



Psicologia: Reflexão e Crítica

ISSN: 0102-7972

prcrev@ufrgs.br

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Brasil

Remor, Eduardo Augusto

Contribuições do modelo psicoterapêutico cognitivo na avaliação e tratamento psicológico de uma portadora de HIV

Psicologia: Reflexão e Crítica, vol. 10, núm. 2, 1997, p. 0

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18810205>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Contribuições do modelo psicoterapêutico cognitivo na avaliação e tratamento psicológico de uma portadora de HIV

Eduardo Augusto Remor¹

Universidad Autónoma de Madrid - Espanha

Resumo

Neste artigo apresentar-se-á um caso clínico com a avaliação e o tratamento, a partir do modelo psicoterapêutico cognitivo, de uma paciente portadora de HIV, com 30 anos, que apresentava sintomas de depressão como consequência do diagnóstico de soropositividade. Os objetivos terapêuticos foram alcançados através de uma intervenção de nove sessões de terapia, adicionando no processo terapêutico biblioterapia como tarefa para casa. A melhoria conseguida foi mantida depois dos dois meses do fim do tratamento, quando se realizou a entrevista de seguimento, após as férias da paciente.

Palavras-chave: HIV/AIDS, Psicologia, tratamento, modelo cognitivo, psico-neuro-imunologia, qualidade de vida.

The contributions of the cognitive psychotherapeutic model to the psychological evaluation and treatment of a seropositive patient.

Abstract

The paper presents a clinical case study, which includes assessment and treatment, based on the Cognitive Psychotherapeutic model, of a HIV positive patient aged 30 who showed symptoms of depression as a consequence of the diagnosis of her HIV positive status. The therapeutical objectives were reached after participation in nine therapy sessions, and a process of bibliotherapy as a task at home. The improvement achieved was observed during the follow-up interview held two months after the end of the treatment.

Key-words: HIV/AIDS, Psychology, treatment, cognitive model, psychoneuroimmunology, quality of life.

PSICOLOGÍA REFLEXAO E CRÍTICA

A Infecção pelo HIV é uma doença transmissível produzida por um retrovírus chamado Vírus da Imuno-deficiência Humana (HIV), que afeta direta e fundamentalmente, entre outros, ao Sistema Imunológico produzindo a sua destruição e ao Sistema Nervoso, apresentando um amplo espectro de manifestações clínicas, que vão desde um longo período de portador assintomático, de anos de duração, até desembocar em uma série de infecções oportunistas e/ou neoplasias,² que definem o estado mais avançado e mortal da doença denominado Síndrome da Imuno-deficiência Adquirida - AIDS (Costa, Damiano, & Rubio, 1992; Usieto & Valenciano, 1994; Roitt, Brostoff, & Male, 1993).

Portanto, para diagnosticar uma pessoa com AIDS esta deverá estar infectada pelo HIV, ter uma contagem de linfócitos T CD4+ menor que 200 células por *ul* (mililitro) e apresentar pelo menos uma entre vinte doenças oportunistas pré-estabelecidas (Center for Disease Control, 1992).

Desde a aparição da AIDS em 1981, foi necessário a aplicação dos conhecimentos derivados da Psicologia Clínica e da Psicologia da Saúde para detectar as dificuldades e os transtornos que podem apresentar as pessoas afetadas pelo HIV. E também o desenvolvimento de programas de tratamento objetivando conseguir diminuir os problemas associados à doença e potenciar as variáveis psicológicas relacionadas com uma maior competência imunológica e uma melhor capacidade de enfrentamento (*coping*), facilitando assim a aquisição de uma maior qualidade de vida (Roca, Trujols, Tejero, & Pinet, 1995; Green & Hedge, 1991; Thompson, Nanni, & Levine, 1996).

Portanto, sem deixar de reconhecer a prioridade do tratamento médico, é importante destacar a necessidade de contemplar os aspectos psicológicos relacionados com a doença e incorporar a assistência psicológica aos tratamentos por HIV.

Alguns pesquisadores apresentaram estudos sobre a influência dos fatores psicológicos em diversas patologias orgânicas, assim como a relação entre aspectos psicológicos e biológicos. Encontraram que determinados estados psíquicos estão relacionados com um aumento da vulnerabilidade biológica e mesmo que estes estados psíquicos não sejam a causa da doença, podem ser condições necessárias para a aparição da mesma (Cooper, 1986; Kiecolt-Glaser, 1986 e 1989; Bayés, 1989).

No caso da infecção por HIV e AIDS, as mudanças e alterações produzidas no sistema nervoso e endócrino, associados com os estados depressivos ou de *stress*, poderiam influir no desenvolvimento da doença e na evolução da mesma (Bayés & Arranz, 1988; Bayés, 1989 e 1994; Thompson, Nanni, & Levine, 1996).

Daí a importância de identificar os fatores psicológicos relacionados com o processo de evolução da infecção por HIV e elaborar modelos de intervenção psicológica.

Fatores psicológicos associados à infecção por HIV e AIDS

As alterações psicológicas associadas à infecção por HIV e AIDS se caracterizam fundamentalmente pela sua alta incidência e por uma grande variedade de complicações que manifestam. As mais significativas que experimenta o sujeito infectado, em diversos momentos - desde que conhece o resultado da soropositividade até as últimas fases da doença são: ansiedade, depressão, ira, culpa, obsessões e auto-observação, além de excessiva preocupação com a saúde (hipocondria) (Garcia-Huete, 1993; Bayés, 1995; Mittag, 1996).

Portanto, mesmo que a resposta psicológica do indivíduo infectado ao receber a notícia de que é soropositivo varie, este geralmente experimenta *stress* e ansiedade. A ansiedade é a reação mais comum nas pessoas HIV+, acompanhadas pela perda do sono e memória em alguns casos. O temor de adoecer gravemente, de morrer, de sentir-se discriminado socialmente, e a raiva com relação aos demais são também algumas das reações psicológicas que mais freqüentemente se associam às pessoas soropositivas ou com AIDS. Outra reação psicológica à

PSICOLOGÍA REFLEXAO E CRÍTICA

infecção HIV, que afeta a muitas pessoas, é a depressão. Alguns pesquisadores afirmam que a depressão e o *stress* poderiam diminuir o número de células CD4³ e piorar o estado de saúde dos sujeitos afetados (Preciado, 1996; Bayés, 1994). No entanto, as últimas pesquisas não puderam esclarecer qual é o papel que desempenha a depressão no sistema imunológico dos sujeitos com HIV e AIDS (Perry & Fishman, 1993; Lyketos et al., 1993; Burack et al., 1993).

As diferentes respostas individuais vão depender de vários fatores, tais como: as expectativas de um resultado positivo, o grau de conhecimento sobre a infecção por HIV e AIDS, a preparação prévia frente à doença e à morte, o estado de saúde, a personalidade do sujeito, sua saúde mental, os valores éticos do indivíduo e os apoios ou pressões sociais e familiares que o paciente possa ter, sem esquecer da situação sócio-econômica do mesmo (Baratas, 1994; Arrans & Albornoz, 1994; Bayés, 1995).

O modelo psicoterapêutico cognitivo

O modelo psicoterapêutico cognitivo está inserido dentro de um modelo mais amplo chamado "Terapias Cognitivo-Comportamentais". Estas são, portanto, uma definição global que se aplica a uma variedade de técnicas terapêuticas que se baseiam em modelos conceituais diferentes. A aproximação cognitiva veio a completar a aproximação comportamental clássica, acentuando a importância da modificação dos sistemas de pensamento conscientes e inconscientes (cognições) e de sua relação com as emoções e os comportamentos (Bas Ramallo & Andres, 1994; Cottraux, 1991).

As terapias cognitivo-comportamentais (TCCs) representam a aplicação da psicologia científica a psicoterapia, pondo ênfase sobre o uso de uma metodologia experimental, com o fim de compreender e modificar os transtornos psicológicos que perturbam a vida do paciente.

As TCCs fazem referência aos modelos surgidos a partir das teorias de aprendizagem: condicionamento clássico e operante e aprendizagem social, os quais destacam a importância da modificação dos comportamentos observáveis, ou seja, comportamentos motor e verbal, como pedra angular da eficácia psicoterapêutica. Porém, também fazem referência aos modelos cognitivos baseados no estudo do tratamento da informação, isto é, aos processos de pensamento consciente e inconsciente que filtram e organizam a percepção dos acontecimentos que ocorrem em torno ao indivíduo (Cottraux, 1991).

O modelo cognitivo representado pela Terapia Cognitiva de Beck e Terapia Racional-Emotiva de Ellis entre outros, compõem as principais linhas de atuação dentro deste modelo. Ambos ressaltaram em suas publicações a importância que têm as crenças irrationais dos indivíduos e seus pensamentos inadequados sobre si mesmos, o mundo e seu futuro, na formação, manutenção e mudança das desordens emocionais. Fundamentam-se numa base lógica teórica subjacente, segundo a qual o afeto e o comportamento de um indivíduo são largamente determinados pelo modo como estrutura seu pensamento frente ao "mundo". Suas cognições baseiam-se em atitudes ou suposições desenvolvidas a partir de experiências prévias (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1982; Ellis, 1980).

As técnicas terapêuticas utilizadas atuam em três níveis: comportamental, cognitivo (pensamento e conhecimento) e emocional. Destinam-se a identificar, testar e corrigir conceituações distorcidas e as crenças irrationais (disfuncionais) subjacentes a essas cognições. O paciente aprende a dominar situações e problemas anteriormente considerados insuperáveis, através da reavaliação e correção de seu pensamento. O terapeuta cognitivo ajuda o paciente a pensar e agir mais realística e adaptativamente com respeito a seus problemas psicológicos, dessa forma reduzindo os sintomas. Para alcançar esse objetivo utiliza uma abordagem maisativa, diretiva, estruturada e de prazo limitado.

Avaliação do Caso

PSICOLOGÍA REFLEXAO E CRÍTICA

Sujeito

Paula⁴, mulher, 30 anos, solteira, com profissão de jornalista (no momento da consulta, desempregada), nível sócio-econômico médio-alto, espanhola, soropositiva desde 1993, contágio por via sexual.

Paula é a terceira filha de uma prole de seis (quatro mulheres e dois homens). Seu pai morreu quando tinha 22 anos. Atualmente vive em casa com a mãe e os dois irmãos menores. Depende economicamente de sua mãe e, às vezes, consegue trabalhos temporários. Toda sua família sabe que Paula é HIV+. Paula encarregou-se de dar a eles, informação sobre a infecção HIV/AIDS, mas refere que não se conversa sobre o tema em casa, apenas perguntam-lhe como está quando regressa das consultas médicas .

Seu estado clínico geral é bom, de acordo com informação médica. Encontra-se em período assintomático, não apresentando, portanto alguma "doença oportunista".

Como medicação para a infecção por HIV, toma Retrovir (Zidovudina - inibidor da transcriptase inversa) e experimentou Videx (Didanosina - inibidor da transcriptase inversa) por um tempo, o qual deixou por decisão própria devido a efeitos colaterais (cansaço, náuseas - sic.). Atualmente está participando de um protocolo de pesquisa médica para experimentação do fármaco 3TC (Inibidor da protease).

Motivo da consulta

Paula vem à consulta (*Asociación RED - Apoyo Psico-Social a afectados VIH y enfermos de SIDA*; Organização não-governamental espanhola em Madri) recomendada por seu médico do hospital onde realiza as revisões relativas à infecção HIV/AIDS. Nos últimos dois meses teve uma decaída no seu sistema imunológico (baixada no nível de CD4), sem causa aparente, podendo estar relacionado com seu humor depressivo. No momento da primeira consulta apresentava uma contagem de 350 células CD4+/ul.

Refere apresentar mudanças de humor repentino, tristeza, choro, sem vontade de sair, vê-se gorda e sente uma sensação de fracasso; crê que seus problemas não tem solução. Encontra-se "decepçãoada" com seus amigos, pois refere que eles sentem pena dela. Diz que tudo o que faz parece mal, não apresentando bom nível de auto-estima. Diz: "Odeio a minha família e a mim mesma" (sic).

Métodos de avaliação

Utilizaram-se diversos instrumentos de medida psicológica, ao princípio e ao final do tratamento. Além da história clínica, na qual se coletou informação geral sobre a paciente, sintomatologia e aspectos de relação pessoal e familiar, apoio social, etc., aplicaram-se os seguintes questionários:

1) Inventário de sintomas de *stress*: apresenta-se uma lista de sintomas de *stress* onde o sujeito marcará os sintomas que experimenta e o grau de mal-estar que lhe produz em uma escala tipo likert de (1) 'leve mal-estar' a (10) 'extremo mal-estar' (Mckay, Davis, & Fanning, 1985).

2) Inventário da tríade cognitiva (CTI - Adaptação castelhana): avalia os componentes da tríade cognitiva; que são: (a) visão negativista de si mesmo, (b) tendência a interpretar suas experiências correntes de uma forma negativa e (c) visão negativista do futuro. Consta de 36 itens avaliados através de uma escala tipo Likert de 7 itens, (1) 'Totalmente em desacordo' até (7) 'Totalmente de acordo' (Bas Ramallo, & Andres, 1994).

PSICOLOGÍA REFLEXAO E CRÍTICA

3) Inventário de Depressão de Beck (BDI - Adaptação castelhana): avalia a gravidade da depressão. Consta de 19 itens e a pontuação máxima possível é de 57, sendo que a uma maior pontuação corresponderia a um grau mais elevado de depressão (Bas Ramallo, & Andres, 1994).

4) Escala de Atitudes Disfuncionais (DAS - Adaptação castelhana): avalia as crenças e atitudes mais freqüentes encontradas em depressivos, atuando, às vezes, como fontes de vulnerabilidade cognitiva. Consta de 35 itens avaliados através de uma escala tipo Likert de (1) 'Totalmente en desacordo' a (5) 'Totalmente de acordo'. Subdivide-se em 7 fatores: (1) Aprovação, (2) Amor, (3) Execução, (4) Perfeccionismo, (5) Direito sobre os outros, (6) Onipoténcia e (7) Autonomia. (Bas Ramallo, & Andres, 1994).

5) Questionário de Pensamentos Automáticos (ATQ - Adaptação castelhana): indica a evolução e a linha-base dos pensamentos automáticos. Consta de 30 itens que são avaliados através de uma escala tipo likert de (1) 'nunca' até (5) 'freqüentemente', no sentido da freqüência de que estes pensamentos são apresentados pelo sujeito (Bas Ramallo, & Andres, 1994).

Diagnóstico e Resumo da avaliação

Paula cumpre todos os critérios diagnósticos para depressão maior do DSM-III-R (1988) e apresenta uma pontuação de 32 no BDI (pré-teste). Os demais questionários (DAS, ATQ, CTI) confirmam a presença da tríade cognitiva, pensamentos automáticos disfuncionais ("Minha vida é um desastre", "Sou um desastre", "Decepção as pessoas", "Estou desiludida comigo mesma") e a presença de crenças negativas acerca de si mesma, considerando-se como uma pessoa que necessita a aprovação dos demais, portanto se as pessoas a quem ela gosta rechaçam-lhe é porque está se equivocando em algo (fatores 1 e 2 - DAS) e auto-exigência, ("Devo ser útil, produtiva ou criativa ou a vida não tem sentido", fator 3 - DAS).

No Inventário de Sintomas de Stress, os mais destacados foram: ansiedade frente as relações pessoais (com os pais e as crianças), sensação de impotência e ineficácia, hostilidade, irritabilidade, tensão muscular, falta de decisão, gula, excessivo consumo de cigarro e insônia.

Ao ser questionada sobre como percebe o seu estado de saúde em geral, refere que este não é bom. Quanto ao conhecimento sobre a infecção por HIV, Paula tem uma boa informação sobre os meios de transmissão e prevenção do HIV. Refere, porém, que gostaria de receber mais informação sobre aspectos nutricionais e auto-cuidados, além de aspectos psicológicos e de evolução da doença.

Tratamento

A intervenção psicológica consistiu em nove sessões, de periodicidade semanal, com duração de 1h e 15 min, num período de quatro meses e meio e uma sessão de seguimento após as férias (60 dias) da paciente. Também foram utilizados recursos de biblioterapia, tanto durante o período de tratamento, como durante o período de férias

A biblioterapia consistiu em entregar bibliografia a paciente, que trata os temas que havia solicitado, temas de interesse ou deficitários para a paciente (Nutrición y VIH, 1994; Dirección general de prevención de la salud, 1994), ou também como forma de corrigir conhecimentos errôneos sobre a infecção por HIV e AIDS, adquiridos através de fontes não fidedignas. Na sessão seguinte discutia-se alguma dúvida ou aspecto importante sobre o material fornecido, contrastando com "conhecimentos" anteriores.

A biblioterapia para o período de férias consistiu na leitura de um livro (Dyer, 1996), que se fundamenta no modelo psicoterápico cognitivo, onde ilustra que os pensamentos (cognições) vão influir diretamente nas emoções sentidas pelo sujeito, analisa os pensamentos disfuncionais, as idéias de culpa, as preocupações excessivas e as auto-exigências, entre outros, reforçando os aspectos trabalhados no tratamento.

PSICOLOGÍA REFLEXAO E CRÍTICA

A avaliação do estado clínico consistia na observação da sintomatologia relativa à evolução da infecção por HIV, possíveis mudanças no estado físico, efeitos colaterais da medicação, estado geral de saúde e manifestação de alguma infecção "oportunista", além de aspectos imunológicos, com o fim de fazer uma intervenção mais realista no momento de falar sobre os sentimentos derivados do desenvolvimento e avanço da doença, ou seja, fazer uma análise e diferenciação de fatos reais e da antecipação cognitiva de acontecimentos negativos provocadores de estados de ansiedade e/ou depressão.

Quadro 1 - Processo de intervenção psicológica

Sessões	Objetivos
1,2,3,	Avaliação psicológica (Pré-teste) Entrevista clínica, Avaliação do estado clínico - evolução do HIV, Verificação dos conhecimentos sobre a infecção HIV/AIDS, Recomendação de biblioterapia - HIV/AIDS.
4,5,6,7,	Avaliação do estado clínico - evolução do HIV, Aplicação da terapia cognitiva para depressão Detecção dos erros cognitivos em relação a Infecção HIV e AIDS, Discussão das idéias iracionais sobre a infecção HIV e AIDS, Retomada de atividades prazeirosas.
8,	Avaliação do estado clínico - evolução do HIV, Avaliação das Redes Sociais de Apoio e recursos de apoio disponíveis, Verificação da importância do apoio social e reforçamento das Redes Sociais.
9,	Avaliação do estado clínico - evolução do HIV, Reavaliação (Pós-teste), Recomendação Biblioterápica,
Férias	(2 meses)
10.	Seguimento e Alta, Derivação para grupo de apoio HIV/AIDS.

Também foram avaliados os recursos de apoio disponíveis e as redes sociais da paciente com a finalidade de reforçar os aspectos positivos destas ou ampliá-las nos aspectos deficitários, buscando novas alternativas de apoio. Também procurou-se envolver a família como fonte de apoio.

Resultados

Depois das nove sessões de intervenção, conseguiu-se melhorar o estado anímico da paciente, com o desaparecimento da sintomatologia depressiva.

PSICOLOGÍA REFLEXAO E CRÍTICA

A pontuação no BDI (pós-teste) foi reduzida a 18. Além disso, a paciente retomou atividades de lazer e reintegração em seu meio social.

O estado geral de saúde percebido pela paciente é muito bom, e refere uma melhora em sua qualidade de vida (retomada da prática de ginástica, ir ao cinema com amigos, passear, ir a um bar ou restaurante, compras, curso sobre rádio, etc). O acompanhamento médico das variáveis imunológicas, realizadas a cada três meses, indicaram uma elevação no número de linfócitos CD4 de 600 /ul.

Quadro 2 - Resumo dos Resultados Terapêuticos

Antes Terapia	Depois Terapia
- BDI 32 pt.	- BDI 18 pt.
- Variável imunológica: CD4+ 350 /ul	- Variável imunológica: CD4+ 600 /ul
- Sintomas depressivos	- Remissão da sintomatologia depressiva
- Presença tríade cognitiva da depressão	- Não apresenta tríade cognitiva da depressão
- Necessidade de aprovação e afeto incondicional	- Visão realista de que nem sempre as pessoas atuarão como desejamos e de que não se necessita o afeto de todas as pessoas para ser feliz
- Auto-exigência, necessidade de mostrar-se perfeita	- Consciência de suas limitações
- Isolamento	- Retomada do contato social
- Stress	- Diminuição do stress
- Direito sobre os outros, necessidade de protagonismo nas relações interpessoais	- Respeito às demais opiniões, aprender a compartilhar
- Autonomia, onipotência	- Compreensão de que em certos momentos pode necessitar dos demais, sem que isso signifique que seja incapaz de solucionar seus problemas
- Deficits no conhecimento sobre a infecção HIV/AIDS	- Conhecimento globalizado sobre HIV e AIDS

Na escala de atitudes disfuncionais (DAS - pós-teste) observou-se uma melhora significativa: diminuição da necessidade de perfeccionismo; aprender a expressar suas opiniões e respeitar as dos demais; compreensão da necessidade de apoio em certos momentos.

Na sessão de seguimento, os resultados positivos conseguidos através da terapia mantêm-se. A paciente refere estar realizando um trabalho voluntário como jornalista em uma rádio, e manifesta interesse em participar de um grupo de apoio a soropositivos para compartilhar experiências e conhecer mais gente que vive a mesma situação que a sua.

PSICOLOGÍA REFLEXAO E CRÍTICA

Discussão

No caso clínico apresentado, demonstra-se a importância e eficácia de uma intervenção psicológica em pessoas portadoras de HIV, como fonte de ajuda e apoio para enfrentar as dificuldades decorrentes da infecção por HIV e AIDS e consequentemente proporcionar uma melhoria na qualidade de vida do paciente. Esta intervenção deve ser planejada de acordo com a necessidade de cada paciente, ainda que existam aspectos comuns relativos a todas as pessoas infectadas por HIV ou naquelas em que a doença já se manifestou (AIDS).

A intervenção psicológica proporcionou também uma melhoria do estado geral de saúde percebido pela paciente, concretamente uma elevação do número de células CD4, reforçando seu sistema imunológico. Mesmo que, desde o ponto-de-vista da Psico-neuro-imunologia⁵ este tipo de correlação apresente controvérsias, no que se refere a sua comprovação científica (Lyketos et al., 1993; Burack et al., 1993), não se pode negar o efeito reforçador e motivacional que, a elevação do número de linfócitos CD4 representa no estado emocional das pessoas afetadas.

Portanto, para realizar uma intervenção adequada, o psicólogo clínico não deve esquecer que no caso da infecção por HIV e AIDS, o vírus, em si, não provoca alterações emocionais (salvo naqueles casos em que ocorreu afetação neurológica), as alterações observadas estão, sim, vinculadas às consequências da doença em si (incurável e, em determinado momento, terminal) e consequências sociais (rechaço, perda de apoio, isolamento, culpabilizações, etc).

Um dos objetivos básicos da intervenção deve ser o de apresentar e trabalhar, de uma forma clara e concreta, a informação sobre a infecção por HIV e AIDS, porque, para uma pessoa afetada, a questão de saber o que lhe ocorre ou ocorrerá pode ajudá-la a afrontar dilemas e a tomar decisões, de uma forma mais eficaz, frente a possíveis dificuldades futuras.

A utilização de recursos, como por exemplo, a biblioterapia, tarefas para casa, podem auxiliar no processo terapêutico, inclusive proporcionando que as intervenções sejam mais curtas e eficazes.

Cada vez se vê mais clara a importância que desempenha o apoio social e as redes de apoio no enfrentamento a situações difíceis e ao *stress*, aspectos cruciais nesta infecção.

Por último, cabe comentar aqui a relevância que pode desempenhar a família ou pessoas próximas como fonte de apoio e recurso. Contudo, deve-se considerar que estes também estão submetidos a um *stress* constante e consequências derivadas da enfermidade (processo de deterioro físico e mortalidade do paciente, estigma social, diminuição da qualidade de vida), podendo estas produzir alterações importantes no funcionamento e ciclo vital da família (Baratas, 1994). Portanto, o profissional deve estar atento a essas necessidades para poder, no momento adequado, oferecer ajuda ou encaminhar a outro profissional especializado quando seja necessário, proporcionando assim uma assistência global ao paciente e às pessoas interessadas.

Referências

American Psyquiatric Association (1988). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos Mentales*. (DSM-III-R). Barcelona: Masson.

PSICOLOGÍA REFLEXAO E CRÍTICA

Arranz, P. & Albornoz, C. (1994). Intervención psicológica en niños y adultos afectados de SIDA. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47, 183-191.

Bas Ramallo, F. & Andres, V. (1994). *Terapia Cognitivo-Conductual de la Depresión*. Espanha: UNED.

Bayés, R. (1989). La psiconeuroinmunología como punto de encuentro, interacción y síntesis de disciplinas experimentales. *Sí, Entonces*, V, 6, 79-89.

Bayés, R. (1994). Psiconeuroinmunología, salud y enfermedad. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 30, 28-34.

Bayés, R. (1995). *Psicología y SIDA*. Madrid: Martínez Rocca.

Bayés, R. & Arranz, P. (1988). Las variables psicológicas como cofactores del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Jano*, XXXIV, 812, 1313-1322.

Baratas, H. D. (1994). Modelo de apoyo psicológico familiar en infección por VIH/SIDA. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 26, 5-13.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1982). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Rio de Janeiro: Zahar.

Borrás, F. X. (1994). SIDA: Aportaciones desde la Psiconeuroinmunología. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47, 225 - 229.

Burack, J. H., Barrett, D.C., Stall, R.D., Chesley, M. A., Ekstrand, M. L., & Coates, T. J. (1993). Depressive symptoms and CD4 lymphocyte decline among HIV-Infected men. *Journal of American Medical Association*, 270, 2568 - 2573.

Center for Disease Control and Prevention. (1992). 1993 Revised classification system for HIV Infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *Mortality and Morbidity Weekly Reports*, 41(r-17), 1-19.

Cooper, C. L. (1986). *Estrés y Cáncer*. Madrid: Días Santos.

Costa, J.R.; Damiano, A., & Rubio, R. (1992). *La Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana: Patogenia, Diagnóstico y Tratamiento*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Cottraux, J. (1991). *Terapias Comportamentales y Cognitivas*. Espanha: Masson.

Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. (1994). *VIH: Recomendaciones para afectados y personas de su entorno*. Espanha: Comunidad de Madrid.

Dyer, W. W. (1996). *Tus Zonas Erróneas*. Espanha: Grijalbo Mondadori.

Ellis, A. (1980). *Razón y Emoción en Psicoterapia*. Bilbao: DDB.

Garcia-Huete, E. (1993). *SIDA: Apoyos en el entorno personal, familiar y laboral*. Espanha: Eudema.

Green, J. & Hedge, B. (1991). *Counselling and Stress in HIV Infection and AIDS*. Em: Cooper, C. L. & Watson, M. *Cancer and Stress: Psychological, Biological and Coping Studies* (pp. 237-255). UK: John Wiley & Sons Ltd.

PSICOLOGÍA REFLEXAO E CRÍTICA

Kielcet-Glaser, J. K. & Glaser, R. (1986). Psychological influences on immunity. *Psychosomatics*, 27, 621-624.

Kielcet-Glaser, J. K. & Glaser, R. (1989). Psychoneuroimmunology: Past, Present and Future. *Health Psychology*, 8, 677-682.

Lyketos, C. G., Hoover, D. R., Guccione, M. Senterfitt, W., Dew, M.A., Wesc, J., Van Raden, M. J., & Treisman, G. J. (1993). Depressive symptoms as predictor of medical outcomes in HIV Infection. *Journal of American Medical Association*, 270, 2563-2567.

Mckay, M., Davis, M., & Fanning, P. (1985). *Técnicas Cognitivas para el tratamiento del estrés*. Espanha: Martinez Rocca.

Mellor, J. W., Rinaldo, ChR. Jr., & Gupta, P. (1996). Prognosis in HIV-1 Infection predicted by the quantity of virus in plasma. *Science*, 272, 1167-1170.

Mittag, O. (1996). *Asistencia práctica para enfermos terminales*. Barcelona: Herder.

Nájera-Morrondo, R. & Gonzales Lahoz, J. M. (1995). *Neoplasias asociadas al VIH*. Espanha: SEISIDA.

Nutrición y VIH (1994). *Guía dietética práctica para personas con infección por VIH o SIDA*. Espanha: ABBOT Laboratories SA.

Perrys, S. & FisMan, B. (1993). Depression and HIV. How does one affect the other? *Journal of American Medical Association*, 270, 2609-2610.

Preciado, J. (1996). Aspectos conductuales del SIDA. Em: V. E. Caballo, G. Buela Casal, & J. A. Carroblles (Dirs). *Manual de Psicopatología y Transtornos Psiquiátricos* (pp. 481-503). Espanha: Siglo XXI, v. 2.

Roca, X., Trujols, J., Tejero, A., & Pinet, M.C. (1995). Variables psicológicas relevantes en la infección por VIH y en el proceso de enfermar de SIDA. Em J. C. Arpa, M. C. Brugué, M. Fraile, & L. S. Molina (Orgs.). *SIDA y Drogodependencias* (pp. 155-179). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.

Roitt, I., Brostoff, J., & Male, D. (1993). *Inmunología*. Barcelona: Salvat Medicina.

Thompson, S. C., Nanni, C., & Levine, A. (1996). The stressors and stress of being HIV-positive. *AIDS CARE*, 8, 5-14.

Valenciano, L. & Usieto, R. (1994). *SIDA: Avances en el tratamiento médico y psicosocial*. Espanha: CESA.

¹ Endereço para correspondência: Depto. Psicología Biológica y de la Salud - Facultad de Psicología - Universidad Autónoma de Madrid 28049 (Espanha). E-mail: Eduardo.Remor@uam.es .Agradeço as sugestões do Prof. Paulo Kroeff na confecção deste artigo.

² As neoplasias associadas ao HIV mais comuns são o Sarcoma de Kaposi, os Linfomas Hodgkinianos e certas neoplasias epiteliais, algumas das quais, como o câncer invasor de cervix já foram incluídos na definição de caso de AIDS (Najera-Morrondo et al., 1995).

PSICOLOGÍA REFLEXAO E CRÍTICA

³ As células CD4 são uma sub-divisão dos linfócitos T4, que têm como função atacar diretamente aos invasores do organismo. Durante muito tempo utilizou-se a contagem do número de células CD4 para avaliar a progressão da Infecção pelo HIV, actualmente utiliza-se como instrumento de medida a carga viral (quantidade de vírus no sangue), como um marcador muito mais preciso (Mellors, Rinaldo, & Gupta, 1996).

⁴ Nome fictício, para evitar identificação da paciente.

⁵ A Psico-neuro-imunologia ocupa-se do estudo da relação entre o Sistema Imunológico, o Sistema Nervoso e o Sistema Endócrino e da possível influência dos fatores psicológicos - processos emocionais e o *stress*, particularmente, nos mesmos (Bayés, 1994; Borrás, 1994).