

Y Monográfico, VIH/SIDA

Tras la 14ª Conferencia Internacional sobre el SIDA, ¿Cuánto sufrimiento nos espera todavía?

Ramón Bayés

Catedrático de Psicología Básica y Profesor Emérito de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Resumen

Se tratan de analizar los factores que pueden incrementar o disminuir el sufrimiento de las personas que, soportan o van a soportar las consecuencias emocionales de la infección por VIH y/o de la aplicación o carencia de los tratamientos antirretrovirales disponibles. Su objetivo es conseguir que todos aquellos que practican comportamientos de riesgo, que se infectan con el VIH, que se someten a un tratamiento o no tienen acceso al mismo, así como también sus familiares y los agentes de salud que los atienden, puedan hacer frente a estas realidades al menor coste emocional posible. El mejor camino que nos conduce hacia este objetivo es el *counselling*.

Palabras Clave

Sufrimiento, *counselling*, prevención, adhesión, VIH, SIDA

Summary

HIV/AIDS has reached pandemic proportions. Here we examine the potential effect of it on suffering in different parts of the world. The last objective is that all the people involved succeed in coping with HIV, HAAD treatment or lack of effective treatment, at less emotional cost possible. The evidences suggest that counselling is the best way to get it.

Key Words

Suffering, counselling, prevention, adherence, HIV, AIDS

Correspondencia a:

Ramon Bayés, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Barcelona, 08193 Bellaterra (Barcelona), Tf. 93 581 1584, Fax 93 581 3329, e-mail ramon.bayes@uab.es

En la 14ª Conferencia Internacional sobre el SIDA, celebrada en Barcelona del 7 al 12 de Julio de 2002, se ha informado y debatido mucho de epidemiología, resistencias y medicamentos antirretrovirales, bastante de necesidades económicas, algo de vacunas, y probablemente poco – al menos de una forma explícita - de sufrimiento, aun cuando un gran número de participantes en la Conferencia padecía en su propia carne el azote del VIH o atendía diariamente a los padecimientos de personas infectadas.

Mi intención en el presente trabajo es, precisamente, tratar de analizar los factores que, en la actualidad y en un futuro inmediato, pueden incrementar o disminuir el sufrimiento de las personas que, directamente o en sus allegados, soportan o van a soportar las consecuencias emocionales de la infección por VIH y/o de la aplicación o carencia de los tratamientos disponibles. Su objetivo último se encuentra también definido aun cuando, aparentemente, sea complejo y difícil: conseguir que todos aquellos que practican comportamientos de riesgo, que se infectan con el VIH, que se someten a un tratamiento con antirretrovirales o no tienen acceso a dicho tratamiento, así como también sus parejas, padres, hijos y personas queridas, sin olvidar en ningún momento a los profesionales sanitarios y agentes de salud que los atienden, puedan hacer frente, con el menor sufrimiento posible, a las realidades insoslayables a las que tienen que enfrentarse

El SIDA constituye, sin duda, una de las mayores fuentes de sufrimiento a las que ha tenido que hacer frente hasta el momento la comunidad humana. En mi opinión, eliminar, evitar, o paliar al menos parte de este sufrimiento no depende de grandes inversiones económicas sino de sensibilidad humana y

de unas habilidades de comunicación, susceptibles de ser aprendidas.

I. ¿QUÉ ES EL SUFRIMIENTO?

A pesar de que en las sociedades occidentales medicalizadas solemos utilizarlos indistintamente, los términos dolor y sufrimiento no son sinónimos. El hombre y la mujer adultos, los niños, los adolescentes y los ancianos, pueden sufrir debido a múltiples factores, entre los cuales, pero no únicamente, se encuentran el dolor tisular y otros síntomas somáticos.

El sufrimiento constituye un fenómeno más amplio que el dolor; abarca más dimensiones que este último y tiene su origen en muchas causas potenciales, de las cuales el dolor es sólo una de ellas. No todas las personas que padecen dolor sufren, ni todas las que sufren padecen dolor (Bayés, 2001; Bayes et al., 1996; Cassell, 1982, 1991; Chapman y Gravin, 1993; Laín, 1983; Loeser y Melzack, 1999)

Diremos que *una persona sufre cuando: a) experimenta o teme que le acontezca un daño físico o psicosocial que valora como una amenaza importante para su integridad psicológica u orgánica; y b) al mismo tiempo, cree que carece de recursos para hacer frente con éxito a esta amenaza.*

Tanto la sensación de amenaza como el sentimiento de impotencia son subjetivos (Lazarus y Folkman, 1984); el sufrimiento, por tanto, también lo será. Se trata de la percepción de un daño, o expectativa de daño, a la integridad del «yo», concebido éste como el constructo psicológico que configura la propia identidad (Chapman y Gravin, 1999) El sufrimiento será tanto mayor cuanto más importante sea la amenaza – el SIDA lo es - y cuantos menos recursos, menos control,



crea poseer el individuo para afrontarla.

El mismo acontecimiento - un diagnóstico de VIH, la sospecha o certidumbre de la proximidad de la muerte, parecida intensidad de dolor; o similar pérdida de una función corporal o de un ser querido - no produce la misma valoración de amenaza en todas las personas ni todas ellas poseen los mismos recursos para hacerle frente. Por tanto, lo relevante desde un punto de vista terapéutico global no serán sólo los síntomas que tiene o percibe una persona infectada por el VIH ni la similitud de la situación en que se encuentra - la misma carga viral o idéntica enfermedad oportunista - en relación con otras personas de su edad, características y marco cultural al que pertenece, sino también la percepción de **amenaza** que alguno de estos síntomas, la constelación de varios de ellos o la situación en su conjunto, le producen a él personalmente en este momento concreto de su vida.

El análisis y valoración de los potenciales factores de amenaza sólo adquieren plena relevancia para la terapéutica de ayuda que se puede proporcionar desde la óptica de la paliación del sufrimiento, en la medida en que, al mismo tiempo que su detección, también se determine el grado de percepción de amenaza que cada uno de ellos, o su conjunto, generan en el enfermo, ya que es esta vivencia la que, en gran medida, suscita o modula su sufrimiento. **Lo que origina el sufrimiento no son los hechos sino el significado que les atribuyen los afectados y/o sus personas queridas. El grado de aversividad que la vivencia de un síntoma o situación presente o esperado suscitan en una persona y no su mera aparición, debería ser, en gran medida, lo que debería guiar, en cada momento, las intervenciones terapéuticas**

psicológicas destinadas a aliviar el malestar o el sufrimiento.

Partiendo de este modelo de sufrimiento "amenazas-recursos", si se pretende eliminar o disminuir el sufrimiento de una persona con VIH, será preciso: (Bayés, 2001; Bayés et al., 1996):

a) Identificar, en cada momento, aquellos síntomas, estados o situaciones - biológicos, cognitivos, ambientales, culturales o económicos - que son valorados como una amenaza importante, estableciendo, en cada momento, su grado de priorización amenazadora **desde el punto de vista de la persona afectada**. Habrá que tener presente que, en algunas de ellas, de la misma manera que sus síntomas somáticos pueden variar con rapidez, con igual rapidez pueden cambiar sus pensamientos. El deseo de "tirar la toalla" que experimenta un enfermo de SIDA concreto al final de su vida, por ejemplo, puede convertirse, pocas horas más tarde, en un "deseo de vivir" a toda costa (Chochinov et al., 1999).

b) Tratar de eliminar, compensar o atenuar dichos síntomas o situaciones, o sus efectos, tanto si tienen su origen en sintomatología somática como en estímulos o situaciones psicosociales.

c) Identificar y potenciar los propios recursos del enfermo con el fin de que pueda afrontar las amenazas que se le presenten y proporcionarle, si es necesario, nuevos recursos y apoyo emocional, con el fin de disminuir, eliminar o prevenir su sensación de indefensión e incrementar su **percepción de control** sobre la situación.

d) En el caso de que el **estado de ánimo** de la persona con VIH presente tendencias ansiosas o depresivas, será preciso,

complementariamente, utilizar las técnicas específicas adecuadas de que se disponga - farmacológicas y/o psicológicas - para modificarlo o compensarlo.

2. ALGUNOS ASPECTOS RELEVANTES DE LA PANDEMIA VIH/SIDA EN LA ACTUALIDAD

En primer lugar, debemos aceptar que:

a) El VIH se encuentra extendido por todos los países de la Tierra y que, por tanto, todos los seres humanos que son sexualmente activos (y su descendencia), o que son usuarios de drogas por vía endovenosa, se encuentran expuestos a infectarse con el VIH a no ser que practiquen, de forma estricta y continuada, comportamientos de prevención adecuados.

b) Los tratamientos antirretrovirales existentes - si se administran, asimismo, de forma estricta y continuada - son capaces de frenar y demorar eficazmente el avance de la infección por VIH pero los mismos sólo son asequibles al sector minoritario de la población mundial que vive en los países ricos o al sector minoritario de individuos ricos que viven en los países pobres. La diferencia existente es brutal: en 2001, en los países occidentales 500.000 personas infectadas usaron fármacos antirretrovirales y el número de muertes por SIDA fue de 25.000; en el África subsahariana sólo 25.000 personas recibieron tratamiento antirretroviral y murieron de SIDA 2.200.000 (Steinbrook, 2002).

c) De acuerdo con las proyecciones actuales, el número de nuevas infecciones en adultos se espera que se incremente desde 4 millones en 2002 hasta 5 millones en 2005, con un número total acumulativo de nuevas

infecciones que alcance los 45 millones entre 2002 y 2010. De estos 45 millones, se calcula que 29 millones podrían prevenirse si se pusiera en marcha un programa multidisciplinar de intervención que incluyera desde educación en las escuelas hasta campañas en los medios de comunicación, acción de los "iguales" y medicación antirretroviral (Stover et al., 2002). El *counselling*, del que hablaremos más adelante, debería ser parte fundamental del mismo.

d) En el mundo aumenta cada día el número de virus circulante con mutaciones lo cual incrementa la probabilidad de que los medicamentos antirretrovirales disponibles vayan perdiendo su eficacia (Hirsch, 2002; Little et al., 2002). Por otra parte, la toxicidad y la tolerancia constituyen factores que adquieren cada vez mayor importancia a la hora de prescribir uno de los actuales 3000 regimenes potenciales distintos. Los efectos secundarios son frecuentes y algunos de ellos están poco estudiados. El 82 % de ensayos clínicos revisados hasta 1997 informan de casos en los que ha sido necesario interrumpir el tratamiento (Carr, 2002). En la 8ª Conferencia Anual sobre Retrovirus, celebrada en Chicago en Febrero de 2001, debido a los crecientes efectos secundarios de los tratamientos antirretrovirales (Mocroft et al., 2001), se ha cambiado el énfasis de la recomendación de atacar con estos fármacos lo más precozmente posible por un regimen más conservador. Según las informaciones publicadas en los periódicos (De Rituerto, 2001), David Ho - descubridor del cóctel antirretroviral - ha llegado a decir que los afectados por el VIH "deben elegir entre las consecuencias del VIH o las consecuencias del tratamiento",



e) La perspectiva de una vacuna eficaz se encuentra todavía lejos (Esparza y Bhamarapravati, 2000; Sepkowitz, 2001)

3. FACTORES Y SITUACIONES QUE SUSCITAN SUFRIMIENTO EN LA INFECCIÓN POR VIH

Teniendo en cuenta los aspectos a los que se ha hecho referencia en el apartado anterior, hemos tratado de identificar, de forma secuenciada, algunas de las situaciones más corrientes generadoras de sufrimiento en el dominio de la infección por VIH, en función del modelo "amenaza-recursos" mencionado anteriormente (Bayés et al., 1996).

Ante todo, quizás valga la pena mencionar que, en lo que a la importancia de la amenaza se refiere, la misma permanece en todos los casos como afectando a la vida de las personas con VIH o a las de sus allegados. Incluso en los casos en los que el tratamiento antirretroviral funciona eficazmente y el virus se muestra indetectable a la prueba de la carga viral, persiste la duda – la falta de control – sobre la continuidad de estos efectos positivos a largo plazo y de si aparecerán en algún momento del tratamiento efectos secundarios indeseables, tales como la lipodistrofia o las afecciones cardíacas. Por tanto, a lo largo de todo el proceso de interacción entre el hombre y el VIH, uno de los componentes del sufrimiento – constituir una **amenaza** para la vida o las condiciones que otorgan calidad a la misma – permanece siempre presente. Lo que varía será, por tanto, la percepción del grado de control – de **recursos** – que tienen las personas para hacer frente a esta amenaza y su estado de ánimo. Y esta variación dependerá, en gran

medida, de factores biográficos, culturales y económicos.

En cuanto a las prácticas sexuales, la percepción de control sobre la situación que creen tener muchos jóvenes es ilusoria y caso de infectarse – o de creer que han podido infectarse – pueden caer fácilmente en un infierno. Una vez infectados, la incertidumbre – la falta de control – cambia radicalmente sus perspectivas de futuro. Los datos que muestran esta realidad no son optimistas. Incluso en los países occidentales. En Gran Bretaña, por ejemplo (Dhar, 2002), las tendencias actuales son las siguientes: a) disminuye la edad de la primera relación sexual (el 60 % antes de los 16 años); y b) las tasas de embarazos en adolescentes son el doble de la media nacional. Por otra parte, mientras que la mayoría de programas de educación sexual de Estados Unidos promueven de forma exclusiva la abstinencia sexual – la cual es una opción legítima mientras no sea la única que se presenta como posible – los resultados que se obtienen muestran su ineficacia ya que la mitad de los adolescentes norteamericanos de 15 a 19 años ya han tenido relaciones sexuales (The Lancet, 2002a). ¿Qué ocurre cuando uno de estos jóvenes descubre que se ha infectado con el VIH? ¿Cuánto sufrimiento le espera a lo largo de su vida? Y, desde otra área geográfica, ¿qué podemos decir de las 800.000 mujeres africanas que, únicamente en 2001, quedaron embarazadas y dieron a luz en la ignorancia, la mayor parte de ellas, de que estaban infectadas con el VIH? (The Lancet, 2002b).

En el caso de los millones de personas infectadas que viven en países pobres que no pueden beneficiarse de las terapias antirretrovirales combinadas y que saben que en los países ricos existe un tratamiento que

podría ser eficaz para su dolencia, el sentimiento de impotencia ante esta situación suele producir en los afectados y sus familias una frustración, hostilidad y sufrimiento que se suman a los propios de la enfermedad.

Tampoco debemos olvidar que incluso aquellas personas para los que el tratamiento es asequible tendrán que superar muchos momentos de incertidumbre. Como señala Blower (Cfr: Susman, 2002), "la más probable predicción es que la administración de los medicamentos no sea adecuada... debido a que los pacientes no mantengan su adhesión a unas terapéuticas complejas; sus organismos sean biológicamente incompatibles con las terapéuticas prescritas; los médicos prescriban terapéuticas inapropiadas o dosis equivocadas; y/o tengan lugar interrupciones en el tratamiento producidas por dificultades de comunicación entre los distintos segmentos del sistema de salud". Desde el punto de vista de adhesión al tratamiento, mientras que, en el momento actual, se considera que el nivel de cumplimiento óptimo debería ser igual o superior al 95 % durante toda la vida, una revisión sistemática de los mejores estudios clínicos realizados entre 1990 y 2001, muestra que sólo entre el 28 y el 82 % de los pacientes, según los casos, poseían un cumplimiento por encima del 90 % (Puigventós et al., 2002). ¿Qué pasa con las personas sometidas a tratamiento que, aun siendo conscientes de la trascendencia del cumplimiento terapéutico, lo abandonan u olvidan alguna dosis? ¿En qué medida su falta de percepción de control les suscita sufrimiento? ¿Hasta que punto muchos de ellos experimentan posteriormente sentimientos de culpabilidad o, tras un análisis desfavorable o una interrupción prescrita por el médico debi-

do a efectos secundarios importantes, ven renacer su miedo?

El hecho de haber cambiado últimamente las recomendaciones para el inicio del tratamiento constituye un nuevo factor de incertidumbre. Así, las nuevas guías terapéuticas dadas a conocer en Julio de 2002 por el grupo de expertos de la Sociedad Internacional del Sida señalan: "Debido a la creciente toxicidad de los fármacos actuales, el umbral para iniciar la terapia ha cambiado hacia un momento más tardío en el curso de la enfermedad por VIH... Sin embargo, el momento óptimo para iniciar la terapia permanece impreciso" (Cfr: Casino, 2002). ¿Cuál será, sino sufrimiento, la consecuencia emocional de esta imprecisión?

Finalmente, no podemos, no debemos, olvidar a todas las personas que, en el primer o en el tercer o cuarto mundo, se cuentan por miles o por millones, mueren de SIDA. El sufrimiento de todas y cada una de ellas, debe ser aliviado (Callahan, 2000).

Uno de los trabajos que, en nuestra opinión ha profundizado más en el tipo de amenaza, generadora de sufrimiento, que experimentan muchos enfermos de SIDA en la proximidad de la muerte, es el de Lavery et al. (2001), el cual tenía como objetivo tratar de contestar a la pregunta de hasta que punto y, en caso afirmativo por qué, las personas afectadas por el VIH les gustaría que les aplicaran el suicidio asistido o la eutanasia.

Tras llevar a cabo una investigación mediante entrevistas individualizadas con personas afectadas, estos autores canadienses han llegado a la conclusión de que el deseo de eutanasia o suicidio asistido procede de la percepción de la progresiva influencia en la vida de las personas afectadas de dos principales factores: a) el deterioro; y b) la disminución del



deseo y oportunidades para establecer o mantener relaciones personales debido a dificultades de movilidad, sentimiento de sentirse marginados y autoaislamiento, todo lo cual, combinado, cristaliza en una percepción de pérdida de identidad. En esta situación, los afectados por VIH contemplaban la eutanasia y el suicidio asistido como un medio para controlar esta situación. Al margen de esta percepción de pérdida de identidad, ninguna de las personas con VIH que participaron en la investigación deseaba adelantar su muerte.

En función de los resultados obtenidos, los autores de esta investigación sugieren que, con independencia del progreso de la enfermedad, *el deseo de eutanasia o suicidio asistido, manifestado por un 63 % de afectados por el VIH, podría cambiar si tuvieran lugar cambios significativos en las características psicosociales de su entorno, lo cual parece indicar que, con buenos cuidados paliativos universales y una sociedad más solidaria, es probable que la eutanasia y el suicidio asistido no quedarán eliminados pero sí reducidos a una problemática cuantitativamente escasa.*

En conjunto podríamos resumir señalando que al margen de la complejidad de los aspectos biológicos, económicos, sociológicos y políticos que presenta, la pandemia VIH/SIDA – junto a la violencia, la destrucción del ecosistema, el cáncer, el Alzheimer y otras enfermedades – es, en el momento presente, uno de los principales factores de sufrimiento para los miembros de la comunidad humana. Responder eficazmente a los problemas psicológicos y emocionales que genera el VIH debería ser una de nuestras prioridades. Aún si mañana mismo se descubriera una vacuna fácil de administrar, eficaz y

barata, durante los años próximos, millones de personas seguirían sufriendo a causa del VIH. ¿Qué podemos hacer?

4. EL LEGADO DE JONATHAN MANN

De hecho, nuestra propuesta tiene poco de nueva u original. No se trata de crear algo, no se trata de inventar nada, sino de dar un nuevo impulso, de poner un énfasis renovado, a un instrumento para combatir el sufrimiento cuya difusión y aplicación desde la O.M.S. fue promovido en los años ochenta por aquel hombre extraordinario que fue Jonathan Mann: el *counselling*.

Jonathan Mann, muerto prematuramente en accidente de aviación el 2 de Septiembre de 1998 a los 51 años de edad, fue el primer director del Programa Global de la O.M.S. para el SIDA, tratando de establecer sólidamente sus fundamentos dentro del marco de la declaración de derechos del hombre y de focalizar sus prioridades en los aspectos sociales de la pandemia, en especial en la prevención de los comportamientos de riesgo.

Un documento de la OMS de esta época (WHO, 1988) comienza denunciando la realidad del momento con las siguientes palabras: "El mundo se enfrenta a una epidemia producida por una enfermedad para la que, en el momento presente, no existe cura ni perspectivas de vacuna. Se expande gracias a la ignorancia humana, el miedo y la resistencia al cambio. La enfermedad es el síndrome de deficiencia adquirida (SIDA). Sin embargo, el SIDA puede ser prevenido". A continuación, se señala que el instrumento de elección para llevar a cabo esta tarea es el *counselling*:

1. El *counselling* constituye un ingrediente vital en todas las estrategias para prevenir y

controlar el SIDA. No sólo ayuda a aquellos que ya están infectados a adaptarse a su situación sino que también sirve de ayuda para prevenir la futura expansión de la infección porVIH.

2. Es necesario integrar el counselling en todos los programas de detección, cribaje y atención médica. Es preciso reconocer el *counselling* como parte esencial de todos los programas de atención sanitaria y actividades para el control y la prevención del VIH.
3. Es necesario adiestrar en las habilidades del *counselling* a un gran número de personas. Las instituciones deben establecer nuevos programas de formación. Los programas de counselling que ya existen en algunos países deben incluir entrenamiento para tratar con el VIH y el SIDA.
4. Los servicios de counselling deberían ser fácilmente disponibles y asequibles.

Los programas de *counselling* para profesionales sanitarios que trabajaban en el campo de la infección porVIH fueron introducidos en España por Manuel Carballo – un colaborador de Jonathan Mann – en 1989, y entre 1992 y 1996, gracias a la iniciativa privada, se formaron en toda España varios centenares de profesionales sanitarios (Cfr: Bayés, 1995).

En la 14ª Conferencia Internacional sobre el SIDA de 2002, se ha llegado a un consenso sobre el hecho de que tanto la prevención primaria como la aplicación de los tratamientos existentes eran igualmente importantes. Sin embargo, a mi juicio, no debería olvidarse que:

- a) En un ámbito de recursos limitados – por la cicatería de algunos países ricos - cuan-

do se compara la relación coste/eficacia de las estrategias de prevención en relación con las de tratamiento, las de prevención resultan 28 veces menos costosas que las de tratamiento antirretroviral y, por tanto, caso de que tuvieran que promocionarse las terapéuticas antirretrovirales en los países pobres **a expensas de la prevención**, esta política conllevaría una pérdida de vidas humanas (Marseille et al., 2002).

- b) El *counselling* ha demostrado también su eficacia en el mantenimiento de una elevada adhesión terapéutica (Tuldrà et al. 2000), precisamente el telón de Aquiles de la terapia combinada.
- c) Si se dispone de monitores experimentados, el *counselling* – al menos en sus principios fundamentales - es fácil, rápido y barato de enseñar y de aprender; y constituye, de acuerdo con el modelo "amenaza-recursos" antes mencionado (Bayés et al., 1996), la estrategia de elección para combatir el sufrimiento a través del control o atenuación de las amenazas, la potenciación de los recursos, la introducción de cambios en el estado de ánimo y el soporte emocional, tanto a los afectados por el VIH como a sus familias.

En resumen, si todos los profesionales sanitarios, agentes de salud, miembros de O.N.G., funcionarios de prisiones, familiares y amigos que tratan con personas infectadas por el VIH dominaran y practicasen las estrategias más básicas del *counselling* (Arranz et al., 2000; Bimbela, 2001), aumentarían los comportamientos de prevención y cumplimiento terapéutico y una enorme cantidad de sufrimiento humano que nos espera, **ahora** y en el futuro, podría evitarse o aliviarse.

Barcelona, 30 de Agosto de 2002



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arranz, P., Costa, M., Bayés, R., Cancio, H., Magallón, M. y Hernández, F. (2000) *El apoyo emocional en hemofilia (2ª ed.)*. Madrid: Aventis Behring.
- Bayés, R. (1995). *SIDA y psicología*. Barcelona: Martínez Roca
- Bayés, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bayés, R., Arranz, P., Barbero, J. y Barreto, P. (1996). Propuesta de un modelo integral para una intervención terapéutica paliativa. *Medicina Paliativa*, 3, 114-121.
- Bimbela, J.L. (2001). *Cuidando al cuidador. Counseling para profesionales de la salud (4ª edición)*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Carr, A. (2002). Improvement of the study, analysis and reporting of adverse events associated with antiretroviral therapy. *The Lancet*, 360, 81-85.
- Callahan, D. (2000). Death and the research imperative. *The New England Journal of Medicine*, 342, 654-656.
- Casino, G. (2002). Los expertos advierten de que ni los actuales fármacos ni los que se anuncian curan el SIDA. *La Vanguardia*, 9 de Julio, 27.
- Cassell, E.J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *The New England Journal of Medicine*, 306, 639-645.
- Cassell, E.J. (1991). *The nature of suffering and the goals of medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Chapman, C.R. y Gavrin, J. (1993). Suffering and its relationship to pain. *Journal of Palliative Care*, 9 (2), 5-13.
- Chapman, C.R. y Gavrin, J. (1999). Suffering: the contributions of persistent pain. *The Lancet*, 353, 2233-2237.
- Chochinov, H.M., Tataryn, D., Clinch, J.J. y Dudgeon, D. (1999). Will to life in the terminally ill. *The Lancet*, 354, 816-819.
- Dahr, J. (2002). Sexual behaviour at the millennium. *The Lancet*, 359, 1520.
- De Rituerto, R.M. (2001). Los efectos adversos de la terapia combinada contra el sida aconsejan retrasar su aplicación. *El País*, 6 de Febrero, 34.
- Esparza, J. Y Bhamarapravati, N. (2000). Accelerating the development and future availability of HIV-1 vaccines: why, when, where, and how?. *The Lancet*, 355, 2061-2066.
- Hirsch, M.S. (2002). HIV resistance: a chink in the armor. *The New England Journal of Medicine*, 347, 438-439.
- Lain Entralgo, P. (1983) *La relación médico-paciente*. Madrid: Alianza.
- Lavery, J.V., Boyle, J., Dickens, B.M., Maclean, H. y Singer, P.A. (2001). Origins of the desire for euthanasia and assisted suicide in people with HIV-1: a qualitative study. *The Lancet*, 358, 362-367.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer. Traducción: *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca, 1986.
- Little, S.J., Holte, S., Routy, J.P., Daar, E.S., Marcowitz, M., Collier, A.C., Koup, R.A., Mellors, J.W., Connik, E., Hellmann, N.S. y Richman, D.D. (2002). Antiretroviral drug resistance among patients recently infected with HIV. *The New England Journal of Medicine*, 347, 385-394.
- Loeser, J.D. y Melzack, R. (1999). Pain: an overview. *The Lancet*, 353, 1607-1609.



Marseille, E., Hofmann, P.B. y Kahn, J.G. (2002). HIV prevention before HAART in sub-Saharan Africa. *The Lancet*, 359, 1851-1856.

Mocroft, M.E., García-Viejo, M.A., Pérez-Cuevas, J.B., Blanco, J.L., Mallolas, J., Bianchi, L., Conget, I., Blanch, J., Phillips, A. y Gatell, J.M. (2001). Risk of lipodystrophy in HIV-1 infected patients treated with protease inhibitors: a prospective cohort study. *The Lancet*, 357, 592-598.

Puigventós, F., Riera, M., Delibes, C., Peñaranda, M., de la Fuente, L. y Boronat, A. (2002). Estudios de adherencia a los fármacos antirretrovirales. Una revisión sistemática. *Medicina Clínica*, 119 (4), 130-137.

Sepkowitz, K.A. (2001). AIDS: the first 20 years. *The New England Journal of Medicine*, 344, 1764-1772.

Steinbrook, R. (2002). Beyond Barcelona: the global response to HIV. *The New England Journal of Medicine*, 347, 553-554.

Stover, J., Walker, N., Garnett, G.P., Salomon, J.A., Stanecki, K.A., Ghys, P.D., Grassly, C., Anderson, R.M. y Schwartländer, B. (2002). Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response?. *The Lancet*, 360, 73-77.

Susman, E. (2002). Many HIV patients carry mutated drug-resistant strains. *The Lancet*, 359, 49

The Lancet (2002a). Abstinence, monogamy and sex. *Autor*, 360, 97.

The Lancet (2002b). The economic of VIH in Africa. *Autor*, 360, 1.

Tuldrà, A., Fumaz, C.R., Ferrer, M.J., Bayés, R., Arnó, A., Balagué, M., Bonjoch, A., Jou, A., Negredo, E., Paredes, R., Ruiz, L., Romeu, J., Sirera, G., Tural, C., Burger, D. y Clotet, B. (2000). Prospective randomized two-arm

controlled study to determine the efficacy of a specific intervention to improve long-term adherence to highly active antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 25, 221-228.

WHO (1988). *Counselling in HIV infection and disease*. Ginebra: Autor.