexualidad es un tema pordebajado en los asuntos nacionales de nuestro país y solamente relacionado con el uso del condón, el embarazo

adolescente, y tímidamente con el SIDA. De igual manera se observa que estas conductas prevalecen en un ambiente donde los jóvenes crecen en medio del machismo y prejuicios, donde la educación sexual es mas que una instrucción acerca de un condón, donde las altas cifras de desplazados, el conflicto armado, y la pobreza de los jóvenes adolescente obliga a que se incremente las posibilidades de jóvenes embarazadas y/o jóvenes infectadas. (Obtenido el 9 de Mayo, 2007)

CONCLUSIONES

Hace una década eran pocos los que creían en la supervivencia de los niños nacidos con el virus de inmunodeficiencia humana, eran pocas las instituciones y ONGs que brindaban un apoyo a niños y adultos infectados, su labor básica y primordial era procurar una muerte digna a los infantes. Actualmente, el concepto ha sido reformado y el fin primordial es proveer herramientas a estos niños para la inclusión y participación en la comunidad.

El correcto conocimiento acerca del VIH/SIDA, ayuda a que concepciones erróneas no obstaculicen la asistencia de los profesionales, los cuidadores y en general de personas que de una u otra forma deben interactuar con la población portadora del virus.

Facilitar el acceso a la escolarización de los niños y adolescentes sin ser rechazados y en general a programas de inclusión y de productividad preparando un futuro a las nuevas generaciones que viven con el virus es el nuevo reto y compromiso tanto del estado como de la comunidad.

Con la aparición de la terapia anti-retroviral la línea divisoria del concepto enfermo a infectado se ha desvanecido en el tiempo favoreciendo la participación de los niños en colegios, en grupos y desarrollando una vida normal. Daguer (2005)

En Subachoque-Cundinamarca, la Fundación FUNDAMOR, tomó la iniciativa y creó el primer colegio diseñado a propósito de los niños con VIH, pero no exclusivo para ellos. A partir de este ejemplo de escolarización en los niños y adolescentes portadores debe procurarse también una mayor cobertura y asistencia en el servicio de salud al cual pertenecen.

Se halló en la revisión bibliográfica que los diferentes afrontamientos en personas con VIH/SIDA dependen del género, contexto cultural, apoyo social y familiar pero primordialmente del ambiente en el que interactúan. Actualmente las campañas de prevención están enfocadas al género femenino, y a la aprobación cultural de comportamientos de riesgo por parte del género masculino. Identificar el problema no como de género sino de miembros activos en un entorno social, donde la

problemática genera una respuesta pobre y evasiva de los servicios de salud y de la comunidad; esto evidencia que los programas de promoción y prevención que el estado desarrolla, carecen del compromiso y apoyo de las entidades públicas y privadas. El VIH/SIDA es un problema que vulnera el sistema social cuya primera célula es la familia, generando la estigmatización de sus miembros; así como lo económico reduce la posibilidad de acceder a procedimientos que se requieren independientes del tratamiento estipulado, los portadores positivos se ven afectados en las decisiones tomadas por terceros a consecuencia de su condición.

Los programas preventivos con personal interdisciplinario deben estar enfocados a las necesidades actuales del individuo que conforma redes sociales (adolescentes, padres, amigos, médicos, psicólogos, sociólogos, educadores, el clero, etnias, minorías etc.).

Aunque se han incrementado las campañas de información se concluye que hay falencias en programas de reeducación en valores y en educación sexual en la población adolescente en favor del control de conductas de riesgo personal como: relaciones sexuales sin protección, antecedentes de enfermedad de transmisión sexual (ETS) del compañero (a), consumidor de droga intravenosa, múltiples compañeros (as) sexuales, y a favor de la correcta comprensión del virus el cual sería agente de protección de los jóvenes en sus encuentros relacionales y en los factores que influyen en su propagación.

Ahora bien, el investigador Ardila (2003) en su artículo la “Importancia de las ciencias sociales y de la Psicología en la prevención del VIH/SIDA” presenta el impacto y la repercusión de las tradiciones culturales, menciona que ciertos grupos no asisten al médico ni creen en la información que los medios masivos de comunicación transmiten, la desconfianza acerca de las propuestas gubernamentales acerca de salud y educación, así como el no entender que en las relaciones VIH/SIDA y Psicología el problema no es solo médico si no social y cultural.

En conclusión, se ha determinado la problemática social de los desplazados, grupos de reinserción y al margen de la ley en el desarrollo de las políticas gubernamentales favoreciéndoles con proyectos educativos, laborales y de salud

para realizar la inclusión de estos grupos a la comunidad; esta población vulnerable genera condiciones de alto riesgo del cual no se tienen estadísticas ni información oficial referente a su condición de salud.

Finalmente, es importante el observar las vinculaciones y significados que ha tejido el niño y su familia ante la presencia de un resultado positivo, posteriormente mostrando en su estilo de vida dos posturas: La privada es decir, la persona, su individualidad, sentimientos, felicidad, autovaloración etc., y la pública o social, desde el marco cultural y social que ha desarrollado el núcleo familiar en su zona o vecindario, con sus amistades (red de apoyo social), y la ciudadanía. La persistencia por conservar estas redes fortalecidas es equivalente a la disminución de los problemas sociales que puedan generarse al interior de una comunidad para los portadores positivos.

Como señala Cossio (2008, parra.3) “La sociedad está desinformada con respecto al VIH/SIDA, la gente no discrimina porque sea mala sino porque es ignorante y estamos trabajando por cambiar esta concepción de la enfermedad y de las personas que vivimos con ella”. (Obtenido el 4 de febrero)

Referencias

- Ader, R., Felten, D.L., & Cohen, N. (1981). *Pschoneuroimmunology*. (3ª.Ed.). New York : Academic Press.
- Aggleton, P.(1996)., Parker, R. (2000), & Cáceres, C.(2001). Global priorities for HIV/AIDS intervention research. *International Journal of STD and Aids.*, 13, (16) ,7.
- Aguirre, N., Cujino, A., Reyes, M.F., Reyes, N. (2005). Estudio correlacional sobre los estudios emocionales, los estilos de afrontamiento y su relación con el perfil inmunológico de pacientes con VIH SIDA, Tesis de especialización no publicada, Universidad El Bosque. Bogotá.
- Ardila, R. (2003), Importancia de las ciencias sociales y la psicología en la prevención del VIH/SIDA. En Fundación Agenda Colombia. *VIH/SIDA y Desarrollo*.
- Brannon, L. (2000).,Enfermedades crónicas- aspectos psicológicos: Dolor- aspectos psicológico *Psicología de la salud*. Madrid: Internacional Thomson
- Cardona, E. R., (2005). Papel de la psicología en las políticas publicas para la infancia en Colombia, Tesis de grado profesional no publicada, Facultad de Psicología, Universidad El Bosque, Bogotá.
- Ciccone, L. (2005). *El SIDA. Bioética: Historia, Principios, Cuestiones*. (Ed.) PALABRA: PELICANO.
- Chin, J. (2001). El control de las enfermedades transmisibles. [Publicación Científica y Rep.Téc]. No.581. (17. Ed.)

Cossio, M. (2006, Julio 18). Proyecto Girasol. ONUSIDA; *Red Nacional de Mujeres Positivas*. Obtenido en Febrero 4, 2008, de <http://www.universia.net.co/vih-sida/social/proyecto-girasol.html>

Daguer, C. (2005). Los niños con VIH llegan al Colegio: Como educarlos a ellos y a quienes los rodean. *Revista Cambio de Colombia*, 3, 70-72.

De Moya, I. (2002) Violencia de Genero y un espacio para el apoyo emocional autentico. *Revista Oficial Instituto de la Mujer IM* (7).

DiNicola, G. & DiMatteo, R. (1984). Familia y resiliencia: Aspectos psicológicos. *La Resiliencia en el Mundo de Hoy*. Barcelona: Gedisa.

Edgard, I., & Dubuque A. (1993). AIDS, The biological basis (pp48-54)
Iowa (Estados Unidos): C. Brown

Flecha, J.R., (2000). Ética del tratamiento del SIDA. La fuente de la Vida. *Manual de Bioética*. Salamanca: SIGUEME S.A.

Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. (2002). Un informe conjunto sobre los cálculos del número de huérfanos por el VIH/SIDA. *Estrategias de programas*. No.3.

Fundación Dar Amor (2008, Enero 6). Obtenido en Enero 6, de 2008 de <http://fundamor@colomsat.net.co>, <http://www.fundamorbogota.org>

García, M.S., (2006). Estrategias de afrontamiento en pacientes con VIH/SIDA. Tesis de grado profesional no publicada. Facultad de psicología. Universidad de La Sabana, Chia.

- González, J.M. (2002) Cultura y VIH/SIDA en estudiantes universitarios: Corporación educativa mayor del desarrollo Simón Bolívar. *Salud y Cultura*, 2,.299.
- González, J.M., Daguer, D., & Reason, F. (Junio 2005) PREVENSIDACARIBE: Un programa para prevenir el VIH/SIDA. *Revista Psicogente*, 8, (13), 28-31.
- Gutiérrez, C., Veloza, M., Moreno, M.E., Villalobos, M.M., & de Crespo, O. (2007). Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento .Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación. Roy, C. (Categoría B en Publindex), *Revista Aquichan*, 7, (1), 54 – 63.
- Jaramillo, I. F., (2003). *De cara a la muerte. Como afrontar las penas, el dolor y la muerte para vivir mas plenamente*. PLANETA.
- Jim, H.S., Richardson, S.A., Golden-Kreutz, D.M. & Andersen, B.L. (2006) Strategies used in coping with a cancer diagnosis predict meaning in life for survivors: Health psychology .*The American Psychological Association*,25, (6), 753–761.
- Kornblint, A.L.,(2002) Algunos aspectos de la reacción social frente al SIDA en Argentina. *Revista de Psicología Social* .17, (1), 5-17.
- Kornblint, A.L. & Méndez, Diz, A.M. (1996) Información y conductas sexuales en jóvenes argentinos. En L.Findling y A.M. (Comps), *Revista La Salud* (Debate). Instituto Gino Germani. 201-220. Buenos Aires, Argentina.
- Lara, A. (2005) Introducción a los Cuidados Paliativos. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 28, 193-195.

Lawrence, M., Tierney, S., McPhee, M. & Papadakis. (2003). Infecciones por VIH-enfermedades transmisibles. *Diagnostico clínico y tratamiento*. (37ª.Ed.) . México: El Manual Moderno.

Landero, R., González, M.T., (2003). Autoeficacia y escolaridad como predictores de la información sobre VIH/SIDA en mujeres. *Revista de Psicología Social*, 18 (1), 61-70.

Leserman, J. Jackson, E.D, Goleen, R.N, Silva, S.G. Perkins, D.O. Folds, J.D.& Evans, D.L. (1999). Progression to AIDS: The effects of stress, depressive symptoms and social support. *Psychosomatic Medicine*. 61, 397-406.

Méndez, Diz A, M., & Kornblit, A, L. (2000). Las Lógicas del amor: *Entre el cuidado y el riesgo*. (pp.169-185). Buenos Aires (Argentina): Alianza

Namir, S. Wolcott, D.L. Fawzy, F.I. & Alumbaugh, M.J. (1990). Implications of different strategies for coping with AIDS. *Psychosocial Perspective on AIDS*. (pp.173-189). London: LEA

Neiva, I. & Walchholz, R. (2007, Enero 15). Impacto psicosocial e antropológico da epidemia de HIV e Aids do Brasil. A desãos anti-retrovirais em crianças: um estudo da prevalência e fatores asociados. Obtenido en Abril 16,2007 de: http://www.aids.gov.br/final/novidades/artigos_aprovados.asp.

Oliveira da Silva, C., (1992) Investigación y Primer Diagnóstico de Transmisión Vertical del Servicio Especializado. Experta en el tratamiento de niños con VIH responsable del Informe Científico. Hospital Crianza Conceicao. Porto Alegre, Brasil

- Organización de Naciones Unidas para el SIDA. ONUSIDA Piot, P., Bellami, C., (2004). Marco de protección, cuidado de apoyo en niños vulnerables en el mundo con VIH/SIDA. Publicación IV, 7-19
- Organización de Naciones Unidas para el SIDA. ONUSIDA (2008). Las nuevas estimaciones sobre la epidemia de VIH/Sida. Obtenido en Febrero 7, 2008. de <http://www.onusida.org/en/>
- Organización Panamericana de Salud. OPS .Chin J., (2001).El control de las enfermedades transmisibles. Publicación Científica y Técnica-OPS. No.581. (17.Ed.)
- Peña, Frade L, & Montaña de Barragán, C., (2006) *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. Manejo del duelo en niños y adolescentes desde el enfoque cognitivo-conductual..198. Universidad Nacional de Colombia: Pirámide
- Piña, López J.A., González, L.D., Domínguez, C., & Cota, B. M., (2003) Variables psicológicas y VIH/SIDA en estudiantes de nivel superior en función del sexo y la edad. *Revista Colombiana de Psicología*. (12), 19-27.
- Portillo-Viana, D., (2005). Diseño de un programa de intervención psicológica para desarrollar y mantener conductas de cumplimiento con el tratamiento antiretroviral del paciente con VIH/SIDA. Tesis de Especialización no publicada, Universidad El Bosque, Bogotá.
- PROFAMILIA, (2005). Características generales de las mujeres en edad fértil. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS. Obtenido en Mayo 9, 2007 de <http://www.profamilia.org.co>.

- Proyecto GIRASOL (2008, Enero 14) Red Nacional de Mujeres Positivas de VIH/SIDA. Myriam Cossio. Obtenido el 4 de Febrero, 2008 de <http://www.universia.net.co/vih-sida/social/proyecto-girasol.html>
- Rada, O., (2003). El papel de la red Latinoamericana, Personas viviendo con VIH las actividades de prevención. VIH/SIDA y Desarrollo. Ed., Fundación Agenda Colombia.
- Red Colombiana de Personas Viviendo con SIDA en Colombia. RECOLVIH. (2007, Mayo20) Obtenido en Mayo 20, 2007, de <http://www.recolvih.org>
- Roy, C. Andrews, H, A. (1999) *The Roy Adaptation Model*. Stanford: Appleton & Lange.(pp 31-46)
- Sarmiento, P. J., (2002). Los problemas bioéticos de la epidemia del VIH/SIDA: Aproximación preliminar. *Revista Persona y Bioética*. Facultad de Medicina. Universidad de La Sabana, Año-6 (15), 6-26
- Secretaria de Salud. (2005). Reducción de la transmisión materno infantil del VIH-1E en el Dpto. del Meta. *Estudio de VISION SIN LÍMITES*. Gobernación del Meta.
- Sephton, S.E, Dhabhar, F.S, Classen, S. & Spiegel, D. (1997). Afrontamiento, apoyo social percibido y distress emocional en pacientes con infección por VIH, 15, 420-426.).Obtenido Mayo 9, 2007, de la base de datos Psicothema.
- Stefani, D., Seidmann, S., Pano, C., & Acrich, L., (2003), Los cuidadores familiares de enfermos crónicos: Sentimiento de soledad, aislamiento social y estilos de afrontamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*. (35), No.1. 55-65

Unión de Naciones para el SIDA. (2004) Protecting Rights and Meeting the Changing Needs of Orphan and Vulnerable Children. *Programa en HIV/AIDS ONUSIDA*. 13-24

Unión de Naciones para la Infancia UNICEF (2002) Niños al borde de un abismo. Cumbre del Milenio. *Revista de Publicación UNICEF* 3, 10-15

Unión de Naciones para la Infancia UNICEF (2004, Octubre 28) *Generación con VIH/SIDA Los Herederos del SIDA llegan a la adolescencia*. Obtenido en Octubre 28 de 2006.
http://www.unicef.org/lac/premios/esp/pdf/finalistas/phsida_brazil.pdf.

Valencia, H. & Piña, J.A. (2000) Comportamientos de riesgo para la infección por el VIH en adolescentes y Adultos Jóvenes. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, (7), .309-322

Villalobos, E. (Comunicación personal, Enero 23 del 2008) FUNDAMOR Directora.

Wilches, L., (2005), *Factores psicosociales de riesgo y demográficos para la adquisición del VIH/SIDA asociados con el resultado de la prueba de Elisa*. Tesis de grado profesional no publicada, Universidad El Bosque, Bogotá.