

ALTERACIONES PSICOLÓGICAS EN EL PACIENTE VIH

L Cánoves Martínez
Unidad Enfermedades Infecciosas
Consortio Hospital General Universitario
E-mail: lcanoves@yahoo.es
Avda. Tres Cruces s/n Valencia 46018

INTRODUCCION:

Los aspectos relacionados con el procesamiento humano de la información, son de suma importancia en el curso de las enfermedades, predictivos en la evolución de patologías crónicas y de obligada consideración en la problemática del VIH (1).

En las referencias bibliográficas del VIH, encontramos muchos estudios sobre complicaciones orgánicas de la patología, pero sin embargo los mecanismos y estrategias psicológicas, son menos valorados. Así y pese a su capital importancia, las estructuras y redes de procesamiento de información de los pacientes, han sido poco descritas y estudiadas hasta la fecha.

Esta revisión, aborda el área cognitiva humana. Sabido es que las cogniciones, permiten al sujeto evaluar su entorno y ubicarse; Son el sumatorio de estímulos internos y externos, a partir de las cuales las personas, procesan los eventos en relación a su experiencia pasada y presente.

En función al procesamiento de información, las amenazas a la salud e integridad física, influyen en las emociones y propician distintas conductas de enfermedad.

Siguiendo este esquema, el abordaje de trastornos psicológicos en VIH, admite dos enfoques:

A- Proceso: Enfoque longitudinal.

Descripción de los estados anímicos que acompañan habitualmente la evolución cronológica de la enfermedad. En VIH, estas respuestas psicológicas, son similares a las descritas en pacientes de otras patologías crónicas (2).

Estos estados anímicos se describen en términos de temores o miedos, sentimientos asociados y mecanismos adaptativos utilizados. La presencia de estos estados anímicos, se ve acompañada de trastornos emocionales.

El desarrollo cronológico de un proceso de enfermedad, puede ser descrito en términos de ciclos:

Inicial

Intermedio

Terminal

B- Situaciones: Enfoque transversal.

Alteraciones psicológicas habituales en momentos puntuales del proceso de enfermedad (3). Las situaciones más problemáticas en VIH son:

Diagnóstico

Hospitalización

Cumplimiento

Adversos

Problemas Sexuales

PROCESO: CICLOS

Inicial: *Miedo:* Infección. Rechazo.

Miedo a los posibles efectos del virus. El temor a transmitir el virus a la pareja estable, o a las potenciales parejas, causa inhibición, en las relaciones interpersonales.

El paciente experimenta miedo al rechazo objetivo/subjetivo, lo cual le produce evitación social.

Sentimiento: Culpa, Fracaso. El sentimiento de culpa, muy asociado a la patología del VIH, adquiere gran protagonismo en etapas iniciales. Culpabilización por las conductas causantes de la infección, con alteraciones del estado del ánimo. (4) Percepción de fracaso.

Mecanismo: El mecanismo adaptativo habitual en esta etapa es el Autoaislamiento.

De forma general, el paciente, se enfrenta a una experiencia vital que va a introducir cambios significativos en su salud, ritmo de vida y/o sexualidad.

Un elemento a valorar en esta fase, son las variables de personalidad de los pacientes y su estilo de afrontamiento, para establecer la prioridad de intervención que, básicamente, consiste en facilitar estrategias de afrontamiento en el proceso en el que se ve inmerso el afectado.

Intermedio: *Miedo:* Deterioro y Adversos.

Fase en la que el paciente lleva tiempo diagnosticado. En muchos casos, los efectos del virus producen alteraciones orgánicas, algún ingreso hospitalario o deterioro físico. La presencia de estas circunstancias, provoca respuestas de ansiedad o depresión. Aun en ausencia de estas situaciones, pueden dispararse pensamientos que anticipan distorsiones sobre el avance de la enfermedad, ya que los pacientes generalmente están en contactos con otros afectados.

Otra importante fuente de problemas psicológicos, es la presencia de efectos adversos asociados a los tratamientos. Surge disonancia cognitiva frente a la ambigüedad de la situación:

Por un lado los fármacos sirven para controlar la evolución del virus, pero en contrapartida producen efectos (5), que comprometen la calidad de vida. Esta situación ambivalente, hace que los pacientes procesen ventajas e inconvenientes y tomen sus propias decisiones.

Sentimiento: Hastío. Aparece una importante pérdida de motivación, que repercute en aspectos vitales de los pacientes y en ocasiones en el cumplimiento terapéutico.

Mecanismo: Abandono. Desbordamiento emocional, asociado al deterioro y/o a los efectos adversos, que produce en los pacientes abandono de autocuidados y tratamientos.

Los trastornos psicológicos son frecuentes en esta etapa, unos de etiología orgánica, debidos al deterioro cognitivo o neurológico, pero muchos de base psicológica, cuya latencia, dispara las conductas. Los mensajes sociales sobre la enfermedad, contribuyen a esta situación.

Es fundamental que el paciente, vaya comprendiendo los pasos del proceso de enfermedad, en función a su patología concreta y a lo esperado de la misma, según su diagnóstico médico.

Partiendo de estas premisas, se irá facilitando información al paciente en la medida de sus deseos de ser informado y variables de personalidad.

Terminal: Miedo: A la muerte.

El avance de la enfermedad, cuando no puede ser paliado por los tratamientos disponibles, provoca un estado generalizado de indefensión. Afloran sentimientos encontrados: *Ira, hostilidad, ansiedad*. La proximidad de la muerte (6), muy descrita en otras enfermedades produce alteraciones emocionales.

Sentimiento: Percepción de incapacidad en el curso de la situación. Proximidad de la situación de duelo, por el evento que se aproxima. Sentimiento de pérdidas generalizadas.

Mecanismo: Uno de los mecanismos de respuesta ante la inminencia de la situación, puede ser la negación de la realidad, estableciendo una separación frente a la evidencia.

Cuando los pacientes afrontan el final de la vida, la aproximación es intimista y tiende a potenciar al máximo la calidad de vida. La intervención tiene como objetivo la satisfacción de las necesidades vitales, emocionales y espirituales de los pacientes. Los cuidados paliativos (7) han ido siendo adaptados y adoptados en distintos centros hospitalarios, con un enfoque humanista *de cuidar cuando no es posible curar*.

Por otra parte existen procesos terminales fulminantes (fallos hepáticos y/o renales), con poco tiempo para asumir la situación, afectaciones neurológicas (Toxoplasmosis LMP, Encefalitis), que producen graves secuelas cognitivas y alejan al paciente de su propia realidad, dificultando la intervención y la comunicación. Por último existen procesos muy lentos, donde el paciente conserva su conciencia, mientras sufre grave deterioro físico.

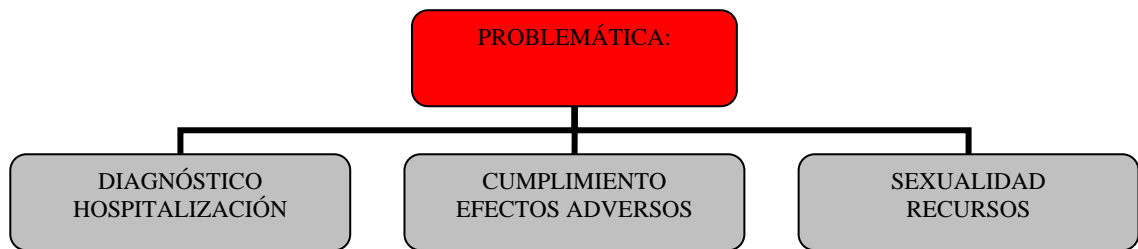
La existencia o no de familiar/familiares de apoyo juegan un especial protagonismo: Por un lado, suponen el vínculo afectivo más próximo al paciente y por otro, son los intermediarios entre el sistema sanitario y el paciente.

Se puede y debe hablar de la muerte como acto máximo de la vida de una persona, siempre y cuando el paciente lo desee.

SITUACIONES: PROBLEMÁTICA

Los medios de comunicación, han realizado, desde el principio, un tratamiento de la información sobre la enfermedad, que no solo no ha contribuido a su normalización, sino que ha creado alarma social, estereotipos e ideas erróneas sobre los enfermos, en sus potenciales

estilos de vida y evolución como afectados. Debido a ello, las personas diagnosticadas VIH, afrontan con un precario equilibrio, los cambios que van surgiendo a lo largo de su enfermedad. Si bien muchas patologías, siguen las mismas fases de proceso, los pacientes, debido al impacto social de los eventos, realizan un procesamiento más amenazador. Así momentos puntuales como: *Diagnóstico, Hospitalización, Adversos*, están asociados a distorsiones cognitivas y alteraciones psicológicas agudas.



Diagnóstico: El diagnóstico VIH, produce gran impacto emocional (8) y pensamientos:

- Rechazo
- Deterioro
- Muerte

Socialmente, el VIH es asociado al dolor, al deterioro, al rechazo social y a la muerte, de ahí que el diagnóstico en si, pueda desencadenar desbordamiento emocional, e inclusive ideación suicida.

Estas situaciones anímicas, pueden enmascarar sintomatología orgánica y viceversa. Es básico el diagnóstico diferencial. Se pueden utilizar cuestionarios:

HAD, BDI o HAMILTON y como referente el **DSM-IV**.

La entrevista, elemento base de la intervención terapéutica, permite recoger información y crear vínculos con los pacientes. Posibilita dar feedback objetivo y comenzar la intervención psicológica por los aspectos más críticos. Es necesario conocer las principales preocupaciones del paciente y la información que posee sobre la enfermedad

La terapia, se centra en las estrategias de afrontamiento y autocuidados, tratando de paliar el impacto del diagnóstico, así como en el control de las variables de Ansiedad y Depresión (9).

La intervención con un paciente recién diagnosticado, incluye muchas áreas de trabajo y cuenta, hipotéticamente, con el factor tiempo. Las posibilidades de apoyo o el apoyo social percibido, es

otro elemento a valorar y con el que contar a la hora de establecer una intervención con pacientes recién diagnosticados.

En cualquier enfermedad, especialmente las crónicas, la intervención es más necesaria en los primeros estadios, es entonces cuando los pacientes han de comenzar a integrar el diagnóstico recibido, lo que esto significa en su vida y las consecuencias venideras (cambios en estilo de vida, tratamientos, autocuidados).

En el caso del VIH, el propio diagnóstico, por buena que sea la situación biológica del paciente, puede causar tal impacto que requiera intervención tanto paliativa como preventiva.

Hospitalización: Pese a los condicionantes descritos, muchos pacientes normalizan su vida. Pese a ello, situaciones puntuales vuelven a disparar los mecanismos del miedo (10). El ingreso hospitalario suele ser uno de ellos

La intervención se realiza a demanda del paciente o del equipo, teniendo como objetivos diana:

Impacto emocional

Distorsiones cognitivas

Estrés.

Las técnicas de comunicación, en sus distintas modalidades, son adecuadas para el manejo de estas situaciones.

Cumplimiento: Es conocido que las patologías crónicas, llevan asociados incumplimiento en cifras del 40 al 60% en tratamientos farmacológicos, que no suponen graves alteraciones en los ritmos de vida. Los estudios sobre adherencia, describen múltiples factores asociados al problema del cumplimiento terapéutico:

INICIO TRATAMIENTO

EFFECTOS ADVERSOS

FALLO VIROLÓGICO

ESTABILIDAD.

La interrelación de variables es muy amplia e incluye:

Las características del paciente, de los terapeutas, de la comunicación entre ambos, de la estructura sanitaria, de los fármacos, de los estilos de vida.

Los pacientes viven situaciones puntuales, en relación con los fármacos, que precisan de habilidades por parte del equipo y/o psicólogo, siendo susceptibles de intervención.

La estabilidad inmunológica puede actuar de forma contraproducente. Conforme la situación biológica mejora, la percepción de riesgo disminuye, y puede aparecer incumplimiento (11).

La psicología de la conducta sugiere:

Educación del paciente: Información objetiva sobre ventajas/inconvenientes de los tratamientos, instrucciones claras, evaluación de estrategias y tratamiento simplificado (si es posible).

Modificación de conducta: Submetas y Refuerzo. Solo es recomendable la planificación de estrategias de posible realización, para evitar estrés laboral.

Efectos Adversos: Del mismo modo que el maltrato físico implica maltrato psicológico, la iatrogenia producida por los fármacos, también causan daño psicológico. Así, la toxicidad de los fármacos, posee efectos bidireccionales (físicos/emocionales), siendo un aspecto menos estudiado.

En los efectos adversos el espectro es amplio: Rash cutáneo, diarreas, neuropatías periféricas, toxicidad grave (pancreatitis) que obliga a suspender la medicación.

El **síndrome de lipodistrofia**, produce tal deformación corporal que vuelve a llevar al paciente al estado de autoaislamiento e indefensión. De nuevo la intervención psicológica específica y todo el apoyo social (12) disponible, ha de ponerse en marcha.

La **lipoatrofia facial**, causante de los mayores problemas psicológicos, viene siendo corregida por los cirujanos plásticos, si bien los pacientes han de costearse la intervención. Es fundamental poseer información actualizada sobre los productos utilizados, técnicas y cirujanos contrastados para poderla facilitar a los pacientes. En la consulta, deben puntualizarse muy bien características y alcance del síndrome, así como las posibles soluciones alternativas, resolviendo distorsiones y ofreciendo al paciente recursos contrastados:

Apoyo psicológico

Información: Productos y Técnicas.

El tratamiento con **Interferón** en pacientes coinfectados del virus de la Hepatitis C, provoca en algunos pacientes, graves alteraciones cognitivas y de conducta (13).

La intervención psicológica en estos casos es específica, sobre todo en los intentos de auto lisis. En estos intentos, se puede y debe requerir ayuda psiquiátrica y/o prescribir fármacos.

La pérdida de peso asociada a la enfermedad, es también motivo de demanda. La intervención psicológica debe ser muy específica. Cada una de estas situaciones requiere la utilización de distintas estrategias y recursos.

Sexualidad: Las demandas emergentes son:

Relaciones sexuales y Reproducción.

La casuística sexual es muy compleja.

En las disfunciones, existen distintas fases y muchas variables que pueden estar relacionadas, por lo que tanto la evaluación, para realizar el diagnóstico diferencial, como la intervención terapéutica, debe ser realizada por un profesional cualificado.

Recursos: Los avances en salud, han hecho evolucionar las demandas de los afectados. Actualmente predominan:

Búsqueda de empleo, ayudas económicas, sexualidad, tratamientos, efectos adversos, cirugía estética.

Además de la información que el profesional facilite, la asistencia a centros y asociaciones, puede ser un importante apoyo.

Las ONG's, informan a sus usuarios con el sistema óptimo de comunicación que supone la *información entre iguales* o lo que se describe como: **COMUNICACIÓN HORIZONTAL**.

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN VIH

Ansiedad y Depresión, son alteraciones del estado de ánimo, frecuentes en VIH. Afectan áreas del comportamiento y del proceso de enfermedad, siendo sensibles a la terapia cognitiva (14).

A pesar de las similares respuestas psicológicas en VIH, no se pueden generalizar a todos los afectados. Definimos los trastornos anímicos observados en aquellos pacientes que los sufren.

Muchos factores justifican la diferencia entre el ajuste y el desajuste emocional:

Variables de personalidad, estilo de afrontamiento y resolución de conflictos; Apoyo, Estilo de vida asociado a la transmisión. Psicoimmunología y Psiconeuroinmunología (15).

Ansiedad: *El sujeto ansioso vive en un estado de hipervigilancia:*

Sobrevalora los estímulos físicos y percibe amenazas continuas, lo que le incapacita para desarrollar estrategias; Centra su atención en estímulos percibidos como enfermedad, haciendo abstracción de los atenuantes; Asume, erróneamente, su incapacidad de control e incrementa la demanda de ayuda a los profesionales.

La consecuencia de esta reacción no solamente no es operativa, sino incapacitante para el desarrollo de estrategias en el manejo de la situación (paralización).

En este caos cognitivo, el paciente no procesa la información que puede proporcionarle alternativas válidas, sino que focaliza su atención en los estímulos percibidos como síntomas de enfermedad y en contrapartida, ignora aquellos que pueden atenuar la situación. La representación más clásica de este fenómeno es el ataque de pánico. Una de las consecuencias directas de esta actitud emocional, es la percepción de indefensión, al creer erróneamente el paciente, que no es capaz de solventar la situación por sus medios. La secuencia siguiente es la continua demanda de ayuda a los profesionales de salud.

Perfil ansiógeno: *Niveles patológicos de ansiedad, hiperactivación, dificultades para conciliar el sueño, respuestas motoras asociadas, anticipación de situaciones, ideas catastróficas.*

Intervenciones recomendables en la ansiedad:

Técnicas de relajación: (Jacobson)

Desensibilización sistemática (Wolpe)

Material apoyo (folletos, guías)

Información, Negociación, Vinculación.

Terapia cognitiva: Distorsiones, Creencias, Autoeficacia, Afrontamiento.

Depresión: *Los depresivos perciben indefensión frente a la amenaza.*

Su patrón de respuesta les hace aislarse de los recursos (consulta, información). Los pacientes deprimidos, pueden llegar a ser hostiles a sus allegados por su actitud defensiva, recibiendo poco refuerzo de su entorno. Niegan la información necesaria para el desarrollo de estrategias. Tienden a rehuir la información que necesitan poseer para el desarrollo de estrategias de afrontamiento. Este patrón de respuesta, correlaciona con la idea negativa que muestran estos pacientes de sí mismos y de su futuro (16).

Al igual que los sujetos ansiosos, los depresivos perciben incontrolabilidad de la situación e indefensión frente a la amenaza, pero al contrario de ellos, su patrón de respuesta, les hace aislarse de los recursos habituales (médicos, medicación y autocuidados).

Disminuye la capacidad de integrar ideas o vivencias lúdicas, siendo la nota dominante la Anhedonia y la focalización en aspectos negativos, tanto sobre si mismo, como sobre su entorno.

Perfil depresivo: *Distorsiones cognitivas (Polarización, negativismo, culpa, infravaloración, idea de pérdidas generalizadas e incapacidad para resolver el presente y afrontar el futuro).*

Esta situación guarda paralelismo con las que se produce con personas afectadas por enfermedades crónicas, en cuanto al establecimiento de patrones de aprendizaje.

El mecanismo del deprimido, se activa al ser consciente que cada vez influye menos sobre su entorno (pérdidas), o su salud se deteriora (pérdidas).

Intervenciones recomendables en la depresión:

Reestructuración cognitiva (17)

Técnicas de grupo.

Material apoyo (folletos, guías)

Cambios en estilos de vida y actividades

Información, Vinculación.

PSICOLOGÍA DE LAS PATOLOGÍAS CRÓNICAS.

El hecho de padecer una enfermedad crónica, si bien no sitúa al enfermo en riesgo inminente, ciertamente condiciona su vida. La cronicidad *per se*, lleva aparejada gran cantidad de lastre:

Fluctuaciones de la enfermedad a lo largo de los años, sucesos vitales, fracaso terapéutico, efectos adversos de los fármacos, pérdida de motivación, pérdida de recursos familiares o asistenciales y finalmente hastío.

Las intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida (18) de los pacientes en las enfermedades crónicas, comparten una filosofía estructural basada en

Intervención multidisciplinaria

Trabajo en equipo

Alianza terapéutica.

En muchas de estas investigaciones es destacable el papel de la psicología como herramienta terapéutica, tanto en programas preventivos como paliativos.

Cualquier enfermedad, puede producir alteraciones emocionales en los pacientes. A mayor complejidad (19) de la enfermedad, mayor será esta necesidad. Al principio, el paciente suele experimentar severos temores en relación a las posibles reacciones desde sus áreas vitales:

Pareja, familia, trabajo, grupo social. Lo que hay que tratar de evitar al máximo, es que la enfermedad le incapacite o le aisle socialmente.

En VIH, la representación social de esta enfermedad, coloca a los pacientes en un estado de vulnerabilidad, temiendo amenazas de sus entornos próximos; Los mecanismos habituales son la inhibición social (20), combinada con sentimientos de culpa.

Los pensamientos distorsionados y el temor a ser descubiertos o a infectar a sus parejas, son elementos del repertorio conductual del VIH, susceptibles de intervención psicológica. La problemática asociada a la enfermedad: Fármacos, adversos, enfermedades, va creando al paciente y al equipo técnico sucesivos retos.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Muchos pacientes diagnosticados Sida años atrás, se encuentran actualmente trabajando, han elevado sus cifras de CD4 con las terapias combinadas, tienen carga viral indetectable, están motivados y lo que más desean es “normalización”, por lo que no precisan apoyo psicológico.

En el otro extremo del continuo, existen pacientes VIH asintomáticos, con redes de apoyo, que no precisan medicación, pero con tal impacto emocional que imposibilita su vida social; Su actitud vital es de indefensión, por lo que precisan intervención psicológica especial.

Esta argumentación, de sobra conocida, abunda en la tremenda dificultad que implica el establecimiento de líneas divisorias estáticas, en el caso del Sida.

El apoyo psicológico individual, trata de paliar el impacto emocional de las situaciones críticas y el manejo adecuado de las variables de ansiedad y depresión, para facilitar el ajuste de los pacientes (21) en sus entornos habituales:

Personales, familiares, laborales y sociales.

Igualmente, es válido para la implementación de estilos de vida más saludables, motivando al cambio y reforzando su consolidación. En estas actuaciones, el profesional debe manejar la empatía (22) y fomentar el establecimiento de vínculos con el paciente y familiares de apoyo.

Existen distintas escuelas terapéuticas:

Psicoanálisis, Gestalt, Terapia psicodinámica, Conductismo.

Sin embargo, cabe destacar el gran interés suscitado por las terapias **cognitivo-conductuales**. Actualmente es una escuela psicológica en auge, por las ventajas que reporta su uso y por los beneficios que se desprenden de su aplicación.

Dado el procesamiento de información que realizan algunos pacientes, la reestructuración cognitiva, resulta muy útil, ya que en muchos casos el paciente ha de asumir importantes cambios en sus hábitos o estilos de vida. Funcionalmente son más recomendables estas técnicas, por su planteamiento y la reestructuración cognitiva que las caracteriza, basada en principios del aprendizaje.

La Terapia Cognitiva ha demostrado su eficacia en múltiples programas. También se utiliza en la reconducción de hábitos sociales como el tabaquismo y otras adicciones.

Su ventaja, radica en facilitar el aprendizaje de estrategias de afrontamiento y conductas saludables, en el contexto de distintas enfermedades:

Etiología orgánica, Etiología no orgánica, Etiología mixta.

La evaluación de las alteraciones psicológicas y su protagonismo en VH, requieren de la implementación de programas por medio de profesionales adecuados y abre interesantes vías de trabajo e investigación presentes y futuras.

El/la psicólogo/a, encargado de poner en marcha estos programas y de intervenir con los pacientes es un valioso recurso en los equipos (23) de trabajo, si bien son muy escasas las Unidades Hospitalarias, donde está consolidado su rol terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA:

1- Cánoves D. Trastornos psicológicos En Recomendaciones del PNS sobre manejo de los trastornos relacionados con la infección VIH.

<http://msc.es/Diseno/ultimaHora/pdfs/trastornosVIH.pdf>

2- Russell, M.F. 1988 Stress management for chronic disease New York: Pergamon Press.

3- Eugene W. Farber; Hamid Mirsalimi; Karen A. Williams; J. Stephen McDaniel. Meaning of illness and psychological adjustment to HIV/AIDS Psychosomatics. 2003 DIC; 44 (6): 485-491.

4- DSM-IV-TR Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Texto Revisado. Barcelona: Masson 2002.

5- Starace F, Bartoli L, Aloisi MS, Antinori A, Narciso P, Ippolito G, Ravasio L, Moioli MC, Vangi D, Gennero L, Coronado OV, Giacometti A, Nappa S, Perulli ML, Montesarchio V, La Gala A, Ricci F, Cristiano L, De Marco M, Izzo C, Pezzotti P, D'Arminio Monforte A. Cognitive and affective disorders associated to HIV infection in the HAART era: findings from the NeuroICONA study. Cognitive impairment and depression in HIV/AIDS. The NeuroICONA study. Acta Psychiatr Scand. 2002 Jul;106 (1):20-6.

6- Pessin H, Rosenfeld B, Burton L, Breitbart W. The role of cognitive impairment in desire for hastened death: a study of patients with advanced AIDS. Gen Hosp Psychiatry. 2003 May-Jun;25 (3):194-9.

7- Arranz P, Barbero J, Barreto P, Bayés R. 2003 Intervención emocional en cuidados paliativos: Modelos y Protocolos Barcelona Ed. Ariel Ciencias Médicas.

- 8- Olley BO, Seedat S, Nei DG, Stein DJ. Predictors of major depression in recently diagnosed patients with HIV/AIDS in South Africa. *AIDS Patient Care STDS*. 2004 Aug. 18 (8): 481-7.
- 9- Shor-Posner G, Lecusay R, Miguez MJ, Moreno-Black G, Zhang G, Rodriguez N, Burbano X, Baum M, Wilkie F. Psychological burden in the era of HAART: impact of selenium therapy. *Int J Psychiatry Med*. 2003;33 (1):55-69
- 10- Kempainen JK, Holzemer WL, Nokes K, Eller LS, Corless IB, Bunch EH, Kirksey KM, Goodroad BK, Portillo CJ, Chou FY. Self-care management of anxiety and fear in HIV disease. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2003 Mar-Apr;14 (2):21-9.
- 11- Murphy DA, Marelich WD, Hoffman D, Steers WN. Predictors of antiretroviral adherence. *AIDS Care*. 2004 May;16 (4):471-84.
- 12- Honn V J, Bornstein R A. Social support, neuropsychological performance, and depression in HIV infection. *J Int Neuropsychol Soc* 2002 Mar;8 (3): 436-47.
- 13- Debien C, De Chouly De Lenclave MB, Foutrein P, Bailly D. Alpha-interferon and mental disorders *Encephale*. 2001 Jul-Aug; 27(4): 308-17.
- 14- Beck, A. 1976 *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- 15- Ho WZ, Evans DL, Douglas SD. Substance P and Human Immunodeficiency Virus Infection: Psychoneuroimmunology. *CNS Spectr*. 2002 Dec;7 (12):867-874.
- 16- Cook JA, Grey D, Burke J, Cohen MH, Gurtman AC, Richardson JL, Wilson TE, Young MA, Hessol NA. Depressive symptoms and AIDS-related mortality among a multisite cohort of HIV-positive women. *Am. J Public Health*. 2004 Jul; 94 (7): 1133-40.
- 17- Molassiotis A, Callaghan P, Twinn SF, Lam SW, Chung WY, Li CK. A pilot study of the effects of cognitive-behavioral group therapy and peer support/counseling in decreasing psychologic distress and improving quality of life in chinese patients with symptomatic HIV disease. *AIDS Patient Care STDS* 2002 Feb; 16 (2): 83-96.
- 18- Badía X, Salamero M, Alonso J. 2002 *La medida de la salud Guía de escalas de medición en español (3ª Edición)* Barcelona Ed. Edimac con Fundación Lilly.
- 19- Kalichman SC, Difonzo K, Austin J, Luke W, Rompa D. Prospective study of emotional reactions to changes in HIV viral load. *AIDS Patient Care STDS*. 2002 Mar;16 (3):113-20.
- 20- Inoue Y, Yamazaki Y, Seki Y, Wakabayashi C, Kihara M. Sexual activities and social relationships of people with HIV in Japan. *AIDS Care*. 2004 Apr.16 (3):349-62.
- 21- Leserman J, Petitto JM, Robert MD, Golden R, Bradley MD, Gaynes N, Hongbin MD, et. Al. Impact of Stressful Life Events, Depression, Social Support, Coping, and Cortisol on Progression to AIDS *American Journal of Psychiatry* 2000 157: 1221-1228.
- 22- Hojat M, Gonella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J. Psychiatry* 2002 Sep; 159 (9): 1564-9

23- Lert F, Chastang JF, Castano I. Psychological stress among hospital doctors caring for HIV patients in the late nineties. *AIDS Care* 2002 Dec; 13 (6): 763-78.