

PERFIL DE RESPUESTA PSICOLOGICA AL DUELO
DE PACIENTES VIH POSITIVOS

César E. Castellanos A.* / M. Raquel Jerez G.**

RESUMEN

El presente trabajo constituye la contraparte práctica de un primer artículo teórico acerca del duelo en personas VIH+. El mismo pretende abrir la discusión acerca de la necesidad de entender de manera más profunda el proceso psicológico que atraviesan las personas que viven con el VIH, construyendo técnicas de intervención que necesariamente vayan más allá del counselling.

El enfoque psicológico clínico del VIH/SIDA exige que se miren hacia múltiples agentes actuantes en el drama que se desarrolla en la vida de una persona infectada. No estamos frente a una enfermedad cualquiera, ni siquiera frente a una enfermedad terminal cualquiera. El SIDA cobra dimensiones morales, sociales, comunitarias, familiares y personales únicas en la medida en que su contagio se vincula al sexo, a la homosexualidad y además es una epidemia cargada de rechazo social.

Es importante que comprendamos, también desde una perspectiva clínica, cuáles son los aspectos que debemos manejar con mayor detenimiento en el proceso de ayuda psicológica para así poder mejorar los servicios de Apoyo Emocional y de Psicología que se están trabajando en la actualidad con pacientes VIH/SIDA.

* Psicólogo Clínico. Encargado del Departamento de Psicología de la Unidad de Atención Integral a Pacientes VIH+ del Centro Sanitario de Santo Domingo.

** Psicóloga Clínica. Terapeuta del Departamento de Psicología de la Unidad de Atención Integral a Pacientes VIH+ del Centro Sanitario de Santo Domingo.

Palabras claves: duelo, VIH positivo, SIDA, counselling, sexo.

OBJETIVOS

Conocer el comportamiento de la depresión, la ansiedad y los síntomas del duelo emocional en personas VIH+.

Establecer un perfil de evolución de cada una de las variables estudiadas en función del tiempo.

Investigar el impacto de la noticia de saberse VIH+ sobre las emociones humanas y en cuál esfera se evidencia este impacto con mayor intensidad.

MARCO TEORICO

A menos que estemos muertos a muy temprana edad, todos sufriremos en algún momento de un duelo. Todas las culturas poseen una serie de rituales para aliviar la pena de los dolientes y dar algún significado a la muerte. Sin embargo muchos profesionales de la salud, al igual que el común de las personas de la era industrial moderna, evitan el tema de la muerte y sus efectos en los sobrevivientes. El estudio psiquiátrico moderno es conducido por Erich Lindemann (Boston, 1944). Investigaciones sistemáticas de gran escala se iniciaron en la década de los 50. El primer libro de medicina sobre el tema fue publicado en 1970, y hay mucho aún por aprender.

Los estudios recientes sobre el duelo apuntan hacia la comprensión de las reacciones ante la pérdida y su manejo en función de distintas variables. Así un área de estudio muy abundante es el de las viudas y viudos. En los Estados Unidos de Norteamérica (EUA) hay 800,000 nuevos viudos y viudas al año, aproximadamente 400,000 personas menores de 25 años mueren por año. Cada pérdida de estas trae consigo un tipo especial de sufrimiento.

En la vida adulta la pérdida de uno de los padres es la causa común de duelo. Aun cuando la pérdida es dolorosa, los hijos e hijas usualmente pueden recuperarse sin dificultad y seguir su vida hacia el futuro.

La muerte de la esposa o esposo es probablemente uno de los eventos que más causan stress, sin contar con aquellos que sufren una enfermedad grave. Los sobrevivientes deben afrontar solos muchos aspectos que eran antes compartidos.

La pérdida de un niño causa aún mas rabia y culpa, la recuperación puede tomar años. Los padres son confrontados constantemente con sus limitaciones para desarrollar sus habilidades como cuidadores. Algunas mujeres que se autodefinen principalmente a partir de su capacidad de ser madres, se sienten inútiles sin alguien a quien cuidar. La culpa puede ser especialmente intensa luego de una muerte súbita infantil(MSI), un síndrome cuyas cifras en los EUA anda por los 10,000 al año. En un estudio con padres cuyos hijos murieron de cáncer, se encontró que el duelo se volvía más intenso a partir del segundo año. Es muy importante que los padres puedan sentir que hicieron todo lo que se podía hacer para ayudar a su hijo antes de morir. La muerte de un hijo puede acabar por separar un matrimonio débil, pero también puede fortalecer un matrimonio fuerte.

Los estudiosos del duelo han resaltado que el duelo es una situación donde los síntomas que en otras circunstancias serían considerados como parte de una depresión clínica, son considerados normales y hasta saludables. Las similitudes no sólo existen en lo emocional sino en lo fisiológico, tales como disrupción de los ritmos biológicos, menor actividad del sistema inmunológico, exceso de secreción de cortisol a través de las glándulas adrenales, alteración de la síntesis, liberación y reabsorción de EN, 5-HT y otros neurotransmisores.

Un paralelismo entre el duelo y la depresión fue establecido por Freud y por Bowlby. Para Freud, el proceso de duelo permite que una persona haga de catexis de la energía libidinal invertida en aquél que murió y pueda re-invertir la misma en otra persona aún viva. Si esto no se puede realizar surge la culpa y progresivamente la depresión, especialmente cuando el sobreviviente tiene sentimientos encontrados con respecto al muerto. Aun cuando lazos que existen entre los adultos no son comparables con los lazos biológicos o emocionalmente comparables con los lazos existentes entre una

madre y un hijo(a), las etapas de la respuesta de separación son similares a las descritas por Bowlby.

Incluso la expresión facial del duelo ha sido descrita como el resultado de la inhibición de la urgencia por gritar con desesperación tal como lo haría un niño abandonado. Una madre puede que aparezca cuando su hijo(a) llora de esta manera, pero el muerto no revivirá por más que se lllore. Los experimentos muestran que la respuesta de separación en monos varía grandemente según la especie, el individuo y la relación que tenga con sus padres. Algunos monos jóvenes se recuperan luego de unas horas de llanto y desesperación; otros colapsan al día siguiente, cuando ya la madre está ausente y muestran signos de perturbación seria luego de unas semanas, una reacción similar a la que tienen los humanos en el duelo complicado.

Todo el que sufre una enfermedad crónico-degenerativa inicia un proceso de duelo anticipado por la pérdida de su condición de vida y por la pérdida de la vida misma. Existen suficientes razones para pensar que en el SIDA se presentan factores añadidos que complican aún más la posibilidad de duelo o, por lo menos con características particulares. Entre estos factores se encuentra el rechazo social del que es objeto el paciente infectado, la pérdida del trabajo, la pérdida de las amistades, la poca solidaridad recibida, el contenido moral del SIDA, etc. Lo regular es que aquél que hace un duelo reciba el apoyo y la solidaridad de aquellos que lo aprecian, sin embargo el drama del paciente con SIDA es que cuando más necesita de este apoyo más solo se encuentra. Estas razones hacen pensar que no es posible extrapolar modelos de reacción emocional de pacientes con cáncer para entender la condición psicológica de pacientes con SIDA, y se hace necesario poder entender estas particularidades para dirigir la labor terapéutica hacia los puntos de verdadera ayuda.

Partimos en este estudio del modelo de duelo de W. Worden, profesor de psicología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard e Investigador Principal del Boston Child Bereavement Study, con sede en el Massachusetts General Hospital. En este modelo de duelo normal Worden divide las reacciones en cuatro

esferas: sentimientos, físico, cognitivo y conductual. Además plantea que la evolución del duelo es un proceso espiral más que lineal, queriendo dejar dicho que el paciente progresará de manera constante pero en términos psicológicos lo observaremos volver una y otra vez sobre los mismos síntomas y probablemente sobre los mismos temas, pero cada vez que vuelve lo hace desde una posición distinta, es decir, desde una perspectiva distinta. Este movimiento normal de evolución pudiera dar la impresión de un comportamiento pendular sin progreso, de allí se desprende la necesidad de documentar teóricamente las intervenciones clínicas.

A nivel de sentimientos se destacan síntomas tales como:

Tristeza	Rabia	Culpa
Ansiedad	Soledad	Incapacidad
Shock	Lástima	Aturdimiento

A nivel físico se incluyen los siguientes síntomas:

Sensación de vacío en el estómago
Compresión en la garganta
Hipersensibilidad a los ruidos
Debilidad muscular
Compresión en el pecho y la garganta
Dificultad para respirar
Pérdida de energía
Resequedad en la boca

En la esfera cognitiva se destacan:

Incredulidad
Confusión
Alucinaciones(visuales y auditivas)
Despersonalización
Preocupación

A nivel conductual:

Trastorno del sueño

Distraimiento

Sueños y pesadillas

Evitación o provocación de los recuerdos

Suspiros

Llanto

Trastornos del apetito

Aislamiento social

Conducta de búsqueda

Hiperactividad

METODOLOGIA

Doce personas serán seleccionadas del servicio de Psicología de la Unidad de Atención Integral VIH/SIDA del Centro Sanitario de Santo Domingo. La selección se hará por disponibilidad, es decir, serán seleccionados los primeros doce individuos que ingresen al servicio y cumplan con los requisitos de inclusión, luego de iniciado el reclutamiento. Entre los requisitos de inclusión se encuentran:

1. Haber realizado una prueba de detección de anticuerpos para el VIH.
2. Haber resultado positivo en la prueba de detección de anticuerpos para el VIH.
3. Recibir el resultado positivo en el Servicio de Psicología de la Unidad de Atención Integral VIH/SIDA
4. Ser mayor de 25 y menor de 60 años.

Los procedimientos a seguir son los siguientes:

El paciente llega a la Unidad de Atención Integral VIH/SIDA (UAI) para que se le indique la prueba de VIH, en cuyo caso pasa al Departamento de Psicología para recibir la Consejería Pre-prueba correspondiente. En caso de que el paciente venga con los

resultados referido de otro servicio, pasa al mismo departamento para que le sean entregados los resultados. Una vez el paciente recibe el resultado positivo pasa al Departamento de Medicina de la UAI para recibir un reconocimiento médico y establecer una línea base de sus indicadores de salud. En una segunda entrevista en el Departamento de Psicología se le administrará la batería de pruebas diseñada para este estudio. Luego de esta evaluación el paciente asistirá regularmente a sus citas tanto de psicología como de medicina, hasta que en un período comprendido entre los 90 y los 100 días se seleccionen 6 de los 12 pacientes al azar para ser evaluados (Grupo A), el resto de la muestra será evaluada entre los 250 y 300 días siguientes (Grupo B) aplicándose en todos los casos la misma batería que se utilizó para obtener el registro de entrada.

VARIABLES

Nombre de la Variable	Descripción de la Variable	Indicadores de la Variable	Instrumento para Medir la Variable
Depresión	Estado de ánimo depresivo, acompañado de sentimientos de desolación, muerte, perturbaciones del sueño y del apetito, afectación de la actividad psicomotora y sentimientos de culpa e inutilidad. Es un estado que puede deberse a la reacción del sujeto a eventos de su medio ambiente como a condiciones internas de carácter biológico.	Tristeza, desilusión, insatisfacción, culpa, pensamientos de autodestrucción, llanto, irritabilidad, poco interés, dificultad para tomar decisiones, perturbación del sueño, perturbación del apetito, cansancio, preocupación.	Escala de Depresión de Beck
Ansiedad	Estado de hipervigilia, caracterizado por una sobreactivación de las funciones neurovegetativas en su rama simpática y por alteraciones en el ánimo, irritabilidad o ataques de ira, alteraciones cognitivas relacionadas con incapacidad para concentrarse, fallas de memoria y alteraciones conductuales caracterizadas por agitación, impaciencia, etc.	Cefaleas, mareos, omniubilación, ímitus, disnea, resequecedad bucal, dolor en el pecho, gastralgias, sudoración profusa, hipotermia, dificultad para conciliar el sueño, dolores musculares, temblor muscular, irritabilidad, pensamientos catastróficos, insomnio.	Escala de Ansiedad de Hamilton
Síntomas Sentimentales del Duelo	Manifestaciones a nivel de la esfera sentimental que aparecen cuando una persona se encuentra atravesando una pérdida importante a nivel psicológico.	Tristeza, rabia, culpa, ansiedad, soledad, incapacidad, shock, lástima, aturdimiento.	Inventario de Síntomas de Duelo *
Síntomas Somáticos del Duelo	Manifestaciones a nivel de la esfera somática que aparecen cuando una persona se encuentra atravesando una pérdida importante a nivel psicológico.	Sensación de vacío en el estómago, compresión de la garganta, compresión en el pecho, hipersensibilidad a los ruidos, debilidad muscular, dificultad para respirar, poca energía, resequecedad en la boca.	Inventario de Síntomas de Duelo
Síntomas Cognitivos del Duelo	Manifestaciones a nivel de la esfera cognitiva que aparecen cuando una persona se encuentra atravesando una pérdida importante a nivel psicológico.	Incredulidad, despersonalización, confusión mental, alucinaciones visuales y auditivas.	Inventario de Síntomas de Duelo
Síntomas Conductuales del Duelo	Manifestaciones a nivel de la esfera conductual que aparecen cuando una persona se encuentra atravesando una pérdida importante a nivel psicológico.	Trastornos del sueño, trastornos del apetito, distraimiento, aislamiento social, sueños, pesadillas, conducta de búsqueda, evitación/provocación de los recuerdos, suspiros, hiperactividad, llanto.	Inventario de Síntomas de Duelo

* Este inventario fue elaborado por los autores en base a los síntomas de duelo descritos por el Dr. William Worden. El mismo contempla cuatro esferas del ser humano: sentimientos, cognición, conducta y síntomas somáticos.

Tabla No. 1
Valores Promedio en las Mediciones
Grupo A y B

Instrumento de Medida	Registro de Entrada	2do. Registro
Escala de Depresión de Beck	14.25	10.75
Escala de Ansiedad de Hamilton	13.25	5.42
Inventario de Síntomas de Duelo:		
Sentimientos	32.75	18.33
Somáticos	25.33	12
Cognitivos	47.75	22.92
Conductual	27.16	15.83

Gráfico No. 1
Valores Promedio de las Mediciones en la Muestra Total

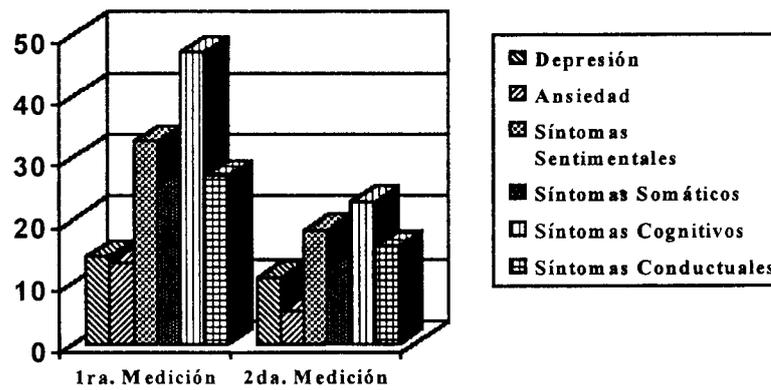


Tabla No. 2
Promedio de Registros
Grupo A

Instrumento de Medida	Registro de Entrada	2do. Registro
Escala de Depresión de Beck	X = 12.17 S = 8.86	X = 7.5 S = 13.67
Escala de Ansiedad de Hamilton	X = 16.17 S = 9.79	X = 5.17 S = 10.27
Inventario de Síntomas de Duelo:		
Sentimientos	X = 38.50 S = 22.31	X = 24.17 S = 18.77
Somáticos	X = 34.17 S = 28.42	X = 18.50 S = 22.87
Cognitivos	X = 45.50 S = 33.56	X = 16.67 S = 23.57
Conductual	X = 28.50 S = 18.87	X = 16.50 S = 16.50

Gráfico No. 2
Valores Promedio de las Mediciones en el Grupo A

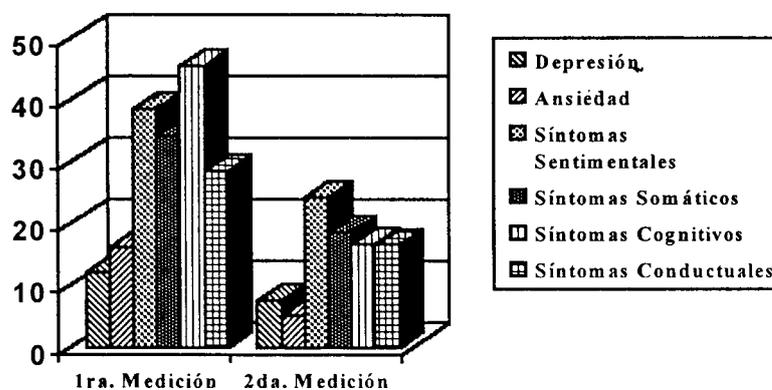


Tabla No. 3
Promedio de Registros
Grupo B

Instrumento de Medida	Registro de Entrada	2do. Registro
Escala de Depresión de Beck	X = 16.33 S = 4.11	X = 14.00 S = 4.65
Escala de Ansiedad de Hamilton	X = 10.33 S = 5.91	X = 5.67 S = 4.68
Inventario de Síntomas de Duelo:		
Sentimientos	X = 27.00 S = 7.35	X = 13.50 S = 10.06
Somáticos	X = 17.00 S = 13.28	X = 4.33 S = 4.92
Cognitivos	X = 50.00 S = 20.41	X = 20.17 S = 9.32
Conductual	X = 25.83 S = 21.07	X = 14.67 S = 5.18

Gráfico #3
Valores Promedio de las Mediciones en el Grupo B

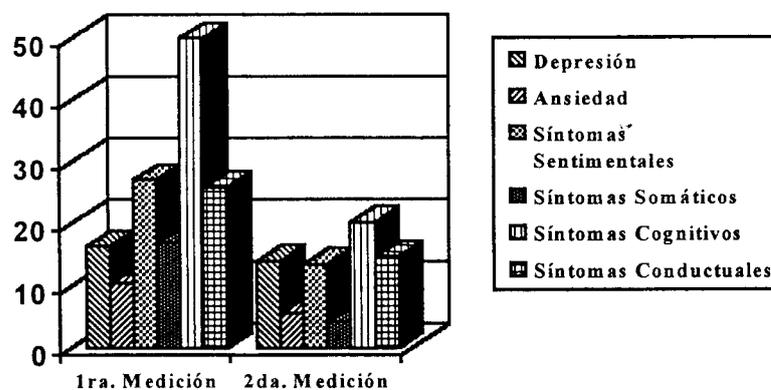


Tabla No. 4
Registro de Entrada
Grupo A.

# Record	Sexo	Edad	Escala de Depresión de Beck	Escala de Ansiedad de Hamilton	Inventario de Síntomas de Duelo			
					Sentimientos	Somáticos	Cognitivos	Conductuales
557	M	29	21	21	45	44	75	44
715	F	42	4	14	9	11	25	11
702	F	23	10	19	32	28	48	27
701	F	27	27	32	82	89	100	56
572	F	36	8	11	27	0	25	0
691	F	26	3	0	36	33	0	33

Tabla No. 5
Registro luego de 90 - 100 días
Grupo A

# Record	Sexo	Edad	Escala de Depresión de Beck	Escala de Ansiedad de Hamilton	Inventario de Síntomas de Duelo			
					Sentimientos	Somáticos	Cognitivos	Conductuales
557	M	29	2	3	9	11	0	11
715	F	42	0	0	9	0	0	0
702	F	23	1	0	9	0	0	0
701	F	27	38	28	45	56	50	44
572	F	36	3	0	55	44	50	11
691	F	26	1	0	18	0	0	33

Tabla No. 6
Registro de Entrada
Grupo B

# Record	Sexo	Edad	Escala de Depresión de Beck	Escala de Ansiedad de Hamilton	Inventario de Síntomas de Duelo			
					Sentimientos	Somáticos	Cognitivos	Conductuales
581	M	26	20	6	27	0	75	11
573	M	35	10	6	27	11	50	22
591	F	39	19	13	36	33	25	33
564	M	34	16	10	18	33	25	22
561	F	60	12	5	18	22	50	0
598	M	25	21	22	36	33	75	67

Tabla No. 7
Registro luego de 250 - 300 días
Grupo B

# Record	Sexo	Edad	Escala de Depresión de Beck	Escala de Ansiedad de Hamilton	Inventario de Síntomas de Duelo			
					Sentimientos	Somáticos	Cognitivos	Conductuales
581	M	26	20	6	27	0	75	11
573	M	35	10	6	27	11	50	22
591	F	39	19	13	36	33	25	33
564	M	34	16	10	18	33	25	22
561	F	60	12	5	18	22	50	0
598	M	25	21	22	36	33	75	67

DESCRIPCION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Es interesante hacer notar que en todas las variables medidas se observa una disminución significativa de la sintomatología inicial (ver Tabla 1). Este comportamiento se evidencia tanto en el grupo cuyo seguimiento se realizó aproximadamente a los tres meses (Grupo A) como en el grupo que fue evaluado en alrededor de los nueve y diez meses (Grupo B). Esto permite validar el impacto del trabajo del Departamento de Psicología de la Unidad de Atención Integral VIH/SIDA sobre los pacientes que allí se atienden.

El cambio positivo más drástico se observa en los síntomas de ansiedad (ver Tabla 1), lo cual es coincidente con la teoría del doctor Worden acerca de que la duración de la etapa aguda del duelo es no mayor de las 12 semanas. Esto es también reforzado con la evidencia de que aun cuando se observa una mejoría importante en los síntomas de duelo en ambos grupos, permanece un remanente de síntomas de menor intensidad pero de presencia indudable luego de los 10 meses y probablemente hasta aproximadamente un año después del evento que desencadenó el duelo.

En el Grupo A se encontró un caso de valores extremos (récord 701), el cual muestra una intensidad de los síntomas muy por encima del promedio, que se mantiene aún al momento de la segunda evaluación a los 3 meses (ver Tablas 4 y 5). Estadísticamente hablando este paciente genera valores extremos que distorsionan los indicadores de tendencia central utilizados: el promedio y la desviación típica, que son estadísticos muy sensibles a los valores extremos. No obstante se decidió dejar este caso como parte de la muestra, en parte por lo pequeña de la misma. En algunos momentos del análisis se hará mención de la distorsión que introduce este dato en el análisis de los valores del grupo como un todo y eventualmente se ofrecerán cifras corregidas con la eliminación de este valor

extremo. Clínicamente estamos en presencia de un duelo complicado o en vías de complicarse, dificultades de personalidad o eventos ambientales muy intensos tales como haber perdido la pareja en el transcurso de esos tres meses, haber perdido el trabajo, muerte del compañero sexual en este período, etc., que pueden explicar esto.

En el Grupo A la variable Depresión mostró un descenso significativo en el índice obtenido una semana después de haber sido entregado el resultado VIH+, con respecto al índice obtenido tres meses después (ver Tabla 2). Sin embargo, es importante resaltar que si eliminamos el caso 701 obtendríamos un descenso del promedio total del grupo hasta 1.4 en el índice de depresión, lo cual cae dentro de valores completamente normales.

El Grupo B muestra un comportamiento distinto, ya que aun cuando hay un descenso en los índices, el mismo es poco significativo (ver Tabla 3). Si tomamos en cuenta que la desviación típica permaneció casi inalterable y tomamos en cuenta el comportamiento de esta variable en el grupo A (ver Tabla 2), podemos suponer que cuando los síntomas de depresión aparecen como producto de la entrega de un resultado VIH+, es de esperar una mejoría importante dentro de los primeros 3 meses y una recaída luego de los 9 meses. Esto es coincidente con los hallazgos del doctor Worden en el orden de que los síntomas del duelo tienen un comportamiento espiral y no lineal en su evolución.

Los síntomas de ansiedad en la muestra exhiben una mejoría de un 60% cuando observamos al grupo completo (ver Tabla 1), lo cual es bastante significativo. Sin embargo cuando miramos a los dos grupos por separado vemos los matices propios del comportamiento de esta variable. En el Grupo A observamos de más del 70% en la sintomatología (ver Tabla 2), pero cuando eliminamos el dato correspondiente al récord 701 obtenemos un promedio 0.6 en el índice de ansiedad, lo cual expresa una mejoría por el orden del 97%. El Grupo B sin embargo muestra un índice promedio similar al Grupo A, lo que permite suponer que la mejoría observada dentro

de los primeros 3 meses se mantiene luego de 9 meses, pero no se observa mejoría adicional (ver Tabla 3). Es posible suponer que resulta menos complicado para los pacientes manejar los síntomas de la ansiedad que los de la depresión. Sin embargo el índice obtenido cae dentro de valores normales-bajos.

Al analizar las mediciones realizadas de las variables relacionadas con el duelo, encontramos patrones más o menos claros de comportamiento de las variables implicadas. Una mejoría global de los síntomas es observada en ambos grupos (ver Tabla 1), al menos un descenso del 45% en los síntomas de la esfera sentimental, del 50% en los síntomas somáticos, alrededor del 52 en los síntomas cognitivos y aproximadamente una mejoría del 42% en los síntomas conductuales.

No obstante lo anterior, cuando analizamos cada variable por separado en función de los grupos, podemos inferir un comportamiento menos homogéneo.

La variable Sentimientos muestra una mejoría de aproximadamente un 40% en el Grupo A (ver Tabla 2), no obstante se observa un descenso importante en el Grupo B de alrededor del 50% (ver Tabla 3). Estos valores nos permiten suponer que la mejoría de los síntomas de la esfera sentimental en pacientes VIH+ es lenta, pero al parecer su evolución es positiva a medida que avanza el tiempo.

La variable Somáticos exhibe una mejoría en el Grupo A de alrededor del 45% (ver Tabla 2), no obstante la mejoría observada en el Grupo B es de aproximadamente el 75% en la presencia de los síntomas (ver Tabla 3). Se infiere que los síntomas somáticos sólo muestran una mejoría importante luego de los 9 primeros meses del conocimiento de la infección. Es importante aclarar, que la condición física (médica) de los pacientes no fue controlada, salvo que no fueran declarados casos SIDA. Tampoco fue controlado el tiempo de infección estimado, por lo cual se supone que en la muestra existen recién infectados e infectados de larga data en ambos grupos. Lo que controlamos como "tiempo" es el momento a partir del cual los pacientes se enteran de que están infectados. Lo interesante, entonces, es que independientemente del tiempo de infectados, el Grupo A muestra una mayor sintomatología somática

que el Grupo B, lo cual nos permite suponer que el proceso de somatización de la depresión es un proceso intenso al inicio de saberse VIH+ y va disminuyendo a medida que avanza el tiempo.

La variable Cognitivos muestra un comportamiento invertido al anterior. Es decir, el Grupo A presenta una mejoría mayor que el Grupo B (ver Tablas 2 y 3). Esto permite pensar que los síntomas cognitivos, tales como preocupación, dificultad de concentración, etc. aparecen con mayor intensidad luego de que la persona ha rebasado la crisis afectiva inicial. No obstante en ambos grupos se observa mejoría de la sintomatología, la velocidad de evolución es menor en el Grupo B y además el promedio obtenido por este grupo es mayor que el obtenido por el grupo completo en la segunda medición al menos en un 20%, lo cual hace pensar en una recaída a nivel cognitivo luego de la mejoría en la ansiedad y en los síntomas de la esfera sentimental y somática, junto a un sostenimiento de los síntomas cognitivos y de la depresión. Podríamos pensar entonces, que este comportamiento de la variable Cognitivo es por la depresión misma.

La variable Conductual, muestra una mejoría sostenida en el tiempo. Cuando observamos ambos grupos juntos vemos un descenso de los síntomas de alrededor del 40% entre la primera medición y la segunda (ver Tabla 1). Al mirar al Grupo A y al Grupo B por separado, sin embargo, no se observa mayor variación. Es decir la mejoría observada en ambos grupos es similar, lo cual permite decir que existe una mejoría inicial a nivel conductual que se sostiene luego de 9 meses iniciales, pero sin observarse mejoría adicional con el paso del tiempo. Hay que recordar que esta variable incluye elementos como los trastornos del sueño, trastornos del apetito, distraimiento, hiperactividad, aislamiento social, etc.

BIBLIOGRAFIA

- SIDA: *Un Desafío al Desarrollo*. USAID/AIDSCAP. Santo Domingo, República Dominicana, Julio 1996.
- AIDSCAP/RD. *VIH/SIDA en la República Dominicana*. Febrero, 1996.
- Bayés, Ramón. *SIDA y Psicología*. Editorial Martínez Roca. Barcelona, 1995.
- Beverley, Raphael. *The anatomy of bereavement*. Jason Aronson Publisher Inc. London, 1994

- Castellanos, César. *El Duelo: implicaciones psicológicas de la atención en VIH/ SIDA*. Revista Dominicana de Psicología. 1995.
- Castellanos, César. *El rol del psicólogo y la psicóloga en el equipo multidisciplinario de atención al VIH/SIDA*. Ponencia presentada en el Congreso de Sexualidad Mujer y SIDA. Santo Domingo, 1995.
- Castellanos, César. *Lactancia Materna y VIH: decidiendo de manera informada*. Traducción y resumen del documento de igual nombre en inglés producido por Wellstart International. Febrero, 1996.
- Castellanos, César. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social/ Programa Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA. PROCETS. *Manual de consejería y apoyo emocional a pacientes VIH/SIDA*. Santo Domingo, 1993.
- Colin, Murray Parkes. *Recovery from bereavement*. Jason Aronson Publisher Inc. London, 1994
- Dietrich, David R. *The problem of loss and mourning*. Psychoanalytic perspectives. 1989.
- Klein, Donald F. *Understanding depression. A complete guide to its diagnosis and treatment*. 1993
- Sprang, Ginny. *The many faces of bereavement. The nature and treatment of natural, traumatic, and stigmatized grief*. 1995
- Gómez, Elizabeth. *Situación actual y proyecciones de la epidemia de la infección VIH en RD. Prioridades en el desarrollo de intervenciones*. Conferencia dictada en el Congreso.
- Ruitenbeek, Hedrick M. *Death and mourning*. Jason Aronson Publisher Inc. London, 1994.
- Kastembaum, Robert. *Entre la vida y la muerte*. Editorial Herder. Barcelona. 1994.
- Kübler-Ross, Elizabeth. *On life after death*. Celestial Arts. California. 1990.
- Bowers, Margaretta K. *Counseling the dying*. Jason Aronson Publisher Inc. London, 1995
- Sperling, Michael B. *Attachment in adults. Clinical and developmental perspectives*. 1994.
- Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). *Declaración de Kingston sobre intervenciones de conducta para la prevención de ETS y VIH/SIDA*. Kingston, 11-14 de diciembre de 1990.
- Kastembaum, Robert. *The psychology of death*. 1992.
- Bertman, Sandra L. *Facing death. Images, insight and interventions*. 1991.
- Kalichman, Seth C. *Understanding AIDS. A guide for mental health professionals*. 1995.
- Piper, William E. *Adaptation to loss through short-term group therapy*. 1992.