

TENGO VIH Y AQUÍ ESTOY

Dra. Esther E. Althaus Roffé

“Morirás, no porque estás enfermo, sino porque estás vivo.”
Cartas morales a Lucilius. Séneca.

Cuando me invitaron a participar en este Congreso en esta mesa, me puse a pensar en las implicaciones que tiene el título de la actividad que hoy nos reúne, y llegué a la conclusión de que decir **“Tengo VIH y aquí estoy”** es una cuestión de actitud.

Actitud que tiene que ver con una posición activa ante la vida, de responsabilidad y cuidado por uno mismo, que redundará en una capacidad para enfrentar la seropositividad con más recursos y de inventar soluciones.

Recordé a las muchas personas que conozco que son portadores desde hace mucho tiempo, algunos llevan más de 20 años con el virus, y que presentan un estado de salud favorable, a pesar de las vicisitudes de un tratamiento difícil, y de haber superado algunas crisis complicadas. Me pregunté, ¿cómo lo han logrado? ¿qué han hecho para que su sistema inmune no se haya deprimido? ¿de dónde proviene la energía con que los veo enfrentar el día a día con tanta fuerza? Llamativamente, todas esas personas comparten un factor común: tienen un proyecto de vida con sentido y no han dejado que la infección por VIH se lo altere. Es más, en muchos casos ha sido precisamente la infección lo que marcó ese sentido. Muchos son activistas en la lucha contra el VIH, o participan de una u otra manera en difundir todo lo que se puede hacer para hacerle frente. No quiero parecer falsamente optimista, y dar la idea de que es un factor afortunado contraer el virus. Sé que es una de las enfermedades más devastadoras de nuestra época, por las complejas situaciones que desencadena, y las repercusiones físicas, emocionales, relacionales y sociales que trae aparejadas. Pero sé que hay que desafiar el prejuicio de que VIH es sinónimo de MUERTE desde el momento en que se diagnostica. Esta pesada asociación puede afectar la calidad de vida desde el principio, haciendo que la persona se deprima emocionalmente al grado de no poder con las complejas medidas de cuidado que se requieren para enfrentar la infección.

Como plantea Carl Simonton, (1, pág. 54) refiriéndose a pacientes con cáncer:

...“La recuperación es más probable cuando movilizamos a la totalidad de la persona en dirección a la salud, creando un protagonismo del paciente en ese proceso. Los límites de la responsabilidad del paciente se extienden mucho más allá del mero hecho de ir al médico a “que lo vea”. Toda persona debe asumir su responsabilidad de examinar, o incluso modificar, sus

creencias y sus sentimientos que no apoyan al tratamiento, que no se mueven en una dirección de afirmación de la vida y la salud”.

Muchos años trabajando en el tema de enfermedad crónica y familia me han hecho consciente del impacto multidimensional que ocurre cuando una persona contrae una enfermedad grave, y cómo este hecho afecta a todo su ámbito de pertenencia.

Esto se debe a que la familia funciona como un sistema interrelacional, y lo que ocurre a uno de sus elementos constitutivos, repercute sobre todos los demás y sobre la estructura total. Por lo tanto tenemos que tener presente que cuando surge un diagnóstico severo, no sólo tenemos que pensar en la atención de la persona afectada, que sin duda constituye la prioridad, sino que también tenemos que ocuparnos de la familia, y comprender las condiciones de su entorno sociocultural.

Esto ocurre con cualquier enfermedad, pero el VIH/SIDA plantea una situación particular, porque las condiciones de contagio caen en un terreno tabú para el que la sociedad aplica una vara distinta a aquella con la que mide la aparición de otras enfermedades.

El que sea una afección de transmisión sexual, o por uso de drogas IV provoca una reacción de condena, que agrega elementos de estigmatización, aislamiento, rechazo, lo que complica la atención de la enfermedad, pero sobre todo las condiciones emocionales y la autoestima de la persona afectada.

El enfoque clínico debe por lo tanto atender a múltiples factores codeterminantes: desarrollo individual, orientación sexual, etnia, género, edad, clase social, situación sociocultural y económica, además de los elementos médicos como cepa del virus, condición del sistema inmune, genética, carga viral y respuesta a los tratamientos, así como la atención de las múltiples complicaciones propias de cuando se desencadena el SIDA.

Uno de los aspectos interesantes de este cuadro es el comportamiento del sistema inmune.

La psico-neuro-inmunología ha comprobado la asociación de la inmunosupresión con estados emocionales negativos como experimentar sentimientos de miedo, vergüenza, aislamiento, rechazo, culpa. El stress agudo y sostenido frente a la inexorabilidad de la evolución anunciada crea la llamada “fisiología de la desesperanza”, que no tarda en convertirse en profecías autocumplidoras. (2. L. Aresti. pág. 33)

¿Qué se puede hacer para contrarrestar estos factores negativos?

En primer lugar, comprender que el ser humano es una **unidad mente-cuerpo-relaciones**. (Estamos tan atravesados por la división dicotómica entre mente y cuerpo, que hasta para refutarla tenemos que recurrir a las palabras por separado, lo que resulta paradójal).

Pero volviendo a este concepto de **unidad**, lo que quiero señalar es que tan importante como la atención de las nuevas necesidades que plantea la aparición de la infección en el cuerpo es la atención de lo que desencadena en la mente y las emociones de la persona afectada y en las de los que la rodean.

Esta visión holística o ecosistémica, plantea que la salud es en realidad un fenómeno multidimensional que abarca una serie de aspectos físicos, psicológicos y sociales, recíprocamente dependientes. Capra, (3, pág.377) señala: *“La salud y la enfermedad se suelen representar como dos extremos opuestos de una continuidad unidimensional, y esta imagen puede dar origen a muchas equivocaciones. La enfermedad física puede equilibrarse por una actitud mental positiva y por el apoyo de la sociedad, de suerte que posibilite un estado general de bienestar. Por otro lado, los problemas emocionales o el aislamiento social pueden provocar una sensación de malestar en una persona en buenas condiciones físicas.”*

Esto abre un complejo campo de intervención, que incluye a la persona afectada y a su familia, y que debe ser considerado muy especialmente por el sector médico, que es sobre el que recae tradicionalmente la atención clínica, para trabajar integradamente con los especialistas en salud mental. (4.) Este aspecto integrativo ha sido considerado especialmente por Cahn, P. y col.(5. pág. 114) quienes expresan: *“Pensamos que una actitud semejante permite diferenciarse de una perspectiva exclusivamente médica, hacia un enfoque comprensivo integral: único acceso a una intervención adecuada para un fenómeno de la complejidad que supone la infección por VIH en cualquier ser humano. Aquí la inclusión del psicólogo es necesaria en tanto nos encontramos frente a una epidemia caracterizada por –utilizando el lenguaje médico- situaciones de vulnerabilidad e inmunodepresión que hacen que una persona, en el entrecruzamiento de diversas variables, baje sus defensas, dando a la enfermedad la oportunidad de invadirla. Entre las diversas variables a las que nos referimos existen algunas que corresponden al orden “psi”. Ya en 1890 Freud sostuvo que “...todos los estados anímicos, aún los que solemos considerar procesos de pensamiento son en cierta medida afectivos y de ninguna manera están ausentes las exteriorizaciones corporales y la capacidad de alterar procesos físicos.”*

En el caso del VIH/SIDA la situación es diversa según cuál haya sido la vía de contagio y la población afectada.

Cuando el contagio se produce entre personas homosexuales, el caso se complica por la existencia, muchas veces, del secreto. Secreto que puede anteceder a la aparición de la infección, cuando se trata de una definición de identidad sexual que permanece “en el clóset”. Lo que no se considera es que el drama se desarrolla a ambos lados de la puerta del “clóset”. Las condiciones de la relación preexistente entre una persona con preferencia homosexual y su familia pueden determinar que no pueda mostrar esta preferencia, que la mantenga oculta, pero este manejo implica una recíproca negación y/o rechazo por parte de los familiares, generándose así un clima de conflicto abierto o latente que pesa sobre todos los integrantes de la familia. Este conflicto a veces acarrea la ruptura de las relaciones y el éxodo de la persona, perdiéndose para todos un vínculo afectivo, con las consiguientes consecuencias de dolor, enojo y soledad.

Otras veces no es la condición de homosexualidad lo que se oculta, sino la infección por VIH, con lo cual se pierde un importante factor de apoyo emocional y práctico.

Eso conduce al aislamiento, a no poder compartir los estados de ánimo con personas cercanas, y las vicisitudes de los difíciles tratamientos y malestares físicos concomitantes.

En parejas homo o heterosexuales con acuerdos monogámicos, cuando el contagio ocurre debido a la infidelidad de alguno de sus miembros, se suma al problema de la aparición de la infección el impacto relacional debido a la infidelidad.

Por cierto, la población afectada con más rápido crecimiento mundialmente está constituida por mujeres, la mayoría de las cuales ha contraído la infección a través de relaciones sexuales con su pareja, quien a su vez se ha infectado por mantener relaciones extramatrimoniales homo o heterosexuales sin protección. El descubrimiento de la infección en la mujer coincide con la constatación del engaño, constituyendo un suceso traumático que genera sentimientos de ira, dolor por la traición, injusticia, por lo que el tratamiento psicológico puede resultar doblemente necesario.

En el caso de contagio por uso de jeringas contaminadas, la drogadicción es el factor agravante.

Y aunque ya menos frecuente, la contaminación por transfusiones en caso de pacientes hemofílicos o cualquier otro caso donde la donación de sangre infectada se haya producido, genera otra problemática capaz de despertar emociones de rabia, de rebelión ante una situación injusta, de ira contra el destino.

En todos los casos, hay un alto porcentaje de personas que enfrentan la abrumadora situación del diagnóstico solas, sin apoyo afectivo, ni económico.

De esto se desprende que toda medida que favorezca la socialización de las personas con VIH será un factor beneficioso para afrontar su condición.

Entiéndase por esto grupos de autoayuda, terapia individual, de pareja o familiar, sin descartar la orientación psiquiátrica y la medicación, (6), y particularmente quiero mencionar la importancia que cobra en este caso, la red de amigos.

Otro tema insoslayable al considerar qué le pasa a una persona a partir del diagnóstico de VIH, es el reconocimiento de que tiene que afrontar un profundo y particular duelo por su nueva condición. Sabemos que el duelo es la reacción normal ante una pérdida significativa. Estamos acostumbrados a ligarlo a la pérdida de un ser querido por fallecimiento, pero la reacción de duelo, (que tiene las mismas raíces etimológicas que “dolor”), se presenta ante todo tipo de pérdida importante para el sujeto: muerte, separaciones, abandono, divorcio, mudanzas, migraciones, pérdida de abstracciones como “ideales”, “patria”, “proyectos de vida”, personas, animales, objetos, partes del cuerpo, del “self”, vínculos, trabajo, etc.

¿Cuál es la pérdida que sufre la persona que contrae VIH? Es una pérdida compleja, que parte del “estado de salud perdida”, pero que se extiende al sentido de identidad, a los proyectos de vida, a las relaciones, al “ideal del Yo”, para emplear un concepto psicoanalítico.

Y como todo duelo, tiene impacto en todas las facetas de la vida: intelectual y espiritual, emocional y psicológica, biológica y física, conductual y social.

Kubler-Ross (7) ha estudiado a profundidad este proceso inevitable en la vida de todas las personas, y ha descrito etapas que ya son clásicas: shock y negación; anhelo y búsqueda; desorganización y desesperanza; reestructuración.

Aquí creo necesario hacer una diferenciación entre la tristeza, emoción normal y propia del proceso de duelo, la depresión reactiva, y la depresión como cuadro patológico.

La tristeza es un estado afectivo de aflicción, pena, dolor psíquico, una de cuyas expresiones visibles es el llanto. Hay toda una organización neurológica, anatómica y neuroquímica, detrás de las experiencias de tristeza. (8. Aponte-Jolly, M.)

La depresión reactiva, como su nombre lo indica, es un estado transitorio, de duración variable, que surge como reacción a una situación de pérdida, y que tiene recuperación más o menos completa; en tanto que la depresión como cuadro patológico es una afección mental severa, multideterminada, con componentes constitucionales, alteraciones bioquímicas del cerebro, sintomatología rebelde a los tratamientos, tanto psicoterapéuticos como farmacológicos, y con tendencia a la cronicidad.

Es importante conocer estas diferencias porque necesitan intervenciones también diferentes.

Las dos primeras manifestaciones requieren aceptación, tolerancia, comprensión de que se trata de reacciones normales, dada la magnitud del estímulo que las provoca, e inclusión del factor temporal al considerar su evolución. Aquí la máxima de que ...”el tiempo cura las heridas del alma”...es una gran verdad. Y esta actitud tolerante ayuda a que la persona que se siente triste o deprimida no le sume culpa o malestar a su ya doloroso estado de ánimo. Hay una fuerte tendencia de nuestra cultura a no tolerar estas manifestaciones, y lo más frecuente es encontrarnos con expresiones como “¡No llores! ¡Qué ganas con eso!” negando el alivio que le produce a la persona que está triste el llorar. Se confunde el estado con su manifestación, creyendo que son las lágrimas lo nocivo. El investigador Hebert Weiner, citado en Aresti, L. (2), encontró una diferencia en la composición química de las lágrimas “emocionales” y las producidas por irritación de los ojos, como cuando se corta cebollas, por ej., llegando a la conclusión de que las primeras funcionan como un mecanismo para eliminar sustancias tóxicas del cuerpo.

Lo mismo vale para con los estados de ira, apatía, aislamiento, encierro en sí mismo, trastornos del sueño y del apetito, desánimo que encontramos en las personas que padecen una depresión reactiva, posterior a recibir el diagnóstico de seropositividad. Aquí también, la respuesta adecuada es acompañar y esperar. No abrumar con consejos (que más son reproches) para que se active y “supere” sus preocupaciones.

Otra actitud es necesaria cuando el cuadro corresponde a una depresión mayor, preexistente pero que se detona con el diagnóstico, o que es efecto secundario de la medicación, o que está asociada a otros trastornos mentales o situaciones contextuales graves. La valoración psiquiátrica es en estos casos de rigor, acompañada de terapia emocional y farmacológica.

Este proceso no es privativo de la persona afectada, sino que golpea también a la familia y/o a sus seres cercanos. Y aparece la tarea fundamental del trabajo de duelo: REAPRENDER EL MUNDO. Hallarle sentido, con la inclusión de un factor, el virus, que a partir del momento del diagnóstico estará presente, pero cuya significación variará según la capacidad de la persona para ubicarlo en su “mapa del mundo”.

Y aquí aparecen las diferencias entre sentirse “una persona con infección por VIH”, o “un omnipotente VIH que reclutó a una persona”. Esta visión la aprendí del papá de una niña con diabetes tipo I que concurrían, hace muchos años, a una experiencia de terapia multifamiliar en el

INP. Al concluir la terapia el Sr. nos dijo: “Al llegar acá, veníamos con una “diabetes con niña”, ahora sabemos que tenemos una “niña con diabetes”. ¡Toda una diferencia! (9)

Y a esa diferencia quiero referirme, porque se vincula con lo que al comienzo de esta charla me refería con lo de la “actitud”.

Y ahora resulta que esa actitud positiva está relacionada con la capacidad de elaboración del duelo, porque es necesario pasar primero por esa cadena de dolores múltiples, de aceptación de una realidad “dura”, de replanteo de los proyectos de vida, de la modalidad de las relaciones, de la nueva relación con el cuerpo y con su cuidado, (que incluye entrar en el mundo de la atención médica y hospitalaria, que para la persona afectada constituye una experiencia abrumadora) para poder tomar **control** sobre la vida de uno.

Esa es la actitud que favorece la activación del sistema inmune, a pesar de la mordida que le hace el virus. Favorece también la respuesta emocional y afectiva para reactivar vínculos, que a su vez influyen en la salud mental y física. En efecto, las **estrategias de preservación o supervivencia** (10. pág. 341) que han demostrado ser más exitosas caben dentro de dos categorías: *“La primera: utilice sus recursos de apoyo. La segunda: en tanto Ud. pueda, asuma el control de su vida”*

Claro que uno puede quedar atrapado en alguna de las etapas del duelo, por ej. la negación, que no permite cuidarse, o la desesperanza, que no deja salir del hoyo de la melancolía, y no permite asumir el control vital.

Esos son momentos clave para implementar algún tipo de ayuda psicológica, que favorezca el pasaje de círculos viciosos a círculos virtuosos.

Del lado de la familia también hay un trabajo de duelo por cumplir, que incluye la aceptación de la realidad de que uno de sus miembros tiene una afección de pronóstico incierto. Aquí es fundamental la consideración del lugar que ocupa esa persona en la familia, y de la etapa del ciclo vital por la que está atravesando. Es diferente si se trata del padre o madre, y si hay hijos chicos o ya adolescentes o adultos, o si el afectado es un hijo, o la pareja. Es diferente si hay una relación de apoyo y buena comunicación, o si la familia está desgarrada por conflictos no resueltos. Es distinto tener un lugar aceptado socialmente, que lidiar con prejuicios y discriminación, rechazo, aislamiento y vergüenza.

Lo cierto es que, y esto es fundamental para tener en cuenta, la familia también necesita apoyo para resolver sus dolores, y convertirse en un elemento eficaz en la lucha contra el VIH.

Cito a continuación algunas de las actitudes favorables con las que la familia puede ayudar:

- Respetar el estilo personal, sistema de creencias. No imponer la visión propia.
- Estar cercanos sin agobiar.
- Saber escuchar, acompañar, ayudar, consolar.
- Ser paciente y no dar consejos inútiles.
- Favorecer la expresión de emociones.
- Hablar sobre la muerte y sus circunstancias.
- Ayudar con información pertinente.
- Estimular la posición activa de la persona afectada.
- Participar en la reconstrucción de la vida cotidiana.
- Sugerir las tareas esperables s/etapa.
- Compartir experiencias.
- Acompañar en el “reaprendizaje del mundo”, emocional, conductual, físico y biológico, social, intelectual y espiritual.

Tomando en cuenta este complejo panorama, y queriendo ofrecer alternativas para enfrentarlo, en el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia, ILEF, que opera en el DF, hemos constituido la Clínica de Enfermedad Crónica y Familia, CECFAM, que brinda atención gratuita a personas seropositivas y a sus familiares, en la modalidad individual, de pareja, y/o familiar, con la implementación además de grupos multifamiliares, donde cuatro a seis familias pueden reunirse juntas a discutir distintos aspectos de la afección, su evolución y tratamiento, a compartir experiencias y problemas, y encontrar soluciones más flexibles. (6) (9).

Es importante aclarar que nos manejamos con un concepto amplio de familia, no circunscripto a la familia biológica. Respetamos el criterio que nos plantee el paciente, referido a cualquier persona allegada y significativa.

Esta modalidad terapéutica ofrece ventajas en cuanto a propiciar

- Función de contención.
- Favorece la expresión emocional y el apoyo mutuo, lo que a su vez estimula el compartir el dolor y la pérdida (trabajo de duelo) que ocasiona la aparición de una enfermedad crónica. Al estar en un ambiente donde “se habla el mismo lenguaje”, no hay que esconder sentimientos de minusvalía, culpa, vergüenza, ya que lo que no dice uno, lo dice el otro. El “espejo” ayuda a tener una más clara visión de uno mismo y de los demás.

- Al compartir y socializar la información referente a la enfermedad, y al exponer distintas maneras de enfrentarla se crea un clima de apoyo y contención para las ansiedades, siempre abrumadoras que enfrenta la familia. El no sentirse “únicos” y “diferentes” disminuye el sentimiento de estigmatización que reciben por parte de otros sectores de la sociedad.
- Ayuda a instaurar cambios en el estilo de vida y hábitos, y lo que es muy importante con esta población, favorece la adherencia al tratamiento medicamentoso.
- Se genera una visión más optimista de la evolución de la enfermedad y del futuro. Se promueven respuestas vitales positivas a través del espejeo de la capacidad para superar obstáculos en el proceso de tratamiento, y aparición de actitudes reparatorias.
- Hay una consolidación del “efecto de red”: la solidaridad y el apoyo de semejantes que pasan o han pasado por experiencias similares favorece la utilización de los propios recursos con más efectividad que la estimulada por otras vías. Muchos de estos pacientes carecen de redes de apoyo, enfrentan exclusión social y discriminación, lo que aumenta su aislamiento, por lo que la pertenencia y participación en el grupo, configura ya una red social.
- Es notable también el efecto positivo sobre la autoestima.
- La presencia de pacientes con distinto tiempo de evolución es importante para tratar las ansiedades con respecto al futuro de un padecimiento incurable, pero que puede transcurrir con buena calidad de vida.
- Se estimula la posibilidad de que los mismos pacientes y sus familiares se conviertan en agentes de cambio, como transmisores de una nueva manera de hacer frente a los problemas inherentes a la enfermedad.

Durante el transcurso de esta exposición he insistido en presentar que lo que acontece cuando una persona contrae el VIH no es un fenómeno aislado, sino que tiene repercusiones sobre otros niveles: la familia, sus redes sociales (o la falta de ellas), los sistemas de salud, la sociedad como un todo.

Esta visión holística constituye un marco de referencia que, a manera de red estereoscópica, nos permite captar la situación de la enfermedad como un suceso multicausal y a la vez multideterminante. Todos los factores en juego se influyen y retroalimentan permanentemente: **individuo-familia-sistema sanitario-sociedad.**

Aguzar la mirada y el entendimiento para abarcarlos como totalidad es un desafío inescapable si

queremos ser eficaces en nuestra intervención, y éticos en nuestra posición de agentes de salud comprometidos con nuestro tiempo y nuestro quehacer. Obviamente, esta mirada totalizadora incluye el reconocimiento de que el mantenimiento de la salud es tanto un problema individual, como un problema colectivo; y que por tanto la responsabilidad individual tiene que ir acompañada por la responsabilidad social, y la asistencia sanitaria individual, por medidas políticas y acciones sociales, que incluyan campañas de prevención realmente eficaces, de las que no tiene que estar ausente un conocimiento sin tapujos y sin deformaciones moralistas de la conducta sexual humana. Dice Xabier Lizarraga (11): *“El vínculo sexualidad-SIDA no lo pueden negar ni los de derecha ni los de izquierda, ni los ateos ni los religiosos, ni ricos ni pobres; es una realidad que exige su análisis formal y profundo. Es ya un imperativo urgente que se reconozca públicamente que no es posible elaborar ninguna estrategia profiláctica ni campañas preventivas realmente eficaces, si se desconoce la realidad sexo-comportamental de los individuos y las poblaciones a que van dirigidas.”*

Voy a terminar refiriéndome nuevamente a Elisabeth Kubler-Ross, autora del ya clásico libro “On death and dying” (Sobre la muerte y el morir). Tiene otro, su último libro, que se llama “Life lessons: About life and living”. (Lecciones de vida: sobre la vida y el vivir). Me pareció sumamente significativo que, estando ella postrada por un accidente vascular cerebral, y cercana a la muerte, reflexionara no sobre la muerte y cómo encararla, sino sobre el arduo, a veces difícil y otras veces gratificante, proceso de vivir.

Vivir y morir son dos caras de la misma moneda, pero no para jugarlas al azar, en un “águila o sol” , “cara o seca” decimos en mi tierra, sino para hacer una elección activa de cómo transitar por el camino que las separa.

Concluyo citando un fragmento del libro mencionado (7, pág .223):

“Una de las lecciones más sorprendentes que nuestros maestros nos ofrecen (se refiere a las personas en trance de morir) es que la vida no se termina con el diagnóstico de una enfermedad desafiante, ahí es cuando verdaderamente comienza. Comienza en este punto porque cuando uno se da cuenta de la realidad de su muerte, también tiene que darse cuenta de la realidad de su vida. Uno se da cuenta de que todavía está vivo, de que tiene que vivir su vida ahora, y que uno sólo tiene esta vida ahora. La lección fundamental que las personas que van a morir nos enseñan es a vivir cada día a plenitud”.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Simonton, O.C. y col.: “Recuperar la Salud. (Una apuesta por la vida)”.
Ed. Los libros del comienzo. Madrid. 2002.
- 2.- Aresti, L.: “¿VIH = SIDA = MUERTE? o La construcción social de una condena.”
Fondo Cultural Albergues de México. México. 2001.
- 3.- Capra, F.: “El Punto Crucial” Integral. Barcelona. 1985.
- 4.- Navarro Góngora, J.: “Enfermedad y Familia. Manual de intervención psicosocial.”
Paidós. Barcelona. 2004.
- 5.- Cahn, P. y col.: “PSIDA. Un enfoque integral”. Paidós. Argentina. 1992.
- 6.- O’Connor, M.: “Treating the Psychological Consequences of HIV.”
Jossey-Bass Ed. San Francisco, California. 1997.
- 7.- Kubler-Ross, E y Kessler, D.: “Life lessons” Scribner. N.Y. 2000.
- 8.- Aponte-Jolly, M.: “Tócame sin guantes. Consejos para convivir con enfermos de SIDA y otras enfermedades incurables.” Ed. Pax. México. 2005.
- 9.- Maldonado, I y Althaus, E.: “Grupo Multifamiliar: Una alternativa en el tratamiento de pacientes con diabetes infanto-juvenil”.
Rev. Psicoterapia y Familia. Vol. 18 N°1 2005. México.
- 10.- Bartlett, J y Finkbeiner, A.: “Guía para vivir con la infección VIH : Desarrollada por la Clínica de SIDA del Hospital Johns Hopkins”.
Versión en español: Editorial Diana. México. 1996.
- 11.- Lizarraga, X.: “Investigación en torno a sexualidad y SIDA”.
En: “SIDA, sexualidad y sociedad: Algunos pre-textos, textos y sub-textos ante el SIDA”
Colección Cuicuilco. ENAH. México. 1990.