

Enfermedades Infecciosas y Microbiología

Volumen
Volume 23

Número
Number 4

Octubre-Diciembre
October-December 2003

Artículo:

Trastornos psicológicos en niños y adolescentes infectados perinatalmente por el VIH

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Asociación Mexicana de Infectología y Microbiología Clínica, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



www.Medigraphic.com

Trastornos psicológicos en niños y adolescentes infectados perinatalmente por el VIH

NORIS PAVÍA-RUZ,* PATRICIA TOVAR LARREA,* ROCÍO MUÑOZ HERNÁNDEZ*

RESUMEN

Desde que se describió el primer caso de SIDA en pediatría se han producido grandes cambios en el tratamiento médico que han prolongado la sobrevida y la calidad de vida de los niños con infección por VIH/SIDA. En los últimos años se ha tratado de profundizar el conocimiento acerca de los trastornos psicológicos que presentan los pacientes y su familia, los cuales aún viven con el estigma que acompaña a la enfermedad. Muchos son los puntos de crisis por los que atraviesan desde la notificación del diagnóstico hasta que el niño llega a la adolescencia y enfrenta otro tipo de situaciones que se suman a su enfermedad. La revelación del diagnóstico es un punto de crisis para las familias y se recomienda que se realice tomando en cuenta diversos factores. Se hace énfasis en la necesidad de intervenciones psicológicas en el niño y en el adolescente que les permita tener un menor impacto de la enfermedad sobre su desarrollo mental. A nivel mundial, y en nuestro medio, no existe suficiente información relacionada con trastornos psicológicos y su manejo en este grupo de edad.

Palabras clave: VIH/SIDA, niños, adolescentes, trastornos psicológicos.

ABSTRACT

Since the first case of VIH/SIDA in children occurred, changes in treatment alternatives have prolonged survival in such a way that psychologic disorders have been clearly described in these patients and their families. In this paper we emphasize the need on psychologic intervention in critical points in the treatment of children and adolescent with HIV/AIDS.

Key words: HIV/AIDS, children, adolescents, psychological disorders.

INTRODUCCIÓN

Han pasado cerca de 20 años desde que el primer caso del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) fue reportado en niños, y el espectro de la enfermedad en este grupo de edad ha cambiado de manera significativa; aunque el número de nacimientos de niños infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha disminuido gracias a las pruebas de tamizaje que se realiza a las mujeres embarazadas y a que exis-

te la disponibilidad de profilaxis antirretroviral durante el embarazo, aún siguen naciendo niños infectados con VIH; en caso de que el niño adquiera la infección existen recomendaciones nacionales e internacionales para el inicio del tratamiento antirretroviral, se ha incrementado la disponibilidad de antirretrovirales en edad pediátrica y la utilización de la terapia combinada ha disminuido la replicación viral y se preserva o incrementa la función inmune, condición que se puede mantener por muchos años con un manejo médico integral y un buen apego a los tratamientos, siendo posible incrementar la sobrevida del niño y por lo tanto que disfrute de una mejor calidad de vida. Para un niño, una mejor calidad de vida significa: alimentarse mejor, tener menos ingresos hospitalarios, sentirse menos enfermo, asistir a la escuela, y ser como sus amigos. No obstante, este incremento en la longevidad nos

* Departamento de Medicina Experimental; Clínica para niños con inmunodeficiencias, UNAM-Hospital General de México.

Correspondencia: Dra. Noris Pavía Ruz. Dpto. de Medicina Experimental, UNAM. Dr. Balmis 148, Col. Doctores. C.P. 06726, México D.F. E-mail: noris@servidor.unam.mx

ha enseñado otros aspectos de la enfermedad y a pesar de los avances en terapéutica médica no ha sido posible revertir el daño al núcleo familiar ni a las vidas fracturadas.¹

Concentrados en la búsqueda de una cura para esta enfermedad, suele olvidarse el estado psicológico de los pacientes. Al daño del sistema inmunológico se suman trastornos mentales de todo tipo (psiquiátrico-psicológico vs orgánico), desde depresiones pasajeras hasta problemas mentales crónicos. Estas complicaciones difieren en cada persona, de acuerdo a la edad y momento o estadio en el que se encuentra la enfermedad. Aunque no todos los enfermos con SIDA están expuestos a sufrir enfermedades psiquiátricas graves asociadas a la inmunodeficiencia, la mayoría desarrolla algún tipo de problema emocional.

Los problemas psico-sociales que enfrentan los niños infectados por el VIH/SIDA y sus familias representan una amplia variedad de trastornos como lo son: aislamiento, problemas relacionados con la revelación del diagnóstico, estigma social, depresión, enojo y confusión.²

Esta revisión tiene como objetivo describir los principales trastornos psicológicos que se presentan en los niños y adolescentes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

La presencia de una enfermedad crónica durante la infancia tiene un profundo efecto psicológico, social y sobre la integridad de la familia.² La mayoría de los pacientes con enfermedades crónicas presentan una gran variedad de cambios psicológicos que incluyen la perspectiva de pérdida real y anticipada, disminución de la calidad de vida, miedo al deterioro físico y, finalmente, la muerte.³ En pediatría, las enfermedades crónicas tienen secuelas psicológicas y de otro tipo tales como: el impacto de la cronicidad, un curso clínico impredecible y la necesidad de procedimientos clínicos que pueden resultar dolorosos y difíciles. El niño con enfermedad crónica requiere de hospitalización, consultas frecuentes y como resultado de ello, ausentismo escolar e interrupción del curso normal de eventos sociales y escolares, lo cual lo hace diferente a sus pares.⁴ En VIH se amplifica el impacto de estresores psicológicos en adición a aquellos que generalmente se asocian con

enfermedades crónicas, la infección por VIH/SIDA está acompañada de estigma, lo cual genera en el niño y su familia enojo, angustia y miedo de revelar el diagnóstico. Los problemas psicológicos son frecuentes en las enfermedades pediátricas agudas y crónicas, sin embargo no existe ningún paralelismo entre ellas y SIDA debido a la gran constelación de trastornos que afectan al niño y su familia.¹

A partir del momento del diagnóstico se rompe con el equilibrio familiar llevándolas a la desorganización y crisis. Se han identificado como puntos de mayor crisis psicológica en la familia los siguientes eventos: Al realizar las pruebas de tamizaje durante la consejería, al momento de informar el diagnóstico, al decidir el inicio del tratamiento y en el estadio final de la enfermedad.¹

En el niño los momentos que consideramos con mayor crisis psicológica son: al iniciar los procedimientos médicos, al inicio de terapia antirretroviral, durante las hospitalizaciones, pérdida de alguno de los padres y al momento de revelar el diagnóstico.

En los pacientes con enfermedades crónicas, como el caso de VIH/SIDA, se presentan trastornos adaptativos, con síntomas de ansiedad, miedo, depresión y alteraciones de la conducta, además de molestias físicas diversas. Estos trastornos se manifiestan cuando el paciente nota que su enfermedad avanza o se enfrenta a la pérdida de un ser querido o al rechazo cuando conocen su estado. A estas alteraciones suelen asociarse los trastornos de ansiedad. La depresión es un problema asociado con frecuencia a la infección por VIH/SIDA y aparece como reacción a las dificultades vinculadas con la enfermedad; puede darse el caso que el mismo paciente no se percata de su depresión, pero sus familiares lo notan decaído, aislado, ausente, encamado; se abandona a sí mismo, deja de ir a la escuela, disminuye la ingesta de alimentos, disminuye su actividad lúdica y presenta una falta de motivación. Con el estado de ánimo depresivo, se pierde el interés y la ilusión por las cosas. Todo esto merma su autoestima y disminuye su calidad de vida, porque a estos síntomas se agregan los propios del avance de la enfermedad; es fácil comprender que concluyan que la muerte es una opción, principalmente los adolescentes.⁵

REACCIONES PSICOLÓGICAS OBSERVADAS EN NIÑOS CON VIH/SIDA

Los niños menores de 2 años no integran el concepto de enfermedad/muerte y el efecto psicológico de la enfermedad recae principalmente en los padres o responsables, en tanto que los lactantes son más susceptibles a eventos inmediatos y a la separación de los padres (pérdidas). De acuerdo a la edad y estadio de desarrollo del niño, la hospitalización y adaptación o separación de los padres puede ser difícil. El estrés emocional de los padres definirá su propia capacidad para ayudar al niño durante las hospitalizaciones y procedimientos médicos. Los niños en edad escolar se preocupan más frecuentemente por exámenes y procedimientos médicos, alrededor de los 6 años comienzan a conceptualizar la muerte como un proceso. Es necesario un abordaje sencillo y honesto con los niños y adolescentes en relación a procedimientos médicos y hospitalizaciones siendo de gran beneficio para los niños la preparación mediante el juego o los libros de dibujo que ilustren el o los procedimientos. Los niños infectados por VIH pueden sentirse diferentes a sus pares, ya que tienen múltiples faltas a la escuela por enfermedad, también su aspecto físico es diferente en comparación con chicos de su misma edad, siendo con frecuencia más bajos y delgados que sus compañeros,² aunque con los nuevos esquemas de tratamiento y un manejo integral de los pacientes esto podría modificarse en un futuro.

Dentro del desarrollo emocional de los niños existen mecanismos de defensa normales y adaptativos, como la negación y la regresión a etapas anteriores en donde las circunstancias fueron más placenteras, y es frecuente observar estos mecanismos en los niños para salir adelante de una situación con menos lesiones psíquicas. Es muy importante trabajar estos aspectos en psicoterapia para evitar o disminuir cuadros como la angustia de separación, temor a la pérdida del objeto, angustia de castración, depresión analítica, entre otros más. Los trastornos psicológicos del niño con infección por VIH/SIDA aparecen como conductas de desobediencia, ira, enojo, agresión y otras conductas disruptivas que pueden estar relacionadas con depresión infantil, la cual puede asociarse a la historia previa de la familia y problemas asociados a la enfermedad.⁶ El

principal trastorno psicológico observado en nuestros pacientes es depresión.

En nuestra experiencia, la mayoría de los niños con VIH que acuden a atención integral provienen de familias de medio socioeconómico bajo, desintegradas, con dificultades sociales significativas como lo son: alcoholismo y maltrato físico entre otros, previo a la infección por el VIH.

EL ADOLESCENTE INFECTADO POR VIH/SIDA: SOBREVIVIENTES DE LA INFECCIÓN PERINATAL

La adolescencia es el periodo de transición entre la infancia y la vida adulta, y en la cual se llevan a cabo las tareas normales del desarrollo como son: la individuación y separación de la familia, el desarrollo de una sexualidad saludable, la construcción de relaciones amigables y románticas maduras, de un sistema de valores e ideología personales, la completa maduración de crecimiento físico y sexual, una separación relativa de la autoridad parental, experimentación de nuevas conductas y el desarrollo de autosuficiencia, convirtiendo esta etapa en un punto crítico.⁷ Sin embargo, los adolescentes que fueron diagnosticados con infección por VIH en etapas muy tempranas de la vida no necesariamente esperan ser capaces de realizar todas estas tareas ya que están acostumbrados a depender de sus padres para su cuidado y alcanzar una sensación de independencia puede resultarles atemorizante.⁸⁻¹⁰ Para el promedio de los adolescentes no infectados, existe cierto conflicto al momento de confrontar decisiones acerca de relaciones románticas, actividad sexual, experimentar con drogas y alcohol, los adolescentes con VIH/SIDA además deben considerar problemas de la revelación del diagnóstico, la transmisión del VIH, reacciones adversas a los tratamientos farmacológicos y el apego a éstos.^{8,9,11} Un punto importante en la atención al adolescente infectado con VIH es la educación encaminada a medidas preventivas, al cuidado del cuerpo, a favorecer la autoestima y a la vida independiente.

Los adolescentes con VIH/SIDA se enfrentan a otros eventos estresantes: problemas económicos de la familia, padres que abusan del alcohol, cambios frecuentes de residencia y escuela, accidentes y muertes en la

familia; estos eventos se asocian directamente con distress psicológico y si la respuesta a estos eventos es negativa puede asociarse con mayor ansiedad y depresión. Niños y adolescentes sufren de un amplio espectro de manifestaciones psiquiátricas que van desde la ansiedad hasta la depresión, llegando a la ideación suicida, aislándose y temiendo una muerte temprana que ven como inevitable, muchas veces temen transmitir el VIH y se sienten culpables de ser una carga familiar.^{10,12}

En un gran porcentaje de adolescentes infectados con VIH/SIDA que manejamos en nuestra clínica se han observado trastornos depresivos, ansiedad, bajo rendimiento escolar y en algunos casos ideación suicida.

El futuro de los adolescentes infectados perinatalmente con VIH durante el inicio de la epidemia es incierto dado que en esas épocas la experiencia en el área pediátrica era muy limitada así como la disponibilidad de tratamientos, esta primera generación de adolescentes están sobreprotegidos, huérfanos en su mayoría o al cuidado generalmente de un adulto mayor (abuelitos), por lo que es de gran importancia el manejo integral en todas las áreas incluyendo sexualidad dada la posibilidad de una segunda generación de niños infectados por VIH por vía perinatal.

LA FAMILIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA

Cuando un niño es traído a la consulta con diagnóstico, o sospecha, de infección por el VIH/SIDA, no es un problema médico sólo del niño infectado, ya que se trata de una enfermedad familiar en la mayoría de los casos. La vida de estas familias con frecuencia se mueve entre el caos y la extrema pobreza, a los que se agregan la falta de seguridad médica, padres sin empleo y una larga lista de problemas sociales previos al diagnóstico; en muchos casos existe antecedente de alcoholismo, maltrato físico y/o psicológico y, en algunos casos, abuso sexual.¹³

Se pueden observar patrones de interacción de las madres con sus hijos cubriendo toda la gama desde los cuidados excesivos al completo rechazo; desde la aparente ceguera e insensibilidad a la enfermedad del niño hasta una exageración en su cuidado.

Al igual que en otras enfermedades crónicas, puede afectar negativamente la relación de pareja, exacerbando problemas conyugales de diversas maneras. En el caso del varón, puede alejarse del hogar dejando a la mujer la responsabilidad del cuidado del niño, lo cual se observa con frecuencia cuando el niño es hospitalizado. Los padres pueden tener problemas para asumir el diagnóstico e incrementan o vuelven al consumo de alcohol. La familia va desintegrándose paulatinamente, y los niños pueden tener fantasías en los extremos: estar en una crisis o la negación.¹³

Es importante tomar en cuenta que los hermanos de niños y adolescentes infectados por el VIH sufren también de numerosos trastornos. Es frecuente que se irritan por tener que ayudar a los hermanos que padecen la enfermedad, que sientan culpa por no estar infectados, se tratan de aislar y temen contraer la infección. Este temor está influenciado por factores como la edad, la educación, la información, el entendimiento de la enfermedad y la actitud de los padres respecto a la misma.¹⁴

La pérdida y desolación por la muerte de uno o varios seres queridos continúa siendo uno de los problemas psico-sociales críticos descritos en niños y adolescentes que viven con VIH/SIDA. El estigma social asociado al SIDA, es quizá el factor más frecuentemente citado que complica el proceso de luto, debido al hecho de que muchos niños sienten que ellos no pueden reconocer abiertamente la muerte de miembros de la familia o pares. En este proceso se observa desolación por reacciones emocionales fuertemente intensificadas: enojo, culpa y depresión. Las múltiples pérdidas de figuras significativas que han sufrido niños y adolescentes infectados con el VIH durante el curso de sus vidas, también predisponen al aumento de riesgo de psicopatología.⁹⁻¹¹ En el proceso de duelo, niños y adolescentes no solamente temen la posibilidad de perder a sus seres queridos, sino también de perder sus propias vidas, y pueden responder de manera muy diferente en cuanto a la forma de experimentar las pérdidas de acuerdo a experiencias pasadas y grado de desarrollo intelectual.¹¹

REVELACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

El SIDA es una controvertida enfermedad de la historia moderna debido a la percepción errónea que tiene

la sociedad en cuanto a que una persona se infecta sólo por conductas “socialmente inaceptables” tales como: “el hombre que tiene relaciones sexuales con hombres”, uso de drogas, promiscuidad, y otros problemas sociales, lo cual constituye un estigma para las personas que la padecen.

La pregunta acerca de “cuándo, cómo y quién” debe hablar con el niño acerca del diagnóstico es un problema crucial. Algunos autores argumentan que guardar en secreto el diagnóstico puede generar distress personal y soledad.

Aún en estas épocas, el vivir con VIH/SIDA es vivir con una enfermedad que se acompaña de estigma y discriminación y los padres pueden mostrar resistencia a revelar el diagnóstico a sus hijos infectados por VIH y las principales razones para ello son: el distanciamiento del resto de la familia, los amigos, la pérdida del empleo, la creencia de que el niño no comprenda el diagnóstico, o no pueda guardar esta información para sí mismo y revelarla a otros. Los padres pueden no revelar el diagnóstico para proteger a sus hijos de realidades difíciles, para mantener la “inocencia” del niño el mayor tiempo posible sin la carga que representaría saber que necesitará tratamiento por el resto de su vida, o para evitar el enojo que puede generar en el niño saber que sus padres le transmitieron la enfermedad, entre otros. Sea cual sea la causa para que los padres no revelen el diagnóstico a sus hijos, lo cierto es que la energía que se requiere para mantener en secreto el diagnóstico puede tener efecto negativo sobre el niño y la familia. Se ha observado mayor frecuencia de depresión entre los padres que deciden no revelar el diagnóstico a sus hijos que entre aquellos que sí lo hacen. La mayoría de los autores recomiendan que sean los médicos tratantes quienes en conjunto con psicología y los padres o responsables de los niños revelen el diagnóstico parcial o total. Las familias que deciden hablar con su hijo acerca del diagnóstico necesitan ayuda para hablar con un estilo acorde al desarrollo cognitivo y emocional del niño. Es muy importante mantener abierta la comunicación entre los padres y su hijo una vez que se ha revelado el diagnóstico. La respuesta inicial del niño se relaciona con el estadio emocional del padre cuando se revela esta información.^{1,2}

La falta de información puede desarrollar en los niños y adolescentes fantasías inapropiadas y dolorosas sobre su enfermedad. El silencio alrededor de ellos puede alejarlos de las posibles fuentes de apoyo. Algunos autores sugieren que los niños y adolescentes que conocen el diagnóstico de su propia infección por VIH/SIDA tienen una mayor autoestima que los que la desconocen; y en cuanto a los padres que hablan con sus hijos, experimentan menos depresión que aquellos que lo ocultan.¹⁵ La autoestima del niño o adolescente se refuerza simplemente por el hecho de saber que los padres han sido honestos con él.

La comunicación abierta dentro de la familia acerca de la enfermedad del niño o adolescente se relaciona con mejores niveles de ajuste en estas familias. Algunas familias deciden revelar públicamente el diagnóstico de su hijo para aliviar la carga de la familia de vivir en secreto y para, de esta manera, educar a la gente de su comunidad.

Entre un grupo de adolescentes infectadas perinatalmente por VIH/SIDA se encontró inicio de actividad sexual precoz y embarazos entre aquellas chicas en quienes la revelación del diagnóstico se realizó más tardíamente (12-15 años) que entre las que se hizo a una edad menor; esta observación sugiere la necesidad de revelar tempranamente (8-14 años) el diagnóstico con el objetivo de discutir con el adolescente medidas que reduzcan el riesgo de adquirir ITS, embarazos no deseados y la posibilidad de infectar a su pareja sexual.¹⁶

La Academia Americana de Pediatría sugiere las siguientes recomendaciones en el manejo del niño infectado por VIH/SIDA:

- a) Padres o tutores de niños con VIH/SIDA deben ser aconsejados por un grupo de profesionales de la salud para revelar el diagnóstico.
- b) El diagnóstico se dará de forma individual para cada niño teniendo en cuenta su edad, grado de madurez, habilidad cognitiva, estado clínico y circunstancias sociales.
- c) En general, los niños más pequeños, si tienen síntomas estarán interesados en conocer qué les pasará en el futuro inmediato. Se deberá hablar con ellos de su enfermedad tratando de detectar sus temores e interpretaciones erróneas.

- d) El modo de dar a conocer el diagnóstico al niño deberá ser discutido y planeado con los padres y profesionales especializados en el tema.
- e) Los adolescentes deben saber de su enfermedad y estar informados para que tengan en cuenta las consecuencias de varios aspectos de su salud incluyendo su comportamiento sexual, así como también para tomar decisiones acertadas sobre su tratamiento y participar activamente con el equipo de salud. El médico debería sugerir a los adolescentes que involucren a sus padres en su cuidado.¹⁵

Consideramos que en general las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría se pueden aplicar en nuestro medio.

Con respecto al manejo, se recomienda en menores de 12 años la terapia de juego con diferentes técnicas como el dibujo, cuentos y en los niños mayores con psicoterapia de apoyo en donde puedan verter los diferentes conflictos que les atañen.

Algunos puntos de importancia durante la psicoterapia:⁴

1. **Generar sentimientos de seguridad.** Establecer un “ambiente seguro” implica la sensación de honestidad y cooperación entre el niño y el terapeuta para que juntos puedan enfrentar problemas difíciles y aprender a tolerar la frustración. En este proceso es muy importante la cooperación de padres o responsables y puede requerir de mucho tiempo para alcanzarla.
2. **Entender el concepto de enfermedad.** Ya sea que el niño conozca o no el diagnóstico, uno de los puntos más importantes que deben abordarse en la terapia es que el niño comprenda la causalidad de la enfermedad y el impacto de la enfermedad en la vida del niño. El desarrollo cognitivo es una progresión secuencial caracterizada por una mayor diferenciación, refinamiento de funciones mentales y un mayor grado de organización. El pensamiento del niño acerca de la causalidad de su enfermedad sigue una secuencia de desarrollo similar, y ello involucra esquemas para explicar síntomas y tratamientos. El niño con VIH/SIDA describe experiencias de síntomas físicos desagradables, lo cual es

importante para el terapeuta para conocer qué entiende acerca de la enfermedad en general.

3. **Revelación del diagnóstico.** Esta decisión es extremadamente compleja y, de hecho, pertenece al padre o responsable. El médico o psicólogo pueden jugar un papel crucial en el proceso de la toma de decisión, pero con frecuencia es el psicólogo del niño quien es consultado por los miembros de la familia acerca del momento de revelar el diagnóstico. La decisión final debe tomarse después de una cuidadosa consideración del nivel cognitivo del niño, del estadio de la enfermedad y las necesidades de la familia. Deben tomarse en cuenta 3 puntos: a) La verdad generalmente es preferible para el niño que lo desconocido, b) La información debe proporcionarse de acuerdo al desarrollo del niño y c) La revelación es un proceso, no un evento.
4. **Definir objetivos y fuentes de felicidad,** a pesar de la enfermedad.

La UNICEF está desarrollando un programa a mediano plazo (2002-2005) de asistencia a los niños infectados por VIH/SIDA concediendo prioridad a las siguientes medidas:¹⁷

- Prestar servicios de orientación y de asistencia psico-social a los huérfanos y otros niños y niñas vulnerables.
- Velar para que asistan a la escuela y tengan acceso a una vivienda, a una buena nutrición, salud y servicios sociales en pie de igualdad con otros niños y niñas.
- Aumentar la capacidad de las comunidades para identificar y supervisar los hogares vulnerables.
- Prestar atención y asistencia a los huérfanos y a los niños vulnerables en condiciones favorables y bajo la protección de adultos responsables, y
- Ofrecer a los huérfanos y a los niños vulnerables protección contra todas las formas de maltrato, de violencia, de explotación, de discriminación y de pérdida de herencia.

Se puede concluir que los niños y adolescentes infectados con VIH requieren de atención integral incluyendo apoyo psicológico del paciente y la familia.

Dado que los niños infectados con VIH tienen una mayor sobrevivencia y cuando menos están llegando a la etapa de adulto joven es necesario replantearnos el manejo desde etapas tempranas reforzando una sexualidad saludable y prepararlos para una vida independiente en el futuro. Así mismo, existe la necesidad de una mayor preparación del personal de salud en el área del adolescente con enfermedades crónicas.

REFERENCIAS

1. Wiener L, Septimus A, Grady C. Psychosocial support and ethical issues for the child and family. In: Pizzo W ed: *Pediatric AIDS: The challenge on HIV infection in infants, children and adolescents*. Lippincott 2000;703-27.
2. Wiener L, Figueroa V. Children speaking with children and families about HIV infection. In: Pizzo W ed: *Pediatric AIDS: The challenge on HIV infection in infants, children and adolescents*. Lippincott 2000; 728-758.
3. Reimien R, Rabin J. Psychological aspects of living with HIV disease. *West J Med* 2001;175(5):332-35.
4. Pollack SW, Thompson CL. The HIV infected child in therapy. In: Boyd-Franklin N, Steiner GL, Boland MG, eds. *Children, families and HIV/AIDS: Psychosocial and therapeutic issues*. New York: The Guilford Press, 1995:127-141.
5. Quintanilla MB. La fractura mental: lo que ignoramos del SIDA. Istmoenlinea.com.mx/26505.html
6. Gossart W, Moss N. Support groups for HIV affected children. *J of Child and Adolescent Group Therapy*. 1998;8(2):55-69.
7. Kipke M, Futterman D, Hein K. HIV Infection and AIDS during adolescence. *Med Clin North Am* 2000;74(5):1149-1167.
8. Villarosa L. A new generation: teenagers living with HIV. *New York Times*. 2001:7.
9. Wiener L, Beattles H, Heilman N et al. Factors associated with disclosure of diagnosis to children with HIV/AIDS. *Pediatr AIDS and HIV Infect: fetus to adolesc* 1996;7(5):310-326.
10. Rotheram-Borus MJ, Lee M, Gwadz M. Challenges associated with increased survival among parents living with HIV. *Am J Public Health* 2001;91:1294-1302.
11. Battles H, Wiener L. From adolescence through young adulthood: Psychosocial adjustment associated with long-term survival of HIV. *J Adolesc Health* 2002;30:161-168.
12. Mass H, Base S, Wolters O et al. A preliminary study of factors associated with psychological adjustment and disease course in school-age children infected with the HIV. *J Development and Behavioral Pediatrics* 1998;19:18-25.
13. Goicochea BA. Children with HIV/AIDS and their families. *Health and Social Work*. 1998;23(1):61-69.
14. Mellins SC, Ehrhardt A. Families affected by pediatric acquired immunodeficiency syndrome: sources of stress and coping. *J of Developmental and Behavioral Pediatrics* 1994;15:54-60.
15. American Academy of Pediatrics . Committee on Pediatric AIDS. Disclosure of illness status to children and adolescents with HIV infection. *Pediatrics* 1999;103(1):164-166.
16. CDC. Pregnancy in perinatally HIV infected adolescents and young adults-Puerto Rico 2002. In: *MMWR* 2003; 52 (08):149-151.
17. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Nueva York, 2002.

