

LAS IMPLICACIONES CLÍNICAS Y PSICOLÓGICAS DEL VIH Y SIDA EN LOS
SERES HUMANOS Y EL TRABAJO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

Gabriela Pinto Quimbayo.

Universidad de La Sabana
Facultad de Psicología
Diplomado en Psicología Clínica y de la Salud
Chía, Mayo de 2006.

Resumen.

La infección por VIH y el SIDA se han convertido en un reto para la humanidad, los organismos de salud, las instituciones y los gobiernos, porque es una entidad asociada a la conducta sexual humana, es una infección altamente transmisible, crónica, costosa y técnicamente compleja de abordar. Las estrategias de prevención han demostrado un impacto positivo en controlar la transmisión pero requiere de grandes inversiones, amplia cobertura y permanente continuidad, porque se sabe que la información sobre los mecanismos de riesgo y de protección, no son suficientes para lograr un cambio en las conductas de riesgo. En el siguiente artículo se analizará el problema de la infección con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), su comportamiento epidemiológico, clínico y psicológico en aspectos referidos a calidad de vida del paciente, familiares, y de amistad; y principalmente el rol que debe ejercer un psicólogo de la salud; como también el abordaje diagnóstico y terapéutico y las principales medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria. El enfoque está dirigido a estudiantes y profesionales del área de la salud, no expertos en SIDA.

Palabras Clave: VIH, SIDA, Rol del Psicólogo.

Abstract

The HIV infection and AIDS have become a challenge for human kind, health organisms, institutions and governments, for it is an entity associated to human sexual behavior. It is a highly transmissible infection, chronic, expensive and technically complex to deal with. Preventive strategies have proved a positive impact in controlling its transmission but it requires great investment, extensive medical coverage and continuity, because its known that information regarding risks and protection mechanisms, are not enough to accomplish a risk behavioral change. The following article will analyze the problem of the infection with the Human Immunodeficiency Virus (IHV) and the Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), its epidemiological, clinical and psychological behavior, in matters regarding patient's, family and friends life quality; and mainly the role of a health psychologist; as well as facing therapy and diagnosis, the main primary, secondary and tertiary preventive procedures. The article's approach is towards students and health related professionals, not AIDS experts.

Key Words: HIV, AIDS, Psychologist (rol)

LAS IMPLICACIONES CLÍNICAS O MEDIDAS PSICOLÓGICAS DEL VIH Y SIDA
EN LOS SERES HUMANOS Y EL TRABAJO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD.
UNIVERSIDAD DE LA SABANA.

Contextualización del Problema

El sistema inmunológico protege al cuerpo de agentes extraños que pudieran penetrarlo. A veces la tensión ejerce un efecto tal en el sistema inmunológico que el cuerpo se vuelve susceptible a las infecciones.

El virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) infecta varias células del organismo, pero especialmente la línea de linfocitos T ayudadores (CD4), causando una infección latente que en varios años produce el deterioro cuantitativo y cualitativo del sistema inmunológico, dando como resultado el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, universalmente conocido como SIDA. Esta infección viral se ha destacado desde varios años atrás por ser la gran enfermedad que ha comprometido a todos los sectores de la población sin distinción de edad, sexo, raza, ubicación geográfica o condición social. Esta enfermedad se ha convertido en un problema que contiene varias caras tales como, el infectado y su pareja; el entorno familiar, escolar, laboral y social; por otra parte las instituciones de salud; la economía, la empresa y el estado. Por tal motivo este problema debe ser desarrollado y ejecutado por el trabajo de un equipo interdisciplinario teniendo como fin la mejoría de la calidad de vida del ser humano o paciente en este caso.

Cohen y Herbert (1996) ilustran las rutas por medio de las cuales factores psicológicos y sociales influyen en el funcionamiento del sistema inmunológico. Modificaciones conductuales en respuesta a los sucesos estresantes, como fumar mucho o

mallos hábitos alimentarios, también pueden suprimir al sistema inmunológico. (Ver figura 1).

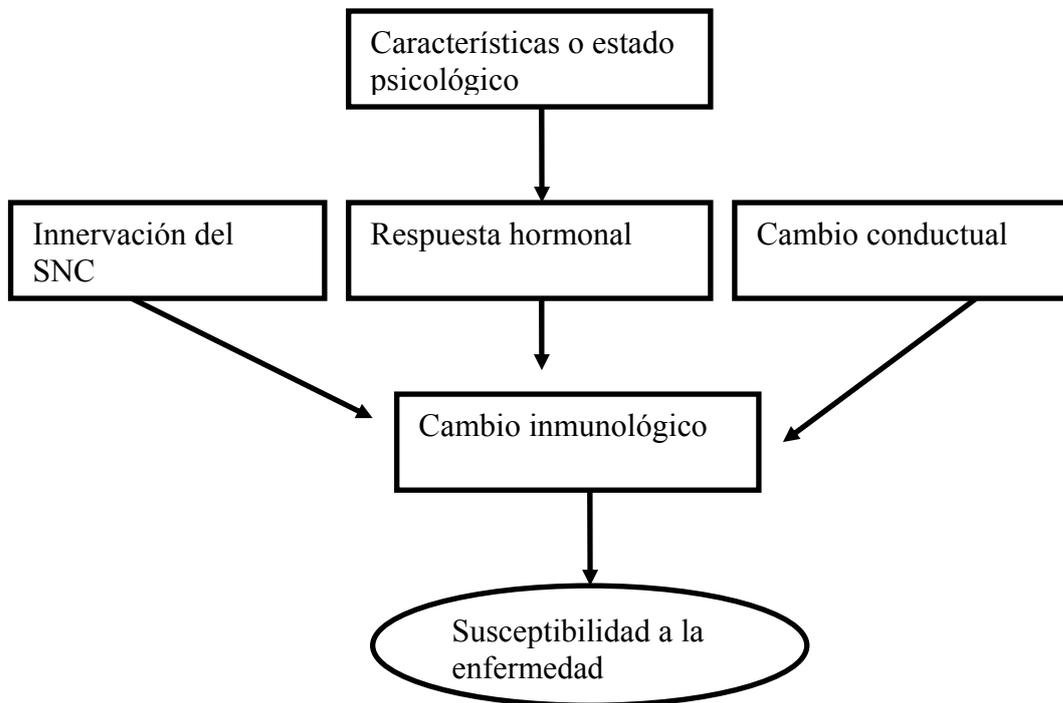


Figura 1. Rutas por medio de las cuales podrían influir los factores psicológicos en la aparición y evolución de enfermedades por el sistema inmunológico.

Epidemiología.

Ángel y Uribe (2003) recapitulan en libro de Bedoya y otros (2003) el inicio del VIH para junio de 1981 donde se notició en los Estados Unidos la primera descripción de un nuevo síndrome de inmunodeficiencia adquirida, el cual en sus comienzos se asocio a hombres quienes mantenían relaciones sexuales con hombres; seguidamente se identifico que la enfermedad no era exclusivamente de este segmento de la población y que también comprometía drogadictos intravenosos, hemofílicos, receptores de transfusiones y personas heterosexuales. Mas 20 años después de la propagación de la infección, la cual se convirtió en la peor epidemia de la humanidad y teniendo en cuenta el numero de vidas comprometidas, hoy se sabe que cualquier persona con vida sexual activa, o que por

accidente se contamine con sangre o secreciones corporales de un paciente infectado por VIH, puede ser víctima de la enfermedad. La prevalencia global de la enfermedad es de 1.2 % pero la epidemia consta de varias características en cada región e incluso en cada país del mundo, influenciada por factores culturales, geográficos, religiosos, políticos y económicos; como se especifica en el siguiente cuadro. .

	Inicio de la epidemia	Adultos y niños que viven con el VIH-SIDA	Adultos y niños recién infectados por el VIH	Prevalencia entre adultos (*)	%de los adultos VIH positivos que son mujeres	Principales modalidades de transmisión en los adultos que viven con el VIH (**)
África subsahariana	Finales de los 70 com. De los 80	28,1 millones	3,4 millones	8.4 %	55 %	Hetero
África del norte y Oriente medio	Finales de los 80	440.000	80.000	0.2 %	40 %	Hetero, CDI
Asia del Sur y Sudoriental	Finales de los 80	6.1 millones	800.000	0.6 %	35 %	Hetero, CDI
Asia Oriental y Pacifico	Finales de los 80	1 millón	270.000	0.1 %	20 %	CDI, hete, VSV
América Latina	Finales de los 70 com. De los 80	1,4 millones	130.000	0.5 %	30 %	CDI, hete, VSV
Caribe	Finales de los 70 com. De los 80	420.000	60.000	2,2 %	50 %	Hetero y VSV
Europa Oriental y Asia Central	Com.de los 80	1 millón	250.000	0.5 %	20 %	CDI
Europa Occidental	Finales de los 70 com. De los 80	560.000	30.000	0.3 %	25 %	VSV, CDI
América del Norte	Finales de los 70	940.000	45.000	0.6 %	20 %	CDI, hete, VSV

	com. De los 80					
Austria	Finales de los 70 com. De los 80	15.000	500	0.1 %	10 %	VSV
TOTAL		40 millones		1,2 %	48 %	

* La proporción de adultos (15 a 49 años de edad) que viven con VIH-SIDA en 2001, basándose en las cifras demográficas del 2001.

** VSV: varones que tienen relaciones sexuales con varones; CDI: Consumo de drogas intravenosa; Hetero: Heterosexuales.

Tabla 1. Estadísticas y características regionales del VIH –SIDA, diciembre de 2001, ONUSIDA.

En el reporte anual sobre el avance del Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) destacó que casi cinco millones de personas se contagiaron con esta enfermedad mortal durante 2005, lo que elevó la cifra a 40.3 millones de infectados en el mundo.

La ONU señaló que más de 3 millones de personas murieron por sida, de las cuales 570 mil eran niños. El informe fue revelado en Brasil, país que, junto con Argentina y Colombia, fueron los que más contagios registraron en Latinoamérica. Donde se reportaron 1.8 millones de infectados. México tuvo la tasa de infección más baja, ubicada en 1%. La discriminación a los seropositivos sigue siendo el principal problema sanitario. Situación difícil que es generalizado en todos los países de Latinoamérica, en algunos casos debido a la falta de servicios de atención como la compra de seguros de vida, buscando que las personas con VIH-SIDA mejoren su calidad de vida, que tengan un rol más activo, con justo cuidado y ayuden a modificar las políticas de salud en sus países.

En la región América Latina la epidemia tiene patrones diferentes según la subregión. El patrón de transmisión predominantes heterosexual y las condiciones de pobreza, desempleo guerra y desplazamiento forzado y la falta de acceso a la información y a la salud son los principales responsables de la magnitud creciente de la epidemia.

En Colombia la tendencia de la epidemia es creciente y se ha generalizado pasando de las ciudades de las áreas rurales y caracterizándose por afectar población muy joven, especialmente mujeres y estratos paupérrimos. Las condiciones económicas y políticas del país, aso como la falta de compromiso del Estado en la adopción de medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria son las responsables de estas características de la epidemia. (Ángel y Uribe, 2003, p. 645)

Estructura del Virus.

Según Díaz, Estrada, Ospina Orozco, 1995; el VIH pertenece a la familia del retrovirus junto con los agentes causales de la leucemia de células T del adulto; perteneciendo al genero Lentivirus, especies que se caracterizan por producir infecciones lentas y persistentes que causan enfermedades después de un largo periodo de recopilación. Es decir; como todo retrovirus se caracteriza por un genoma compuesto por una cadena de RNA y enzimas asociadas, la transcriptaza reversa, cuya función es transcribir el RNA a una copia de DNA que se integra en el genoma de la célula hospedera; como lo indica la figura 2.

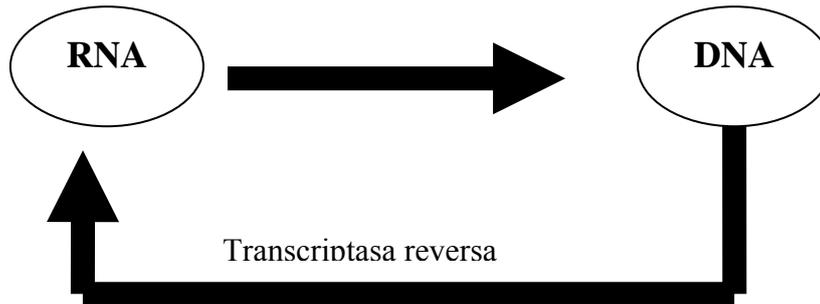


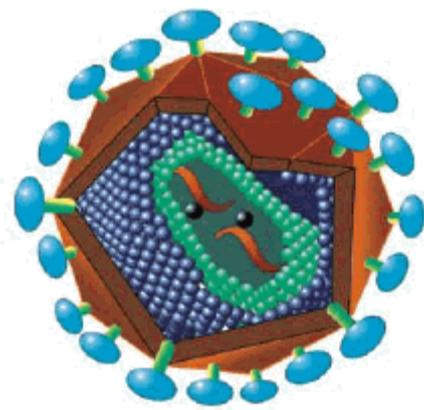
Figura 2. El efecto del retrovirus.

El genoma viral está constituido por 9 genes, 3 estructurales y 6 reguladores; los genes reguladores incluye: el **tat**, que incrementa la expresión viral, el **rev**, regulador de la expresión de las proteínas, que selectivamente aumenta o disminuye la producción de componentes estructurales del virus; el **nef**, que parece ser el responsable de la capacidad del VIH de replicarse lentamente en los primeros años de la infección; el **Vif**, capacidad infecciosa del virus, ayuda a iniciar la replicación, el **vpu**, facilita la liberación del virus y **vpx**, transactivador contenido en el virión. Dentro de los genes estructurales, los cuales codifican proteínas estructurales encuentran: el gen **gag**, proteínas del centro que codifican las core, entre ellas la p24, el gen **pol**, transcriptasa inversa – proteasa e integrasa, codifica las enzimas claves en la replicación viral y el gen **env**, las proteínas de la envoltura, gp130 y gp 41.

Ciclo Replicativo

El primer paso en la infección con el VIH es la adhesión de la glicoproteína de la envoltura, gp120 (célula hospedera), a un receptor celular, generalmente un linfocito T y la molécula CD4 (todas aquellas células que tengan proteínas CD4) en su superficie; seguido de la unión gp120-CD4 se produce la fusión de la envoltura viral con la membrana celular, se desintegra el core y se libera el RNA en el citoplasma, lo anterior es transcrito a una cadena DNA por acción de las enzimas transcriptasa reversa y ribonucleasa; transportando

el DNA al núcleo celular y una integrasa lo pega al genoma de la célula hospedera. Esta es la forma conocida como PROVIRUS, donde una célula humana que tiene integrada a su ácido nucleico la información genética viral. Cuando la célula infectada es activada, el DNA provital es transcrito por la polimerasa de la célula hospedera a un RNA que es trasladado en proteínas estructurales; estas se ensamblan en el citoplasma para formar el core; el virión adquiere su envoltimiento gemando a través de la membrana de la célula infectada; así el infectado tiene sus propias reactivaciones endógenas, cada vez que hay un ciclo replicativo. (ONUSIDA – 2004). (Ver figura 3).



Representación artística de una partícula de VIH, con el ARN y la transcriptasa inversa en el centro y las proteínas específicas del virus en la superficie. Los inhibidores de la proteasa están diseñados para interrumpir e impedir la formación de estas proteínas, incapacitando el desarrollo y la replicación de la partícula de VIH. (Andrew Davies, Instituto nacional para el control y los estándares biológicos, Reino Unido)

Figura 3. Estructura de un retrovirus de VIH.

Historia Natural de la Infección VIH

La historia natural de la infección va desde el momento de la transmisión del virus hasta la muerte desencadenante por las complicaciones secundarias a la inmunosupresión; consta de las siguientes etapas:

- Transmisión viral.
- Síndrome retroviral agudo.
- Seroconversión.
- Infección crónica asintomática.
- SIDA y muerte.

El tiempo promedio desde el momento de adquirir la infección por VIH hasta el desarrollo del Sida es de diez años, pero la progresión de la infección varía, dependiendo de factores del hospedero como estado inmune y nutricional e infecciones adquiridas en el pasado, y de características del virus como el fenotipo y la virulencia de la cepa. Esta progresión es alterada por la intervención terapéutica con antirretrovirales y medicamentos profilácticos. (Núñez, R 2000).

EL Sida es el estado final de la infección con el VIH si se aclara el curso de esta y los hechos que ocurren en la relación virus – hospedero, durante el tiempo que precede la enfermedad, se pueden comprender los mecanismos inmunopatogénicos. Aunque la célula CD4 es la más afectada, también se infectan los macrófagos, las células dendríticas, los precursores de las células T en médula y otras células que carecen de receptores CD4.

Transmisor del virus: existen 3 mecanismos de transmisión de esta infección; el primero se refiere a la transmisión sexual o contacto sexual, debido a que el semen y la secreciones vaginales son ricos en el virus; de igual forma las ETS dan mayor probabilidad de esta infección debido al número de compañeros sexuales y sus prácticas sexuales que aumentan el riesgo de contraer la infección del VIH. El contacto sexual explica más del 90 % de los casos. Teniendo en cuenta que la mujer tiene mayor probabilidad de infectarse, debido a que expone una superficie mucosa más grande y las condiciones de humedad de la vagina favorecen la viabilidad del virus, todas estas observaciones enfatizan la importancia del uso de métodos de barrera durante el contacto sexual, entre ellos el condón; este ha demostrado ser efectivo tanto in Vitro como en estudios epidemiológicos, en prevenir el paso del virus. Por otra parte el segundo mecanismo de transmisión es la infección por sangre y hemoderivados infectados siendo responsable del 2 % de los casos; tanto la sangre total como cualquiera de los productos de su fraccionamiento, provenientes

de un material infectante, se considera formas de eficiente contagio, el mayor riesgo se presenta en la etapa viremia inicial y en el estado avanzado sintomático, también el número de transfusiones, el tipo de producto que se transfunde y el hábito de compartir jeringas y agujas no esterilizadas y contaminadas con VIH, como ocurre entre los drogadictos y en accidentes laborales con objetos cortopunzantes, entre trabajadores de la salud de igual forma estos pueden llegar a exponer a sus pacientes. Finalmente y último mecanismo es la transmisión vertical que ocurre entre un 11% y el 16% cuando una madre gestante e infectada transmite la infección a su hijo. La infección puede ocurrir durante el embarazo, en el período perinatal (trabajo de parto y nacimiento) o después de que el niño nace, durante la lactancia por medio de leche materna o de la sangre de fisuras alrededor del pezón; los procedimientos que pueden disminuir el riesgo durante el parto incluye la higiene del canal vaginal y la limpieza rápida del recién nacido. Hasta el momento no se ha informado de la transmisión de la enfermedad por la exposición a sudor, saliva, lágrimas, orina, heces o vómito; tampoco se ha informado de la transmisión a través de vectores como los insectos. (Ministerio de Salud 2002)

Síndrome retroviral agudo: se presenta de dos a tres semanas de la infección y se acompaña de una disminución transitoria de los CD4 y una elevada viremia plasmática. Se dice que la infección es asintomática, pero se dice que las personas con infección aguda pueden tener síntomas, esto se presenta 2-3 semanas después de la infección y se caracteriza por fiebre, adenopatías, faringitis, úlceras de cavidad oral, entre otras, la duración de los síntomas es aproximadamente de 14 días, aunque puede ser hasta de dos meses y la mayor duración de esta se correlaciona con una progresión rápida al SIDA.

Seroconversión: tres semanas después de la infección hay disminución de la viremia plasmática lo cual se relaciona con la presencia de anticuerpos T citotóxicos específicos,

contra proteínas de envoltura y el core viral. Las pruebas para detectar anticuerpos contra el virus son positivas y puede hacerse el diagnóstico de infección por VIH.

Infección crónica asintomática: la gran mayoría de las personas VIH positivas carecen de síntomas durante este periodo de la infección, excepto la aparición de enfermedades de población general, correspondientes al riesgo epidemiológico específico según su edad, ocupación y procedencia en esta última fase del periodo asintomático puede presentarse patologías de piel y mucosas.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida: a medida que progresa la infección la carga viral aumenta, así como la heterogeneidad de las capas, (mayor virulencia y número de especies mutantes) y el número de las células CD4 menor de 200mm³ y el desarrollo de enfermedades causadas por gérmenes oportunistas, complicaciones neoplásicas y enfermedad devastadora.

Finalmente el VIH utiliza para sobrevivir todos los mecanismos que el sistema inmune tiene para atacar los microorganismos que invaden al hospedero. (Ver figura 4)

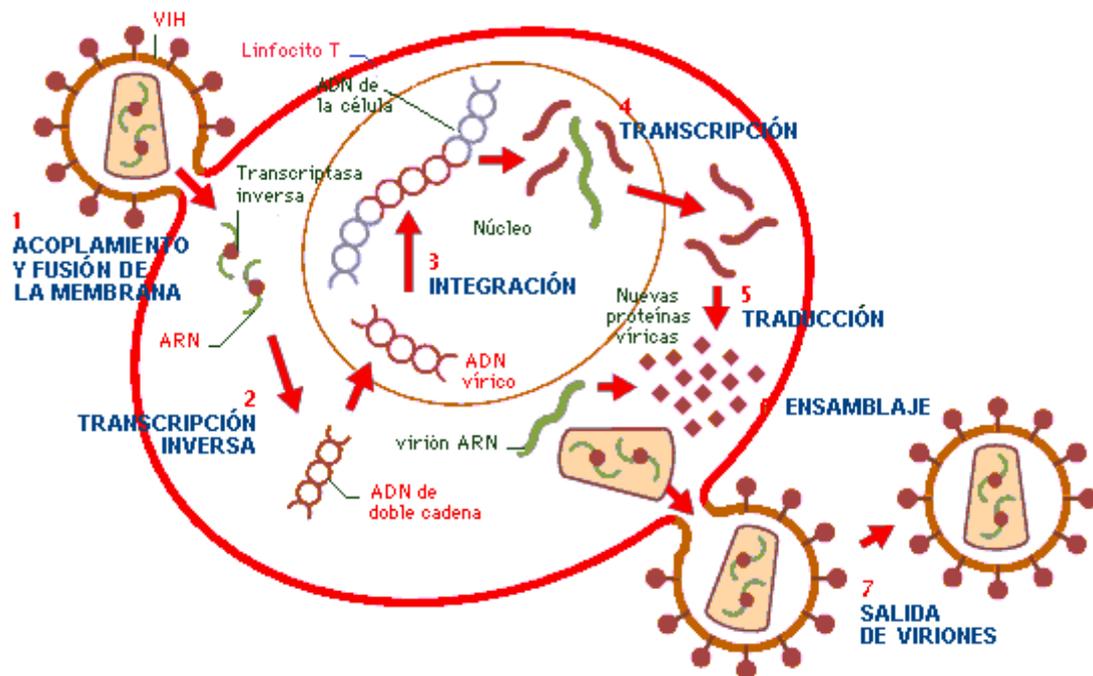


Figura 4. Ciclo vital del VIH. : Proyecto Inform. Gateway de VIH/SIDA.
http://www.thebody.org/pinf/espanol/oi_sp.html

Diagnostico de la Infección por VIH/SIDA.

Betancur (2000) afirma que actualmente se esta utilizando tres criterios para llegar a un diagnostico de infección por VIH y SIDA:

Criterio epidemiológico: la exposición posible o comprobada a un factor de riesgo para la infección por VIH constituye el punto de partida del diagnostico. Por esto se debe tener en cuenta los tres mecanismos de transmisión de la infección (transmisión sexual, transmisión sanguínea y perinatal, nombrada anteriormente durante e la historia natural del VIH.). A continuación se nombraran conductas o antecedentes de exposición al riesgo de infección por el VIH, practicándoles una prueba de laboratorios para corroborar la infección.

- Personas promiscuas (hombres o mujeres) heterosexuales y homosexuales.
- Hombres o mujeres dedicados a la prostitución.
- Personas bisexuales.
- Drogadictos (alcohol, cocaína, bazuco, marihuana, heroína, morfina).
- Compañeros sexuales de personas infectadas por VIH o con SIDA.
- Personas con alguna enfermedad de trasmisión sexual.
- Trabajadoras de la salud que manifiesten exposición percutánea o de piel no intacta o mucosas a líquidos con precauciones universales.
- Recién nacidos, hijo de madre con alguno de los criterios mencionados.
- Historia de tatuajes, acupuntura o procedimientos quirúrgicos con instrumental no estéril.

Criterios clínicos: la presencia de alguna de las entidades clínica aceptadas por el centro para el Control de la Enfermedad, de Atlanta, EE.UU. (CDC) como criterios que

permiten sospechar una infección por VIH o un SIDA es indicación para una prueba de laboratorio para VIH:

- **Candidiasis (muguet) :** La candidiasis es una infección micótica (por hongos) que puede infectar todo el cuerpo pero que a menudo ocurre en la boca y en la vagina
- **Citomegalovirus (CMV):** El citomegalovirus es un virus que infecta todo el cuerpo.
- **Complejo del *Micobacterium Avium* (MAC):** El MAC es una infección bacteriana que se encuentra en el agua, el polvo, la tierra y las materias fecales de algunos pájaros.
- **Criptosporidiosis:** La Criptosporidiosis es un parásito que puede causar diarrea.
- **Histoplasmosis:** La histoplasmosis es una infección por hongos.
- **Infección criptocócica:** La infección criptocócica es un hongo que principalmente afecta al cerebro.
- **Neumonía por *Pneumocystis carinii* (PCP):** La neumonía por *Pneumocystis carinii* es una enfermedad causada por un parásito que infecta los pulmones.
- **Toxoplasmosis (Toxo):** La toxoplasmosis es un parásito que infecta principalmente el cerebro.
- **Tuberculosis (TB):** La tuberculosis es una infección bacteriana que principalmente infecta los pulmones.

La clasificación del CDC para adultos y adolescentes es para quienes tienen el diagnóstico positivo para el VIH (dos pruebas presuntivas y una prueba suplementaria). Sin embargo, puede ser útil para realizar un diagnóstico presuntivo en aquellos lugares donde no existe la facilidad de realizar pruebas de laboratorio. Ver tabla 2. Y cuadro explicativo.

	CATEGORIA CLINICA		
	A	B	C
Sin recuento de célula CD4	Asintomático, infección aguda *2, linfadenopatía	SINTOMATICO no condición (A) ó (C) *3	Condiciones indicadoras de SIDA *4
RANGO DE CD4	A1	B1	C1
(1) $\geq 500 / \text{mm}^3$			
(2) 200 – 499 / mm^3	A2	B2	C2
(3) $\geq 200 / \text{mm}^3$	A3	B3	C3

*1 las categorías en letra grande y resaltada indican la expansión del SIDA. Las letras C sin importar el rango CD4 son casos de sida. Las letras A3 Y B3 probablemente desarrollaran SIDA.

*2 Linfadenopatias persistente generalizada: Nódulos en 2 o mas sitios extrainguales de por lo menos 1 cm. de diámetro por 3 meses o mas. La clasificación A incluye infección aguda por VIH.

*3 estas condiciones pueden ser atribuidas a la inmunodeficiencia por VIH o se complican con el curso de la infección, pero no indica SIDA.

*4 Una vez clasificada como C la persona permanecerá clasificada en esta categoría.

*5 El equivalente de las células CD4 y el porcentaje de CD4 del total de linfocitos es: $> 500 \Rightarrow 29\%$ $200-499 14 - 28$ $< 200 < 14\%$

Tabla 2. Clasificación del CDC para adolescentes y adultos (1992).

Categoría A: incluye una infección asintomático (la gran mayoría del los paciente permanecen durante largos periodos en una fase asintomático donde solo existe la evidencia serológica de la infección.), linfadenopatía generalizada progresiva (presencia de adenopatías mayores de 1 cm. en mas de dos sitios extrainguales y con una duración mayor de tres meses.), infección primaria aguda (se presenta un síndrome retroviral agudo caracterizado por fiebre, artralgias, mialgias, brote eritematomacular, compromisos neurológicos con meningitis; ocurre entre la segunda y sexta semana después de adquirir la infección y desaparece espontáneamente.

Categoría B: en esta categoría están las condiciones que revelan un defecto en la inmunidad celular o bien condiciones clínicas que requieren un manejo especial, o que se complican si la persona es seropositiva para el VIH. Se incluyen principalmente: angiomatosis bacilar, candidiasis oral, candidiasis vulvo vaginal, displacida cervical, síntomas constitucionales como fiebre o diarrea que dura mas de un mes, leucoplaquia vellosa oral, herpes zoster.

Categoría C: incluye todas las condiciones que define caso de SIDA; tales como: candidiasis de esófago o pulmonar, cáncer cervical, encefalopatías VIH Sarcoma de Kaposi, toxoplasmosis cerebral, neumonía por pneumocistis carini, herpes pulmonar o bronquial; Entre muchas otras. (Morbidity and Mortality Weekly Report, vol 41, 1992).

Estos criterios clínicos que se encuentran denominados por el tipo de enfermedad los diferentes tratamientos que se realizan y recomendaciones son de gran aporte para el área de psicología puesto que permite identificar características de consumo farmacéuticos y la exigencia que estos requieren para poder manejar una mejor calidad de vida tanto del paciente como lo cuidadores primarios; y de igual forma los diferentes síntomas que deben ser tenidos en cuentas para una mejor terapia psicológica o asesoramiento.

Criterios de laboratorio:

El diagnostico de la infección por VIH / SIDA se detecta por medio de técnicas de laboratorio que se basan en la demostración del virus, sus productos o los anticuerpos que producen contra las distintas proteínas virales. La prueba debe ser voluntaria y con previo consentimiento informado, según la legislación locales debe garantizar la confidencialidad, la atención integral y no la discriminación si el resultado es positivo; la prueba obligatoria solo se hace a los donantes de órganos, leche materna y hemoderivados. la prueba de VIH para propósitos diferentes a conductas necesarias para la atención inmediata debe ser

diferida hasta que el enfermo este en condiciones para dar el consentimiento. Estos métodos de diagnostico pueden clasificarse en dos:

Detección de anticuerpos: la detección de anticuerpos es la prueba utilizada para el diagnostico de rutina y para análisis de unidades de sangre y se combinan pruebas presuntivas (técnica empleada para detectar los anticuerpos en el suero del paciente o enzimas ligadas a inmunoabsorbentes, la mas utilizada es la prueba de ELISA (ver figura 5) o de aglutinación. estas pruebas presuntivas deben ser confirmadas por técnicas mas especificas y nunca debe tomarse una decisión diagnostica con base en un resultado obtenido por prueba presuntiva, debido al impacto psicológico y a las implicaciones sociales que tiene ser positivo para el VIH) y confirmatorias (estas son de mayor costo y complejidad técnica, permiten detectar anticuerpos contra partículas virales de forma mas especifica. También son empleadas para confirmar pruebas presuntivas reactivas, tales como el Western Blot que permite la detección de anticuerpos individuales contra las proteínas del virus, separándolas por sus pesos moleculares. (Ver tabla 3.)

Detección del virus: existen varios métodos para demostrar infección por búsqueda de virus; pero básicamente es utilizada dos técnica las cuales son el aislamiento del virus la cual no se emplea para el diagnostico de pacientes y la detección de p24 circulante como una técnica micro Elisa.

PRUEBA	DETECCION
Serología	Detección inicial.
ELISA	
Aglutinación de latex	Prueba para confirmación.
Western Blot	
Inmunoflorsencia	
Anfigeno p24	Marcador de infección precoz

Aislamiento del virus	No disponible con facilidad
Relación entre células CD4/CD8	Guarda relación con la enfermedad por VIH.

Tabla 3. Análisis de laboratorio para VIH

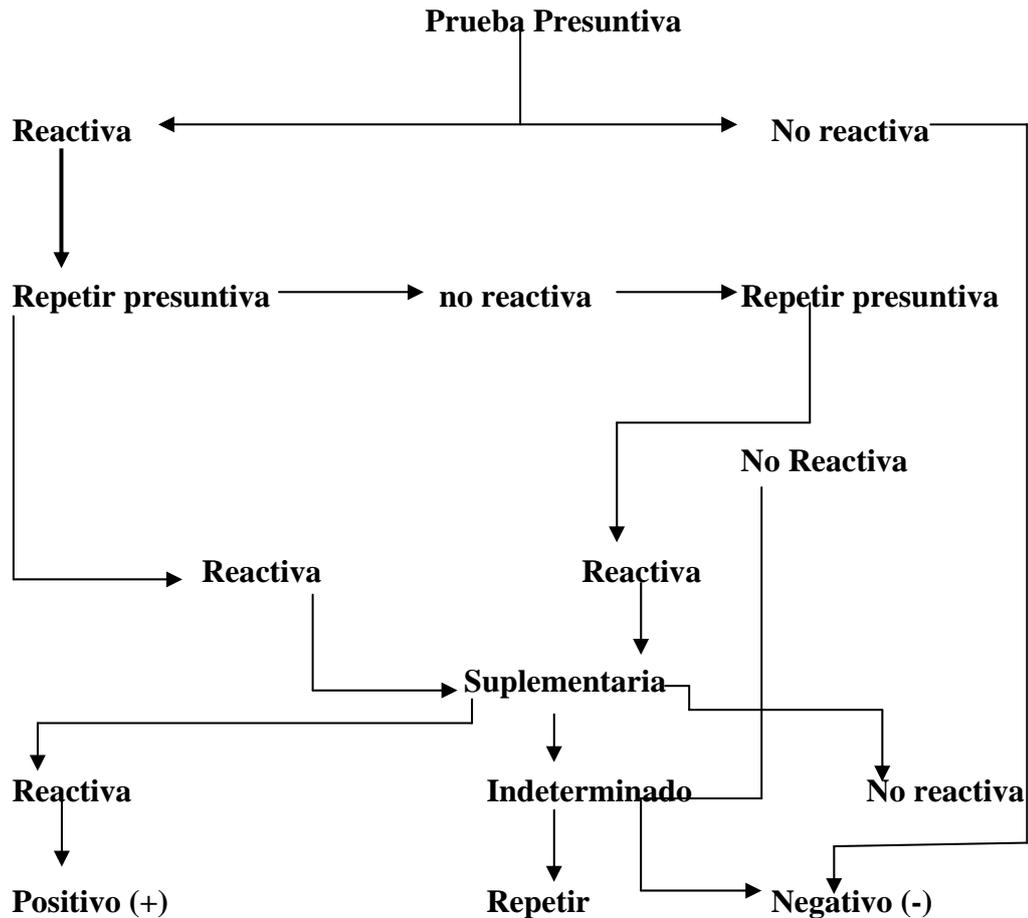


Figura 5. Secuencia del estudio seriológico en la infección por VIH/SIDA.

Atención y Control de la Infección por VIH

Inicialmente se deben explorar los conocimientos y actitudes del paciente frente al diagnóstico, para estar seguros que conoce, comprende y acepta su condición de infectado; analizar con él los mecanismos de transmisión y las medidas protectoras, especialmente el uso adecuado del condón, el ejercicio responsable de la sexualidad y el valor del estilo de vida saludable.

Todas las personas infectadas deberán tener una evaluación médica independientemente del estado clínico de la enfermedad.

Se realizan unos objetivos de la evaluación los cuales pueden ser:

- ✓ establecer el estado clínico para posición de pronóstico y tratamiento.
- ✓ Identificar infecciones o tumores relacionados con la infección por VIH.
- ✓ Identificar condiciones médicas asociadas con conductas de riesgo, tales como ETS.
- ✓ Identificar problemas psicosociales.
- ✓ Desarrollar estrategias para prevenir la transmisión del VIH, prevenir o frenar la progresión del VIH y la disfunción del sistema inmune, y prevenir o retardar el inicio de enfermedades oportunistas.
- ✓ Identificar condiciones de salud no relacionadas con el VIH.
- ✓ Asesorar al paciente en la toma informada de dediciones.

Después de cumplir estos objetivos se procede a elaborar una historia clínica completa que permita identificar los síntomas constitucionales como fiebre, pérdida de peso, fatiga, sudoración nocturna, etc.; síntomas pulmonar, gastrointestinal, infecciones previas antecedentes sexuales, gineco-obstétricos, consumo de drogas, neurológico, dermatológico, alergias, historia transfusional y problemas psicológicos tales como ansiedad, depresión, insomnio, rabia.

Seguidamente de la ejecución de la historia clínica se debe realizar un examen físico donde se le preste atención a aspectos generales (cambios de peso, evidencia de desgaste muscular, adenopatías), área de la visión, boca, piel y anexos, tórax, abdomen, neurológico (buscando déficit sensorial y motor), genitourinario/ pélvico (examen rectal evidencia de sífilis, herpes simplex, etc.) y luego una evaluación de laboratorio donde se realizan exámenes de evaluación inicial en toda persona con examen positivo para el VIH;

estos exámenes deben ser: citología cervico-vaginal, rayos X Torras A-P, coprológico inmunoglobulina para toxoplasma, serología para sífilis V.D.R.L. + FTA – ABS , anticuerpo contra el antígeno central de la hepatitis B y antígeno de superficie simultáneos, entre otros.

Después de realizar los exámenes pertinentes respecto a la infección o detección de esta es adecuado efectuar un seguimiento y monitoreo donde se enfatice en la importancia de realizar controles periódicos a todos los pacientes. Si bien no existe ningún tratamiento curativo contra el VIH, el manejo de la infección se fundamenta en tres pilares que preemitirán a la persona afectada por el virus no solo mejorar sus expectativas de vida sino mejorar la calidad de la misma. Los tres pilares del tratamiento son: el control de la replicación viral, pautas de autocuidado, manejo tempranos y adecuado de las infecciones oportunistas, medidas preventivas, asesorar sobre terapia antirretroviral y profilácticos y asesora sobre aspectos psicosociales, cuidado en casa, aspectos legales, etc.

Finalmente con los datos obtenidos a través de la historia clínica y los exámenes paraclínicos se procede a clasificar el estadio de infección, según la recomendación del CDC de Atlanta y los protocolos internacionales; definir el tipo de tratamiento requerido: antirretrovirales (Una combinación de tratamiento con tres o cuatro medicamentos diferentes que ha resultado ser efectiva en la manera que obstaculiza el progreso del VIH y en la forma de reducir la cantidad del virus hasta el punto en que se vuelve indetectable en el torrente sanguíneo.), profilaxis, terapia combinada (Dos o más medicamentos antirretrovirales o terapias, usados conjuntamente para obtener resultados óptimos contra la infección de VIH y/o SIDA. La combinación de fármacos prueba ser más efectiva en la reducción del VIH en el cuerpo que la aplicación de una sola droga. Un ejemplo de la terapia combinada sería el uso de dos fármacos análogos a los nucleósidos con un inhibidor de proteasa o un inhibidor de transcriptasa inversa no análogo.), y tratamiento específico

para la complicación del momento; a establecer las necesidades en atención integral como psicoterapia, atención nutricional, grupos de autoapoyo u otras interconsultas y plan de seguimientos.

Las pruebas para VIH incluyen actualmente una mayor protección frente al estigma y la discriminación, así como el acceso garantizado a servicios integrales de prevención, tratamiento y atención. Las estrategias de salud pública para aumentar el conocimiento del estado del VIH y la protección de los derechos humanos se refuerzan mutuamente y deberían estar integradas para producir un efecto máxima sobre la reducción de la transmisión del VIH y la mejora de la calidad de vida de las personas ya infectadas. Es importante seguir tres principios fundamentales:

Confidencialidad.

Consejo, o asesoramiento, como elemento acompañante de las pruebas.

Consentimiento informado, que garantiza que la prueba es voluntaria.

Es de gran importancia que aunque las pruebas se hayan realizado con fines diagnósticos o se hayan ofrecido de forma sistemática, se debe asegurar la remisión posterior a servicios de asesoramiento que hagan constancia en la prevención (para todas las personas evaluadas) y a servicios médicos y de apoyo psicosocial (para aquellos que hayan resultado positivo.); se debe tener en cuenta que países como Colombia los aspectos de apoyo psicosocial se han olvidado un poco no tiene la misma importancia como la medica y cabe resaltar que el apoyo psicológico es de gran valor para esta problemática en la persona afectada puesto que los cambios comportamentales se inician desde el momento de prevención y específicamente desde el momento de un diagnóstico positivo; pudiendo intervenir en crisis, donde se manejen crisis, apoyo en información o psicoeducación sobre

la enfermedad y herramienta para un mejor afrontamiento del problema entre otras, sin dejar de lado un apoyo a la prevención en áreas clínicas y psicoeducación en área medicas a trabajadores de esta, para una mejor calidad del trabajo; en momentos de dar un diagnostico o un mejor trato en la realización de pruebas para reducir los temores frente a este proceso de evaluación.

Farmacología.

Continúa el incremento de antirretrovirales para el tratamiento de infección por VIH. El primer fármaco disponible es un análogo de nucleosido, el cual tiene un mecanismo de inhibición competitiva de la transcriptasa inversa vial. Se dispone de fármacos entre dos categorías inhibidores de transcriptasa inversa no nucleosidos e inhibidores de proteasa. Para iniciar la terapia de pacientes infectados con VIH se recomienda al menos la combinación de dos fármacos antirretrovirales, debido al sinergismo que se logra así como al retardo en la resistencia. Es importante que el área de psicología adquiera conocimiento sobre los diferentes fármacos respecto a los efectos colaterales para realizar un mejor asesoramiento en cuidados y de esta manera poder crear los objetivos para el mejoramiento de la calidad de vida o expectativas de vida., teniendo en cuneta los aspectos biológicos del enfermo o persona infectada por VIH. (Ver tabla 4.).

AGENTE	CLASE DE AGENTE	EFFECTOS COLATERALES COMUNES
Abacavir	NRTI	Erupción cutánea, hipersensibilidad
Amprenavir	Inhibidor de proteasa	Erupción cutánea, diarrea, náuseas
Delavirdina	NNRTI	Erupción cutánea, transaminitis*, cefalea.
didanosino	NRTI	Neuropatía periférica, pancreatitis, diarrea, hiperuricemia.
Efavirenz	NNRTI	Erupción cutánea, vértigo, insomnio, transaminitis.
Indinavir	Inhibidor de proteasa	Nefrolitiasis, náuseas, alteraciones en la función hepática.

Lamivudina	NRTI	Náuseas, fatiga, cefalea.
Nelfinavir	Inhibidor de proteasa	Diarrea, náuseas. Flatulencia.
Neviparin	NNRTI	Erupción cutánea, hepatitis, náuseas, cefalea.
Ritonavir	Inhibidor de proteasa	Náuseas, diarrea, parestesias, hepatitis
Sanquinavir gel duro	Inhibidor de proteasa	Náuseas, diarrea, rinitis.
Snquinavir gel blando	Inhibidor de proteasa	Náuseas, diarrea, dolor abdominal, dispepsia
Estavudina	NRTI	
Zalcitavina	NRTI	Neuropatía periférica, ulceración oral.
Zidovudina	NRTI	Anemia, neutropenia, náuseas, insomnio.
Zidovunina maslaviduvina	NRTI mas NNRTI	Anemia, neurotropenia, náuseas, insomnio.

NRTI= nucleosido inhibidor de la transcriptasa reversa; NNRTI=inhibidor no nucleosido de la transcriptasa reversa. * Transaminitis= elevación de los valores plasmáticos de las enzimas aminotransferasas.

Tabla 4. Antirretrovirales disponibles actualmente.

Los antirretrovirales de combinación de dosis ofrecen un cierto número de ventajas potenciales; pueden:

- a. Aumentar la observación terapéutica del paciente.
- b. Retrasar el desarrollo de resistencias.
- c. Rebajar el costo total, incluidos producción, almacenaje, transporte, dispersión y otros costos del sistema sanitario.

La mayoría de las personas con VIH positivo en países de ingresos bajos y medianos no tienen ni siquiera a medicaciones relativamente simples. Asimismo, algunos países con gran carga de SIDA tienen un acceso exiguo y desigual a fármacos esenciales para cualquier enfermedad. (Banco mundial 2003).

Por desgracia, las iniciativas para proporcionar cuidados paliativos cubren solo una minúscula proporción de las personas que los necesitan. Además, la morfina todavía no se suministra en forma generalizada en estuches de atención a domicilio. En muchos países, uno de los mayores obstáculos es que la morfina y otros analgésicos potentes están a menudo prohibidos por la ley. Sin embargo, la morfina se recomienda en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS; la OMS ha elaborado directrices que indican que los opiáceos, incluida la morfina oral, son necesarios para aliviar el sufrimiento. (OMS 2003). Es de gran importancia preguntarse cada profesional de la salud sobre los efectos frente al dolo de esta droga; probablemente sería de gran ayuda que la morfina se lograra administrar a los enfermos infectados por VIH/SIDA en estado paliativo para disminuir el dolor, siempre y cuando sea únicamente suministrado por una institución clínica u hospitalaria por medio de profesionales de la salud que se encuentran capacitados para prescribir o recetar fármacos; considerablemente esto podría ayudar a la calidad de vida y aspectos del dolor que se relacionan con el estado paliativo.

Prevención y Asesoramiento.

Enterarse de que se tiene una enfermedad Terminal incurable es sumamente estresante para cualquiera, y esto sucede a menudo a individuos infectados por el VIH/SIDA. Por este motivo es muy importante que este tipo de enfermedades sean acompañadas por un grupo de especialista respecto al trabajo de asesoramiento o apoyo psicosocial; para reducir las tensiones, preocupaciones, temores, ansiedad y depresión entre otros mecanismos o reacciones del comportamiento del individuo.

El apoyo social y su afectos en la salud y el bienestar no solo se refiere a la cantidad de relaciones sociales, sino a la calidad de esas relaciones, la idea básica es que los lazos interpersonales en la realidad puedan promover la salud de una persona con enfermedad o

que sea VIH positivo, de igual forma esto ayudara a mejorar la calidad de vida situación que han perdido los enfermos de VIH; esto permite también que se aislen a la persona del daño cuando encuentran estrés, disminuyen la susceptibilidad a la enfermedad y ayudan a las personas a cumplir y mantener sus regimenes de tratamiento. Sirviendo principalmente el apoyo social como una especie de asistencia o para el afrontamiento a dicha enfermedad, haciendo al mismo tiempo que se actué como un tipo de amortiguador contra los resultados de la salud adversos.

Funciones de la asesoría.

La infección por VIH – SIDA necesita los asuntos de asesoría debido a que esta infección por VIH es de curso lento e insidioso; una persona puede evitar el adquirir el VIH o transmitirlo a otros al cambiar su comportamiento; el diagnostico positivo para el VIH, puede crear presiones y ansiedades enormes que puedan demorar el cambio constructivo o empeora la enfermedad, especialmente en vista del temor, incomprensión y falta de solidaridad. Esta labor debe ser basada desde una perspectiva filosófica de la educación y humanista que sea de interés para la persona que consulta, y por consiguiente debe basarse en los niveles de prevención de salud:

- a. Prevención primaria: se debe prevenir la transmisión de la infección por VIH – SIDA; debe realizarse teniendo en cuenta la valoración del riesgo y comprender que significa ser portador del VIH y las consecuencias que se derivan del comportamiento de las personas; este tipo de prevención es realizada a personas quienes pueden estar expuestos Al riesgo de infección y que desconocen su situación actual.
- b. Prevención secundaria: esta dirigida a personas que ya saben o consideran muy probable el estar infectada con el VIH. Este asesoría evacua las

consecuencias de la infección, resaltando la forma de prevenir su transmisión mediante la asunción de conductas responsables. Las personas quienes se encuentra en esta situación buscan asistencia para superar el miedo o temor que les inspira el “SIDA”, lo cual debe ser tenido en cuenta por los equipos asistenciales y por los asesores quienes no deben entender esto como un signo de desconfianza del consultante, sino como el mantenimiento de un mecanismo de negación o el desarrollo de la esperanza de estar infectado. Por otra parte la asesoría se sitúa como parte del tratamiento, en la medida que brinda apoyo emocional y hace énfasis en el autocuidado.

- c. Prevención terciaria: esta es de carácter social. Debe estimular a las personas para que no dejen su trabajo, sus estudios, sus actividades recreativas o a sus familias: busca así un mejor bienestar y calidad de vida del consultante. Al mismo tiempo realizando un asesoramiento en la fase Terminal del facilitar una elaboración del proceso de duelo del asesorado y su familia; permitiendo de igual forma una mejor calidad de vida en la familia o cuidadores.

Funciones específicas.

La asesoría debe ser educativa, con un método que produzca y mantenga el interés del consultante y, ha de ubicarse en el marco de los tres tipos de prevenciones considerando las siguientes funciones:

Informar clara y objetivamente sobre los aspectos referentes a la infección por VIH–SIDA.

Motivar al consultante para que realice los cambios de comportamiento que prevengan la infección por VIH.

Ayudar a comprender que significa ser portador del VIH y las posibilidades de manejo terapéutico de la infección; este aspecto es muy importante puesto que muchas veces el mal manejo de la información y palabra pueden generar mayores cambios negativos de comportamiento como rechazo o por otra parte mayor ansiedad y temor pudiendo generar crisis en el consultante.

Sugerir y motivar al consultante para que siga las pautas e autocuidado.

Evaluar el grado de exposición al virus.

Proveer de elementos que mejore se bienestar físico, psicológico y social del consultante.

Informar e interpretar las pruebas de laboratorio, no sin previo entrenamiento y la autorización correspondiente.

Reforzar e interpretar los elementos positivos de la persona: autoestima y autovaloración.

Motivar para que la persona cree o se integre a grupos de autoapoyo.

Posibilitar la generación e alternativas que le ayuden al consultante a retomar el autocontrol.

Brindar un enfoque apropiado a la problemática psicosocial y explorar los recursos de la persona para poder afrontar la situación.

Apoyo psicosocial.

Las personas con infección por VIH o con SIDA, o quienes conviven con ellas se ven enfrentadas a un sin número de situaciones difíciles y con frecuencia necesitan de este tipo de apoyo psicológico. El temor a haber infectado a otras personas, el aislamiento, la hospitalización, las reacciones de discriminación por parte de los amigos o la familia, la pérdida de vivienda, estudios o trabajo, los efectos de la enfermedad misma, la ira, la soledad, y la depresión son algunos de los problemas que es necesario considerar; teniendo en cuenta el fin es no solucionar problemas sino dar luces para que la persona ponga en juego las diferentes formas y herramientas que se pueden encontrar y realizar como objeto de mejores alternativas y más apropiadas en el marco de su situación actual; por tal motivo este tipo de asesoramiento entre otros muchos son uso exclusivo del área de psicología.

Características de la Asesoría.

Existen ciertas características específicas para realizar un buen asesoramiento en una situación como es la enfermedad por VIH – SIDA; donde lo que se pretende es el bienestar tanto del consultante como de sus familiares o amigos.

- a. Disponibilidad de tiempo: este tipo de temas deben ser atendidos y asimilados a cabalidad; dando un buen margen de tiempo donde la persona exprese libremente sus expectativas, temores, preocupaciones, etc. y así crear una adecuada relación de confianza. Teniendo en cuenta que una sola sesión no es suficiente para que el paciente comprenda todos los aspectos de adoptar los cambios de comportamientos sugeridos, los cuales reducen el riesgo de infección y mejoramiento de calidad de vida y de otra forma permite hallar estrategias para la solución a diferentes problemas relacionados con la infección.

- b. Actitud positiva: la actitud debe ser generada por el psicólogo de tal forma que permita transmitir confianza, empatía, cordialidad apoyo, etc. Para que las personas que le consulten se sientan realmente apoyadas y aceptadas de acuerdo a su condición, ya sea social, por la enfermedad, etc. Se debe evitar a cabalidad la tendencia de emitir juicios o a juzgar los comportamientos del paciente o a brindar asesorías influenciadas por los sentimientos o creencias personales.
- c. Honestidad: la información brindada debe ser coherente y concreta. Por lo tanto el psicólogo debe comprender todos aquellos aspectos relacionados con la infección, implicando actualización permanente, reconociendo de igual forma sus limitaciones de tipo humano y técnico y remitir al paciente a la persona o institución adecuada según sea el caso.
- d. Confidencialidad: como norma general y código ético de todo psicólogo, se debe garantizar la confidencialidad al paciente; evidentemente la relación debe ser en un clima de entera confianza de manera que la persona puede expresar libremente y sin temor. Todo lo que sea dicho por el paciente o incluso intuido por parte del profesional dentro de la consulta debe permanecer en absoluta reserva; sin dejar de lado que el paciente debe conocer parámetros éticos como el límite de la confidencialidad, especialmente en el aspecto de protección a terceros; y a instituciones que requiera de dicha información con sus normas éticas de igual manera y con consentimiento en la mayoría de casos por medio del paciente o consultante.

Implicaciones Psicológicas ante la Infección VIH/SIDA.

Es oportuno que toda persona que sea diagnosticada con VIH- SIDA, sea considerada como un individuo normal, sometido a situaciones anormales. El tipo de

problemas que puede adquirir o tener una persona que enfrenta el diagnóstico positivo, en términos psicológicos se encuentran entorno a la incertidumbre; respecto a la expectativa de vida, a la enfermedad o familia, pareja o trabajo. Sin dejar de lado que otro tipo de preocupación generalmente es hacia el tratamiento que se va a recibir o a las reacciones sociales. Para una mejor adaptación a la enfermedad y a una terapia psicológica es recomendable seguir los pasos de las características esenciales del asesoramiento nombradas anteriormente.

Dentro de las respuestas psicológicas que un paciente con VIH/SIDA puede desarrollar se encuentran:

1. Estados adaptativos: teniendo en cuenta que hace referencia a un estado de la condición emocional predominante del individuo acompañado por una situación o un determinado momento. Por tal razón se identifican cuatro estados :
 - a. show o crisis: es un estado temporal de trastorno y desorganización representado principalmente por una incapacidad el individuo para manejar situaciones particulares; puesto que la enfermedad puede provocar que las metas en la vida se vuelvan inalcanzables o aun amenazar a la vida en si misma.. Generalmente se presenta en el momento de recibir el diagnóstico, o en el proceso de obtenerlo; este es caracterizado por un estado de confusión y desconcierto, acompañado de reacciones emocionales intensivas y variables. El fin es intentar que no se mantenga en estado de crisis de manera indefinida, buscando la forma de acortarlo y de salir de esta fase; es decir como principal rol que se debe ejercer en este campo es brindar asistencia para obtener el dominio de ka situación y dirigirse hacia una reorganización de la vida. Por lo tanto el como se interprete los sucesos, y de modo especial en relación con la autoimagen y los planes a futuro, y como se realicen los ajustes de comportamiento, serán fundamentales

para determinar el curso esencial de la resolución de la crisis. Por consiguiente esto permite darnos cuenta que un sujeto o individuo que enfrente una crisis puede tener diferentes tipos de reacciones dentro de las cuales se pueden identificar las siguientes:

- **Negación:** es un mecanismo adaptativo o respuesta de autoprotección que protege a la persona del impacto del diagnóstico; esta respuesta no aparece únicamente durante el proceso de diagnóstico, sino también durante todo el proceso o desarrollo de la enfermedad generalmente frente a situaciones nuevas relacionadas con la infección. Este mecanismo está caracterizado generalmente por conductas de incredulidad, pensamientos de creer que el diagnóstico está mal o se cometió un error, ignorando los resultados y continuando con su vida cotidiana y normal.
- **Temor:** el temor se encuentra dirigido hacia la muerte (desconfianza hacia la violación de las expectativas individuales del sobreviviente) o al rechazo al dolor, o por otra parte hacia la invalidez progresiva o de desempeñar una dependencia infantil. Este tipo de temores se pueden ver acentuados por experiencias previas de las personas. Como fin terapéutico se debe realizar una aclaración adecuada sobre las implicaciones clínicas de la infección, para reducir la ansiedad y por otra parte dar estrategias o herramientas que permitan manejar una vida más llevadera junto con una red de apoyo social ya sea, familiares o compañeros, etc. de acuerdo al caso.
- **Sentimientos de Culpa:** este tipo de sentimientos suele darse con frecuencia en la gran mayoría de los pacientes que han recibido un diagnóstico positivo de la infección por VIH/SIDA dirigidos hacia los comportamientos de riesgo o desadaptativos, seguido por el dolor que puede causar a sus familiares o seres queridos.

- Depresión: se determina como una reacción emocional que se desencadena por diversos factores tales como la falta de tratamiento curativo o la inaccesibilidad a los paliativos existentes; esta es alimentada por sentimientos de culpa, acompañados de autorreproches; este tipo de ideas excesivas y frecuentes pueden generar una depresión de cuadro clínico permitiendo en muchos casos el acto del suicidio. En este tipo de reacción se debe tener mucho cuidado por parte del terapeuta en determinar síntomas que lo puedan llevar a la paciente a una depresión de tipo mayor.
- Ansiedad: puede ser generada por la incertidumbre del diagnóstico y la falta de información sobre este; por la incertidumbre de sus expectativas de vida a futuro, y la relación de su enfermedad hacia su familia o seres queridos.
- Ira: esta sale como expresión de la desorganización y malestar frente a la realidad de un problema de salud que amenaza la vida. Esta puede verse reflejada hacia el individuo mismo, hacia la sociedad, hacia su familia, etc. Y de igual forma puede ser desencadenada por los sentimientos de culpa. Donde de igual manera un mal manejo pueden desatar una crisis severa.
- Acto o propósitos suicidas: los propósitos suicidas o como nombran otros autores ideas suicidas se presentan generalmente en la primera fase del diagnóstico o en momentos de crisis, y surgen como vía de solución a el rechazo. A la dependencia de la enfermedad o infantil, a la vergüenza, a el dolor propio y de otros cercanos al paciente y a las posibles “incomodidades” que puede pensar el paciente al enfrentarse a la enfermedad.

2. Estado transicional o de ajuste: se presenta en el momento en que el paciente deja atrás su crisis; sin dejar de lado totalmente algunas reacciones adaptativas como son la negación sentimientos de culpa y de ira, ansiedad, tristeza, etc. Este es acompañado por retraimiento social o interrupción de actividades laborales y placenteras o sociales y familiares, entre otras. Es importante resalta que el acompañamiento psicológico o asesoramiento de be continuar durante este periodo procurando un equilibrio entre las necesidades de compañía por parte del terapeuta y ayuda y la continuación de autonomía, es decir no es correcto que el paciente en este momento adquiera dependencia hacia el equipo medico y terapeuta que se encuentran trabajando en pro de la situación particular del paciente.
3. Reacciones de ajuste o estado de aceptación: se utiliza la negación como mecanismo que permite aclarar y sopesar mejor cada uno de los elementos involucrados en el diagnostico de tal forma que ajusta las pérdidas y las ganancias, negocia con el personal de salud, con un dios o consigo mismo para lograr establecer convenios en los cuales se pide y se dan cambios. Dando de esta forma un sentido diferente de vida y procurando arreglar de manera constructiva esta misma. De igual manera acepta las limitaciones que la realidad le asigna, se posibilita la reintegración a actividades laborales (dentro de las oportunidades de su país y dentro de la posibilidades de su enfermedad), familiares y placenteras; y proyecta planes realista hacia futuro; mejorando de esta forma su calidad de vida.
4. Estado de adaptación o preparación: es en este momento o estado donde el paciente ya esta acondicionado o en capacidad de lograr el desarrollo de sus potencialidades personales, de conseguir una evolución individual y familiar, de poder enfrentar el futuro abiertamente.

5. Evaluación: “el aprendizaje, sin crítica, del esquema antes tienen la dificultad de considerar que el asesor debe ayudar al consultante a prepararse para la muerte. No hay que olvidar que la infección por VIH- SIDA es crónica, de evolución temporal e incierta, con opción de vida que, de acuerdo al sujeto, puede prolongarse por años”. (Nuñez, R, 2000).

Modificación de conductas.

Dentro de los roles que debe ejercer o ejecutar un psicólogo de la salud se encuentra la identificación y prevención o promoción de conductas de riesgo como se ha nombrado superficialmente en anteriores párrafos; debido a esto es importante reconocer que los factores psicológicos y sociales en la salud y los problemas físicos o que afectan al cuerpo; por medio de efectos que ejercen de manera directa en los procesos biológicos y por medio de estilos de vida poco saludables. Se puede determinar que en parte; en nuestras manos o en manos de psicólogos de la salud puede prevenirse enfermedades comunes, o posponerse y controlarse con solo realizar cambios de estilos de vida.

Conductas como malos hábitos alimenticios poco saludables, no hacer ejercicio y fumar entre las más principales conductas de riesgo; contribuyen a las enfermedades y a los trastornos físicos que se hallan entre las principales causas de muerte; 9incluidas no solamente el VIH/SIDA, cáncer, cardiopatías, entre muchas; hay considerablemente gran campo de acción o trabajo en curso para desarrollar procedimientos de modificación de conductas a fin de mejorar la dieta, aumentar la observación de los programas de tratamiento farmacológico y médicos, y programas de ejercicio óptimo y conductas que reduzcan el riesgo de contraer la infección por VIH/SIDA.

Estos programas deben estar dirigidos hacia:

Información:

- Instruir sobre la forma en que se transmite el VIH.
- Proporcionar materiales educativos, y dar conferencias, simposios, etc. sobre la forma en que se transmite el SIDA.
- Distribuir materiales sobre la forma en que se transmite y como puede evitarse, en campos hospitalarios, clínicos, colegios, universidades, etc.

Motivación:

- Recomendar a los pacientes por los factores de riesgo de transmisión de VIH.
- Recomendar a los pacientes de alto riesgo que se hagan análisis de anticuerpos para el VIH.
- Ofrecer modelos a los adolescentes que se han infectado por el VIH.
- hacer una evaluación rigurosa y minuciosa del riesgo del VIH.
- Recomendar a la gente que se practique análisis de anticuerpos contra el VIH.

Técnicas:

- Enseñar a limpiar agujas y a utilizar condones y espermicidas
- Instruir en técnicas de sexo seguro.
- Dar conferencias, simposios, y proyectar videos de técnica de reducción de riesgo de VIH/SIDA.

Normas:

- Divulgar la elevada frecuencia de las conductas de alto riesgo.

- Divulgar la convivencia pública de que se impartan clases sobre sexo más seguro y se transmita anuncios sobre el uso de preservativos.
- Aconsejar a los pacientes acerca de las normas comunitarias comunes.
- Crea una atmósfera de aceptación para todas las personas que se encuentran infectadas por el VIH/SIDA.

Políticas y legislación.

- Genera interés y mover políticas de acción.
- Defender por la no discriminación y por la confidencialidad.
- Propugnar por que haya políticas y leyes que prevengan la propagación del VIH.
- Permitir que se trabajen las personas infectadas con el VIH.
- Movilizar a los pacientes para que soliciten espacios e instalaciones de tratamiento adicional.
- Defender por leyes y políticas provechosas.

El impacto del VIH/SIDA sobre el Contexto Cultural.

Tanto en contextos de alta como de baja prevalencia, el VIH – SIDA están socavando el desarrollo humano. Por consiguiente, es necesario examinar la dinámica de la epidemia desde una perspectiva del desarrollo humano. Esto significa enfocar el análisis y las recomendaciones en las personas más que en el virus.

A nivel mundial la epidemia sigue actuando como un arma devastadora para los individuos y las familias. En los países más afectados esta deteriorando décadas de progreso económico, social y sanitario, y ha reducido la esperanza de vida en más de dos

decenios, ha frenado el crecimiento económico, ha agudizado la pobreza y ha favorecido y exacerbado la escasez crónica de alimentos.

En los países de África Subsahariana con un alta prevalencia, la epidemia esta teniendo repercusiones muy graves y en los hogares y comunidades. La mayoría de los estudios pone de manifiesto un impacto macroeconómico aparentemente discreto, de modo que esos países están perdiendo en promedio entre 1 % y el 2 % de su crecimiento económico anual. Pero los gastos de los gobiernos debilitaran la capacidad de estos para emprender una repuesta eficaz y, de hecho, para avanzar hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). (“Informe sobre la epidemia mundial”, 2004).

“Las mujeres han mostrado ser mas vulnerables a la infección por su condición de genero, y particularmente aquellos que pertenecen a los grupos mas marginados desde el punto de vista social; los grupos que no tiene acceso al poder, que viven en la pobreza y con problemas raciales”. (Goldzieher, Deren, Shulman, 1997). La falta de sentido comunitario impide que las mujeres tengan un apoyo efectivo para obtener los recursos que necesitan, que obtengan voz y voto en organizaciones políticas y de autoayuda, y que desarrollen mecanismos para fomentar el cambio de conducta. Desde estos aspecto se debe tener en cuenta la necesidad de establecer nuevas medidas preventivas ante el VIH como la importancia de los roles de genero en el comportamiento sexual, la falta de equidad social para las mujeres, la importancia de que las mujeres no se aislen, la ideología masculina en las medidas para tratar de reducir el riesgo sexual y la experiencia femenina de miedo y abuso. Por otra parte, “en muchos países las mujeres son las principales cuidadoras, productoras y procreadoras de la vida familiar; dando como resultado que soportan la carga mas pesada del VIH – SIDA”. (“Informe sobre la epidemia mundial”, 2004). Las familias pueden retirar a las muchachas de la escuela para que cuiden a sus parientes enfermos con

el VIH. Es decir; generalmente; cuando enferma la cabeza de hogar o de familia masculino, las mujeres invariablemente asumen las nuevas tareas o roles asistenciales.

Respecto al área laboral; el VIH – SIDA amenaza la seguridad económica y el desarrollo debido a que perturba primariamente a la población en edad laboral. Esto tiene implicaciones para la supervivencia de las comunidades y empresas, así como para el mantenimiento a largo plazo de la capacidad productiva. Es decir; referente a la economía afecta el crecimiento a través de su impacto sobre la disponibilidad de mano de obra, y la productividad, las tasas de ahorro y el suministro de servicios esenciales; puesto que la persona con VIH- SIDA pierde su trabajo, sus ingresos y sus ahorros. Por tal motivo es muy importante que trabajadores de la salud específicamente los psicólogos quienes están capacitados para desarrollar herramientas o estrategias para mejorar la calidad de vida puedan hacerse cargo de una problemática como esta, donde principalmente es la ayuda para un ser humano como principal objeto de estudio y de igual forma para la ayuda de un país que espera del buen desarrollo de profesionales como es en este campo. Sin embargo el resto de trabajadores del área de salud, pueden apoyar los programas de prevención en lugares de trabajo siendo justificada desde una perspectiva económica y de desarrollo; proporcionando asistencia sanitaria en contextos laborales y respaldar las políticas de no discriminación de los empleados que viven con el VIH. “La OIT promueve un planteamiento integral frente a las políticas y programas en el lugar de trabajo, basado en la protección d derechos de los trabajadores infectados y afectados y en la presentación de servicios preventivos y asistenciales. Su repertorio de practicas sobre el VIH-SIDA y el mundo de trabajo es un marco para la acción que establece principios de desarrollo de políticas y proporciona orientación programática practica sobre prevención y cambios de comportamiento; protección de los derechos y prestaciones de los trabajadores y cobertura

de las necesidades de tratamiento, atención y apoyo”. (“Informe sobre la epidemia mundial”, 2004).

Respecto a otro tipo de población se encuentran los jóvenes futuro esperanzador para esta problemática. Los jóvenes son un segundo grupo con mayor vulnerabilidad al VIH; cuando se les da el apoyo y los medios adecuados, los jóvenes pueden convertirse en poderosos agentes para el cambio. Se requiere de una amplia estrategia de prevención donde puede ser realizada por equipo interdisciplinario donde se encuentre especialmente un psicólogo el cual maneja campos de acción sobre los comportamientos de los adolescente o etapas del desarrollo humano para una mejor calidad y mayor eficacia de los programas de prevención; puesto que el inicio sexual precoz, la relaciones sexuales transgeneracionales y las diferencias por razón de sexo ponen de relieve el hecho que la educación por si sola no protegerá la infección a esta población o jóvenes del mundo. “para disminuir la prevalencia del VIH entre los jóvenes también es indispensable el acceso a servicios confidenciales de salud y distribución de preservativos, así como la protección de los derechos de las muchachas jóvenes”. (“Informe sobre la epidemia mundial”, 2004).

Referencias.

- Allen, B., Ligouri, A., Rico, B., Vandales, S. (1997). *Situación de las mujeres y el VIH/SIDA en América latina*. México, edit. Instituto nacional de la salud publica.
- Barlow, D., Durand, M. (2000). *Psicología anormal: un enfoque integral*. Edit. Thomson learnig. México.
- Beber, M, Ray, S., (1995). *Mujeres y Sida*. Londres. Edit. Pandora press.
- Bedoya, V., Botero, D., Leiderman, E., Restrepo, A., Restrepo, M., Robledo, J. (2002). *Fundamentos de la medicina: enfermedades infecciosas*. Edit. Corporación para investigaciones biológicas. Colombia.
- Diaz, F., Estrada, S., Ospina, S., Orozco, B. (1999). *Fundamentos de medicina, enfermedades de transmisión sexual, clínica, diagnostico, tratamiento y prevención*. Colombia, edit. Corporación para investigaciones biológicas.
- Katzung, B. (2002). *Farmacología básica y clínica*.
- Kobayashi, G., Murria, P., Pfaller, M., Rosenthal, K. (2000). *Microbiología medica*. Edit. Harcourt Brace. España.
- Núñez, R. (2000). *Manual de aspectos Básicos y manejo clínico - infección por VIH/SIDA*. Colombia. Republica del ministerio de salud.
- Paganin, I., Bianco, M. (1996). *Derechos sexuales y sida: un tema ético*. Edit, desidamos.
- Shedlin, M., Deren, S., Shulman, L., (2000). *Género y cultura como factores de riesgo del VIH/SIDA en las mujeres hispanas de los estados unidos*. En Shedlin. Editor, Sociamedical Resource Associates, Inc. Westport. En Deren. Editor Nacional Development and research institutes, Nex york. En Shulman. Sociamedical resources associate. Westport.
- Trull, T., Phares, J., (2002). *Psicología Clínica: concepto, métodos, prácticas de la profesión*. Edit. Thomson. México.

Fondo mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria. Reporte anual 2003.

Ginebra.

Informe sobre la epidemia mundial de sida. Cuarto informe mundial. (2004). España.

Diciembre.

Misinterio de salud. (2002). Asesoría en infección por VIH/SIDA – protocolo básico para el equipo de la salud. Colombia.

Naciones unidas (2001). *Objetivos de desarrollo de las naciones unidas para el milenio*.

ONUSIDA. (2003). Situación de la epidemia de SIDA. Ginebra.

Banco mundial (1999). Hacer frente al SIDA: Prioridades de la acción pública ante una epidemia mundial, Nueva York. Edit. Oxford University Press.

ONUSIDA, (2000). Apoyo a las personas que cuidan de otras – como controlar el estrés de los que cuidan a personas afectadas por el VIH y el SIDA. Ginebra.

UNESCO (2000). *Marco de acción – educación para todos: cumplir nuestro compromiso comunes foro mundial sobre la educación*. 28 de abril.

www.projinf.org/spanish/pub/33sp/mujeres.html.

http://www7.nationalacademies.org/spanishbeyonddiscovery/bio_008233-04.html#TopOfPage

http://www.thebody.org/pinf/espanol/oi_sp.html

<http://www.sfaf.org/espanol/informaciondelvih/virologia.html>

