

ADHERENCIA A TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH

Universidad de La Sabana

Maria Consuelo Zúñiga Aguilera

Facultad de Psicología

Diplomado en Psicología de la Salud

Chía, Enero 22 de 2007

Resumen

En el presente trabajo se analizaron las diferentes variables que influyen en la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas tales como el VIH y el SIDA. Variedad de estudios han comprobado que para ello es necesario un trabajo interdisciplinar, es decir se debe dar a partir de un enfoque biopsicosocial con el fin de poder brindar un apoyo integral y eficaz a personas que viven con el virus. Se encontró un acuerdo entre teóricos, en cuanto a que los factores influyentes en la adherencia son: Creencias culturales, relación médico paciente, red de apoyo, enfermedades psicopatológicas, ritmo de vida, creencias entorno a la enfermedad y al tratamiento. Es claro que si estas son tenidas en cuenta por el personal de la salud, la adherencia al tratamiento será adecuada y, por ende, se optimizará la calidad de vida de los pacientes.

Abstract

Different variables which have a great influence on the adhesion to the treatment of chronic diseases such as the HIV and AIDS were analyzed in the present work. A variety of studies have verified that it is necessary to work in an interdisciplinary way. This means that the job must be done from a biopsychosocial approach with the purpose of being able to offer an integral and effective support to people who live with the virus. Theoreticians agreed that the influential factors in the adhesion are: Cultural beliefs, doctor-patient relationship, psychopathological diseases, support from family and friends, rate of life, beliefs surroundings the disease and the treatment. It is clear that if these are considered by the health personnel, the adhesion to the treatment will be adequate and, therefore, the quality of life will be optimized.

Palabras claves: adherencia a tratamiento, enfermedades crónicas, VIH/SIDA, calidad de vida

Key Words: adhesion to the treatment, chronic diseases, HIV/AIDS, quality of life

ADHERENCIA A TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH

En los últimos, años las enfermedades crónicas y cardiovasculares se han incrementado de una manera considerable. Enfermedades tales como el cáncer, el VIH/SIDA, el Alzheimer, entre otras, cobran cada vez más vidas. La enfermedad crónica entendida como un trastorno orgánico y funcional que obliga a una modificación del modo de vida normal del paciente y que ha persistido o es probable que persista durante largo tiempo” (Oblitas y cols., 2006), hace referencia a que es una condición compleja que abarca un proceso incurable, con gran carga social (tanto económico como apoyo social). Oblitas (2006), en su libro, menciona que aproximadamente el 50 % de estas enfermedades se deben a factores psicológicos y comportamentales, relacionados con hábitos poco saludables, esquemas de pensamiento erróneos con respecto a la salud y a la enfermedad entre otros múltiples factores.

En la década de los años 80, un virus que, a través del tiempo, ha cobrado un sin número de víctimas, generando así toda una serie de cuestionamientos y de preocupaciones alrededor del mundo, fue descubierto. Este ha afectado a casi todos los sectores de la sociedad por lo que diferentes disciplinas de la salud se han interesado por entender este fenómeno para así lograr controlar este mal que aqueja cada vez más a la humanidad. Este es el VIH, (virus de inmunodeficiencia humana) el agente infeccioso determinante del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). Esta es una “infección vírica que destruye en forma gradual el sistema inmune, causando infecciones difíciles de combatir para el cuerpo” (s.a., 2006). Como se mencionó anteriormente, esta enfermedad va de la mano con una serie de factores psicológicos y comportamentales que nos conducen a pensar, que para poder profundizar en la materia

y comprenderla, con el propósito de poder generar soluciones o simplemente poder brindarles diferentes opciones a las personas que viven con el virus (pvv), esta debe ser analizada desde un modelo biopsicosocial (Ader, 1981; Kiecolt-Glaser y Glaser, 1988; Nott y cols., 1995). A partir de este modelo, se tendrán en cuenta las diferentes dimensiones del hombre, las cuales son en mayor o menor grado afectadas por el virus. Las personas que padecen esta enfermedad deben aprender a lidiar y manejar una variedad de estresores socioculturales, económicos, biológicos y psicológicos que, en conjunto entran a afectar la calidad de vida del individuo. Con base en lo anterior, se han venido generando toda una serie de investigaciones con el fin de comprender y, por ende, optimizar los diferentes programas y tratamientos para pacientes que viven con el virus.

Estas investigaciones apuntan hacia las diferentes variables que se presentan durante el proceso de tratamiento y que son necesarias de detectar para poder garantizar una adecuada adherencia (Altice & Friedland, 1998). Hasta el momento, a través de estos estudios, se ha encontrado que las variables más significativas son: Creencias culturales (Erwin & Peters, 1999) que, de acuerdo con Dense Jodelet (1984), están relacionadas a la forma como el individuo interpreta las diferentes situaciones y experiencias de la vida cotidiana en oposición al conocimiento científico. Este tipo de conocimiento no sólo se construye a partir de la experiencia si no también a partir del pensamiento tradicional y característico de cada contexto o grupo social, afectando así, por una parte, la aceptación del conocimiento científico acerca de lo que es o no conveniente y, por otro lado, generando toda una variedad de mitos alrededor de la enfermedad fundando un rechazo colectivo hacia los pvv y, de ellos, hacia su propia

condición. Flores y cols. (2003), en su investigación acerca de las representaciones sociales del SIDA en estudiantes de la ciudad de México, identifican una actitud ambivalente para la prevención y la transmisión del VIH, actitud que de entrada genera una distorsión en la percepción de la enfermedad y posteriormente generará alteraciones en la adherencia. La seriedad en la percepción de la enfermedad (Ballester y cols., 2000) es otra de las variables y hace referencia a que el paciente debe tomar una actitud responsable frente a ella. Para que esto se de, deberá iniciar su proceso de apoyo psicológico (sin importar la ausencia de síntomas) lo antes posible, aun cuando el nivel de las células CD4 sea elevado (Bayes y Borrás, 1999), con el fin de garantizar una mejor adherencia y calidad de vida a tiempo. Otra de las variables determinantes es la intolerancia a los efectos secundarios (Catz y cols., 1999; Rabkin & Chesney, 1998; Roca y cols., 2000), ya que además de que el tratamiento implica ingerir un gran número de medicamentos o pastillas diarias, estos producen toda una serie de efectos colaterales importantes y molestos para el paciente. La relación doctor-paciente (Ballester y cols., 2000) es también un factor determinante. Es decir, se ha evidenciado que factores relacionados con la interacción medico-paciente, las cuales están regidas por la comunicación, las actitudes, las conductas verbales y no verbales por parte del personal sanitario, puede llegar a generar dificultades y un rechazo del paciente hacia su proceso (Villa y Vinaccia, 2006). Así mismo, la inestabilidad en la vida del paciente (Bangsburg y cols., 1997) y el poco apoyo social (Catz and cols., 1999) las cuales surgen en gran parte por las creencias que se desprenden del VIH, afectan de manera directa la adherencia al tratamiento, ya que esta enfermedad transforma de manera radical el ritmo de vida de los pvv, generando toda una serie de inconsistencias que probablemente afectaran el proceso adaptativo. No sobra decir, que estas variables anteriormente

mencionadas, no solo deberán ser tratadas desde lo psicológico; la intervención oportuna del cuerpo médico en la presencia de cada una de estas, ayudará a que el proceso de adherencia y por ende el bienestar físico sea mas efectivo (Gerbert y cols., 1999).

Hoy en día, los esfuerzos de las instituciones sanitarias por controlar una amplia variedad de enfermedades crónicas esta siendo afectados por el alto índice de incumplimiento de los tratamientos por parte de los pacientes. En los países desarrollados el cumplimiento es del 50 por ciento en promedio, mientras en países en vía de desarrollo es mucho menor (s.a., 2003). Esto representa un gran problema ya que la no adherencia puede llegar a generar complicaciones aun mayores. Como se mencionó anteriormente, algunas de las variables relacionadas con la no adherencia, están a la vez relacionadas directamente con el tratamiento antirretroviral. Es decir, aparentemente existe una relación entre variables psicológicas y la adherencia al tratamiento (Gordillo y De La Cruz, 2003). Diversos estudios se han preocupado por intentar resolver esta posible asociación. Ader y cols. (1995), llevaron a cabo una revisión acerca de las interacciones entre el sistema nervioso y el inmunológico y se concluyó que, si bien la asociación entre experiencias vitales estresantes y los cambios en la función inmunológica no permiten establecer una relación causal entre estrés, sistema inmunitario y enfermedad, se han descrito relaciones importantes entre estos sistemas y se ha comenzado a comprender la interacción entre lo biológico y lo psíquico (Glaser y cols. 1999).

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado y el enfoque desde el cual se esta partiendo, cabe entonces decir que desde la práctica clínica psicológica se ha venido demostrando que los pacientes mejor adaptados psicológicamente toleran mejor el

tratamiento antirretroviral. Es decir, presentan mejores tasas de adhesión al tratamiento e informan de un mejor bienestar subjetivo (Remor, 2002). Por otra parte, diferentes estudios empíricos apuntan hacia la posibilidad de que los estresores psicológicos puedan reducir la producción de citoquinas importantes para estimular las células NK (natural killer) y aumenten, por tanto, la susceptibilidad de desarrollar una enfermedad infecciosa o la progresión de la enfermedad (Nott y Vedhara, 1999). Además, el hecho de que en pacientes infectados por el VIH se hayan encontrado frecuentemente rasgos psicopatológicos (Schiaffino y cols., 1998) hace cada vez más conveniente un tipo de intervención que incluya tratamiento psicológico o psiquiátrico junto con el necesario apoyo social (Gordillo y cols., 1999).

Igualmente, se han evidenciado relaciones entre variables psicológicas como la depresión, la ansiedad y el estrés y la adherencia a la HAART (tratamiento antirretroviral altamente activo) (Gordillo y De La Cruz, 2003). Con pacientes españoles se ha constatado que el hecho de tener mayor nivel de ansiedad, depresión y estrés y menor disponibilidad de apoyo social implica una menor adherencia por parte de estos al tratamiento (Carrobes y cols., 2003). Resultados similares se han encontrado para variables como la autoeficacia percibida, el esfuerzo percibido o la percepción de control (Remor y cols., 2001).

Si bien esto es cierto, también lo es el hecho de que el trastorno psicológico más estudiado en el paciente infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha sido la depresión. Del gran número de pacientes VIH positivos que sufren períodos de depresión (Rabkin y cols., 1997), muchos de ellos pueden requerir un tratamiento farmacológico específico. Esto lleva consigo el riesgo de una posible interacción entre los inhibidores de la proteasa y la medicación psicotrópica, produciéndose una

modificación de los niveles plasmáticos en una o ambas clases de fármacos (González y Overall, 1998). La depresión ha sido objeto de estudio por cuanto afecta a la mortalidad (Bower y cols., 1998), a las consecuencias fisiológicas (Dinan, 1999) y a la adherencia al tratamiento (Holzemer y cols., 1999). Si las variables psicológicas influyen en el proceso de la enfermedad, y entre ellas es posiblemente la depresión la que se dé en una alta proporción en pacientes VIH positivos, es conveniente analizar la repercusión de estas variables en dos parámetros biológicos estrechamente relacionados con el curso de la infección por el VIH: los linfocitos CD4 y la carga viral (CV). Un gran número de estudios apoyan la condición de estos dos elementos como marcadores del beneficio clínico obtenido por el paciente infectado por el virus (Staszewski y cols., 1999).

De igual forma, los estilos de afrontamiento son considerados claves dentro del proceso, ya que de éste no solo dependerá una adecuada adherencia, sino también se verá reflejado en la respuesta inmune (Carrobles y cols., 2003). Además, a pesar de los excelentes resultados de las nuevas terapias farmacológicas en el tratamiento de la infección por VIH, siguen observándose problemas relativos a la salud mental de las personas afectadas, dado que, como refieren Catalán y cols. (2000), las consecuencias psicológicas y sociales del VIH han sufrido importantes cambios que a su vez originarán nuevas e inesperadas dificultades, a pesar del gran sentido de esperanza. Por todo ello, identificar la posible relación existente entre estilos de afrontamiento, apoyo social percibido y bienestar psicológico, constituye uno de los objetivos de esta nueva etapa de la infección por VIH y de la investigación realizada por Carrobles y cols. (2003). Los resultados de ésta, indican una relación entre las variables con el distrés emocional. Lo que si no se sabe con certeza es acerca de las variaciones entre las habilidades de afrontamiento considerando el avance de la enfermedad y del deterioro inmunológico

para la muestra completa, aunque si fueron evidentes algunas diferencias dividiendo la muestra. Estrategias tales como la evitación/comportamientos pasivos, poca implicación activa/positiva rumiación/pasivo cognitivo, confianza activa en otros y la falta de apoyo percibido del entorno afectivo explican el 29% de la varianza total en el estrés emocional, a través de un análisis de regresión múltiple.

El apoyo social y familiar que, según Remor (2002), es la percepción subjetiva de apoyo en el paciente, es de gran importancia y relevancia dentro del proceso de tratamiento y apoyo psicológico. Inclusive, se le ha relacionado con el distress emocional (Villa y Vinaccia, 2006). Remor (2002) en su investigación buscó, por un lado, verificar la relación entre apoyo social y calidad de vida y, por otro lado, establecer la importancia del apoyo social en la predicción de la CVRS (calidad de vida relacionada con la salud) en una muestra de pacientes infectados con el virus. Entre los resultados, el autor encontró diferencias significativas en la calidad de vida de pacientes según el nivel de apoyo social que cada uno de ellos tenía. Aquellos con un bajo apoyo social tenían una peor percepción de salud, mas dolor, un peor funcionamiento físico, una mayor dificultad en las actividades diarias, un mayor estrés relacionado con la salud, peor funcionamiento cognitivo y peor salud física y emocional. También fue evidente que la variable de red de apoyo mostró ser predictora de CVRS en un 13 % y de complicaciones psicopatológicas en los pvv.

Hasta el momento no se ha investigado mucho acerca de las asociaciones entre red de apoyo y síntomas físicos, pero hay teóricos que aseguran que el apoyo social puede actuar de manera indirecta sobre la salud al disminuirse la carga emocional producida por el incremento o la aparición de nuevos síntomas. Remor (2003b) por su parte hace referencia a ciertos hallazgos acerca de cómo las variables sociales pueden ser

utilizadas como predictores de la trayectoria de la infección. Así mismo, señala que los síntomas depresivos y las redes de apoyo débiles predicen la longevidad de personas con SIDA pero no asintomáticos. En otros estudios citados por Remor (2003) es evidente la relación que hay entre el apoyo social y familiar y la aparición de síntomas físicos en pacientes con sida. Entre más sea el apoyo, menor será la aparición de síntomas.

Ahora, Burack y cols. (1993) hacen referencia a que si bien el tamaño de la red social disminuye conforme la persona se va deteriorando, el apoyo instrumental va mejorando. Esto quiere decir que, a pesar de la disminución del número de personas que rodean al paciente, los vínculos entre estos se van fortaleciendo, logrando así que este sea de mejor calidad y más efectivo, lo cual significa que no todos los cambios en la red de apoyo deben ser necesariamente contraproducentes y perjudiciales para los pacientes con VIH y SIDA.

Múltiples investigaciones psicosociales se han preocupado por mostrar y comprobar la importancia de la red de apoyo como factores moduladores y mediadores (Koopman y cols., 2000). Es decir, se han centrado en mostrar los aspectos positivos de la red de apoyo y han dejado de lado los factores negativos que son igualmente importantes por lo que no se deben ignorar. Los aspectos negativos van un poco más asociados al tipo de reacción que puedan tener las diferentes personas que se encuentren involucradas. Es decir, así como una reacción positiva por parte de las personas puede llegar a generar toda una serie de conductas adaptativas frente a la enfermedad, las reacciones negativas pueden generar conductas contrarias que generarán problemas en la adherencia. Es más frecuente que estas reacciones negativas se presenten en las familias. Teniendo en cuenta el tipo de enfermedad y todo lo que esta implica (homosexualismo, infidelidad, prostitución, etc.), las familias tienden a generar una actitud de rechazo

frente al problema, generando toda una serie de dificultades para el paciente, que luego serán suplidas por otro tipo de apoyo, como amigos, personal sanitario, voluntarios, pero el más común es la pareja o amigos íntimos (Burgoyne y Saunders, 2001).

Así mismo, es necesario no dejar de lado variables propias de la cultura de cada país, tales como el contexto socioeconómico y el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estos, son factores determinantes que deben ser tenidos en cuenta, por lo que afectan de manera directa y en algunos casos indirecta, la percepción de la enfermedad y por ende la adherencia al tratamiento. En este caso se procurará hacer especial énfasis en el caso de Colombia.

Como bien se sabe, Colombia es un país considerado de bajo desarrollo, con una historia muy particular y como consecuencia esto genera toda una serie de problemáticas específicas, tales como pobreza, desplazamiento forzado, conflicto armado entre otros, los cuales son solo algunos de los procesos propios del contexto social y económico que generan complicaciones en el manejo general del VIH/SIDA. Se ha comprobado que la pobreza implica un aumento en la vulnerabilidad social e individual ante el VIH/SIDA (Unaid, 2004). El poco acceso a la educación y a la salud y por ende a la promoción y prevención de esta, genera la expansión del mismo y por ende afecta el servicio y/o el tratamiento, haciendo que estos sean poco eficientes y eficaces. En países con un bajo desarrollo económico, como lo es en el caso de Colombia, la pobreza está altamente relacionada con la expansión del virus (Undp, 2005), generando así un sin número de consecuencias a la hora de querer garantizar una mejor calidad de vida para los pvv. De esta misma manera, el conflicto armado y el desplazamiento forzado, han sido procesos sociales que probablemente han afectado de manera considerable la expansión del virus y por supuesto el manejo inadecuado del mismo. Esto se debe a que los grupos

implicados en el conflicto están conformados principalmente por hombres que se mueven en un ambiente de machismo, de excesiva valoración de la fuerza, de relaciones coercitivas con la comunidad y con una amplia movilidad entre departamentos; Generando el abuso, el comercio sexual y el sexo transaccional en los sitios donde se establece el conflicto (Unaid, 2003). Así mismo, el desplazamiento se da bajo circunstancias de pobreza lo cual implica una ruptura en las normas socioculturales instituidas, generando una reducción en la percepción del riesgo frente a algunos problemas lo cual aumenta la vulnerabilidad de las personas frente a la infección y, a la vez se disminuye la posibilidad de acceder a un apoyo integral por parte del personal sanitario especializado (Onusida, 2005).

Como se mencionó anteriormente, el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud es considerado clave para una adecuada calidad de vida de las personas y a la vez clave en el tratamiento de cualquier tipo de enfermedad, ya que este a fin de cuentas es la entidad que debe regular y garantizar el acceso al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades en general.

En Colombia, las intervenciones en la salud se ofrecen a la población a través de dos planes de beneficios: El Plan Obligatorio de Salud (POS) y el Plan de Atención Básica (PAB). El primero, está dirigido a la promoción y fomento de la salud, diagnóstico, atención para todas las patologías y rehabilitación, según intensidad de uso y niveles de complejidad y, el segundo se encarga de brindar acciones colectivas de alto impacto, acciones de salud pública y de control del medio ambiente (es de carácter universal). Actualmente, se estima que el 66% de la población colombiana está afiliada a alguno de los regímenes del sistema. (Artículo 154 de la Ley 100).

Lo anterior, nos llevaría a estimar que los colombianos tienen derecho y posibilidad de ser auxiliados en caso de presentarse alguna enfermedad, pero, teniendo en cuenta las condiciones socioeconómicas y políticas bajo las que vive el pueblo colombiano, no todos tienen acceso al sistema y en caso de que si haya acceso al mismo, no se garantiza una adecuada prestación de servicio. Por ejemplo, en el caso del VIH/SIDA, este derecho es muchas veces violado y vulnerado. Es decir, para el sistema, esta enfermedad es considerada de alto costo por el tipo de atención y de medicamentos que se requieren, por ello, no hay manera de garantizar el acceso universal a los mismos (Chicaiza, 2002). Esto genera serias complicaciones en la expansión del virus y, así mismo, genera inconsistencias en el manejo individual de los tratamientos, seguido de una baja adherencia al mismo.

En un estudio llevado a cabo por Prieto y cols. (2004), se realizó un análisis descriptivo para caracterizar la muestra y se calculó la prevalencia general por localidad, sexo, grupo poblacional y afiliación al SGSSS. Se establecieron pruebas de hipótesis e intervalos de confianza del 95%. Los hallazgos mostraron una relación directa entre los individuos positivos y la pertenencia al régimen de afiliación subsidiado, evidenciando la relación entre pobreza y vulnerabilidad ante la infección por VIH. Se encontró también, una mayor prevalencia de infección en hombres con respecto a mujeres.

Teniendo en cuenta lo anterior, resulta pertinente destacar que como consecuencia de todo ello se desprende como único resultado la poca conciencia y el poco conocimiento que existe en Colombia con respecto a esta enfermedad crónica. Es por ello, que además se explica el alto grado de incidencia que hay en el territorio colombiano. Las autoridades de este país tenían registradas 44.500 casos de SIDA, hasta agosto de 2005 (s.a., 2005). En diciembre de 2005, ONUSIDA reveló con base en

estudios, que Colombia puede tener alrededor de 220.000 casos de personas portadoras del virus, haciendo especial énfasis en la prevalencia de este en jóvenes y mujeres (el 33% de los portadores están entre las edades de 15 y 24 años y el 32 % son mujeres). Los departamentos donde mayor número de nuevos casos se han registrado son los de la costa atlántica, norte de Santander, Quindío y Meta.

En un estudio descriptivo realizado en el Putumayo por Revelo (2000), se evidenció la necesidad de intensificar las acciones de promoción y prevención con estrategias diferenciales orientadas a jóvenes y adolescentes y mejorar la vigilancia epidemiológica en calidad y oportunidad de la información. Así mismo, el análisis de una encuesta aplicada a nivel nacional, acerca de los comportamientos sexuales de los estudiantes de secundaria en Colombia, llevada a cabo por García y cols. (2002), permitió concluir, que la educación sexual bien orientada y oportuna puede demorar el inicio de las relaciones sexuales, y que es necesario tener en cuenta las representaciones y significados socioculturales, así como las diferencias socioculturales y la heterogeneidad de la población juvenil del país para el diseño y orientación de nuevas estrategias. Esta, además, hace recomendaciones acerca de priorizar intervenciones y recursos en los departamentos de la costa atlántica y los santanderes.

De esta misma manera, un estudio analítico de corte transversal, efectuado por López y cols. (2001), cuyo objetivo fue el de identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo en una muestra de 458 jóvenes de 15 a 22 años de edad del departamento de Santander, evidencia grandes inconsistencias en el manejo de la información (prevención y promoción), ya que, solamente el 9% de la muestra manifiesta recibir información del personal de la salud y el 67% de la misma manifiesta no saber de la existencia de centros de asesoría y educación en VIH/SIDA.

Discusión

Como es evidente, hasta el momento se han llevado a cabo varias investigaciones con el fin de poder comprender este fenómeno en Colombia específicamente, pero, lo realmente importante es entender que para poder garantizar una adecuada adherencia al tratamiento para los pvv, es necesario tener en cuenta rasgos a nivel macro, como los que ya fueron explicados y mencionados. Es decir, es necesario tener en cuenta desde las políticas de seguridad social en salud, hasta los conflictos socioeconómicos internos de cada país, ya que, de ser así, no solamente se logrará controlar la expansión del virus, sino que se garantizará un buen manejo del mismo. Esto se logrará por medio de la implementación de mejores programas de promoción y prevención, así mismo, se logrará conciencia y una mayor aceptación no solo por parte de la población no infectada hacia las pvv, sino también una mayor aceptación de las pvv hacia su condición, obviamente afectando de manera positiva la adherencia al tratamiento.

Partiendo de ello, se puede ver que el problema en la adherencia de los pvv, es una problemática de carácter complejo y universal. Esta, no solo está presente en países poco desarrollados como lo es en el caso Colombia, si no también en los países desarrollados, ya que en estos el cumplimiento de los tratamientos es tan solo del 50%, lo cual no es del todo suficiente. Como ya se ha visto, gracias a los resultados de las múltiples investigaciones mencionadas anteriormente, las inconsistencias en la adherencia al tratamiento se deben a un sin número de factores, que van desde lo más interno del ser humano, es decir lo psicológico, hasta lo más amplio como lo es la situación socioeconómica y política de un país. Es decir, las investigaciones demuestran la importancia de la psicología dentro del ámbito de la salud, pero así mismo es claro que

esto no es solo trabajo de una sola disciplina o de una sola entidad. Es claro, que son múltiples las características que se deben tener en cuenta para garantizar un adecuado proceso de tratamiento para pacientes con enfermedades complejas, como es el caso del VIH/SIDA.

Son muchas las variables que entran a determinar la calidad de vida del individuo lo cual vendría siendo tal vez una de la preocupaciones más comunes y frecuentes en el ámbito de la salud. Una investigación realizada en Cali, presenta como retos la necesidad de abordajes multi-metodológicos y plurales, teniendo en cuenta las consideraciones psicosociales, socioculturales e históricas, la diversidad de construcciones y representaciones sociales y los múltiples referentes normativos; la necesidad de articular las intervenciones a los resultados de la investigación y de difundir estos resultados a través de publicaciones (Bonilla y Rojas 2002). A partir de ello, es claro entonces que el trabajo debe ser de tipo interdisciplinar puesto que, todas estas variables no están aisladas las unas de las otras y más precisamente no deben ser trabajadas desde una única disciplina. Si estas variables son consideradas como un todo dentro del ámbito biopsicosocial permitirá que la visión del problema sea integral y por ende el trabajo clínico terapéutico será aun más eficaz y efectivo, buscando así, el bienestar integral del individuo, lo cual debe ser la prioridad del personal de la salud y finalmente de toda una nación.

Es evidente, que la investigación es una herramienta clave no solo para entender fenómenos tales como el VIH/SIDA, sino también para obtener información valiosa en el manejo de la misma. Es por esto, que resulta necesario promover más la investigación, sobretodo en Colombia, donde las investigaciones llevadas a cabo no han

sido suficientes. Esto, con el fin de poder generar mejores oportunidades y mejores planes de tratamiento para las personas que viven con el virus.

Referencias

- (s.a.,2003). Poor adherence to long-term treatment of chronic diseases worldwide is problem. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 14 (3). Obtenido en Diciembre 3,2006, de la base de datos PSICODOC.
- (s.a.) (2004). World AIDS Day, December 1: Women and Girls. En línea: <http://www.aidsnews.org/2004/11/aids-day.html>
- (s.a.,2005). *IBLNEWS*. En línea: <http://iblnews.com/story.php?id=6354> Obtenido en Diciembre 3, 2006.
- (s.a.),(2006). Información de salud para usted. *Medline Plus*. En línea: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000602.htm#Definición>
Obtenido en Diciembre 2, 2006.
- Altice, F., L., Friedland, G., H. (1998). The era of adherence to HIV therapy (editorial). *Ann Intern Med*, 129, 503-505. Obtenido en Diciembre 3, 2006, de la base de datos PSICODOC.
- Arder, R., (1981). Psychoneuroimmunology. *Academic Press*. Obtenido en Diciembre 3, 2006, de la base de datos PSICODOC.
- Arder, R., Cohen, N., Felten, D. (1995). Psychoneuroinmunology: interactions between the nervous system and the immune system. *Lancet*, 345, 99-103. Obtenido en Diciembre 3, 2006, de la base de datos PSICODOC.

- Ballester, R., Reinoso, I., García, S., Campos, A. (2000). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH. *Análisis y Modificación de Conducta*, 109, 689-718. Obtenido en Diciembre 3, 2006, de la base de datos PSICODOC.
- Bangsberg, D., Tulsy, J., P., Hecht, F., M., Moss, A., R. (1997). Protease inhibitors in the Homeless. *Journal of the American Medical Association*, 278, 63-65.
- Bayes, R., Borrás, F., J. (1999). Psiconeuroinmunología y Salud. En M.A. Simon (Ed.): Manual de Psicología de la Salud. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Bonilla N, Rojas C. (2002). Estado del arte sobre la investigación en ITS-VIH SIDA en Cali, 1990-2001. En: R. Garcia, R. Luque, J. Mcdouall, L.A. Moreno. *Infección por VIH/SIDA en Colombia*. Bogotá: Pro-offset editorial ltda.
- Bower, J., Kemeny, M., Taylor, S., Fahey, J. (1998). Cognitive processing, discovery of meaning, CD4 decline, and AIDS-related mortality among bereaved HIV-seropositive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 979-986. Obtenido en Diciembre 4, 2006, de la base de datos PSICODOC.
- Burack, J., H., Barrett, D., C., Stall, R., D., Chesley, M.A., Ekstrand, M., L., Coates, T., J. (1993). Depressive symptoms and CD4 lymphocyte decline among HIV-infected men. *Journal of the American Medical Association*, 270, 2568-2573. Obtenido en Diciembre 5, 2006, de la base de datos PSICODOC.
- Burgoyne, R., W., Saunders, D., S. (2001). Quality of life among urban Canadian HIV/AIDS clinic outpatients. *International Journal of STD and AIDS*, 12, 505-512. Obtenido en Diciembre 4, 2006, de la base de datos PSICODOC.

- Carrobbles, J., A., Remor, E., Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infecciones por VIH. *Psichotema*, 15 (3), 420-426. Obtenido en Diciembre 2, 2006, de la base de datos PSICODOC.
- Catalan, J., Meadows, J., Douzenis, A. (2000). The changing pattern of mental health problems in HIY infection: the view from London, UK. *Aids Care*, 12, 333-341. Obtenido en Diciembre 6, 2006, de la base de datos PSICODOC.
- Catz, S., McClure, J., Jones, G., Brantley, P. (1999). Predictors of outpatient medical appointment attendance among persons with HIV. *AIDS Care*, 11, 361-373. Obtenido en Diciembre 2, 2006, de la base de datos PSICODOC.
- Chicaiza L. (2002). El mercado de la salud en Colombia y la problemática del costo. *Revista Problemas del Desarrollo*, Vol. 33, No. 131, Diciembre 2002.
- Dinan, T. (1999). The pshysical consequences of depressive illness. *British Medical Journal*, 318, 826. Obtenido en Diciembre 4, 2006, de la base de datos PSICODOC.
- Erwin, J., Peters, B., (1999). Treatment issues for HIV+ Africans in London. *Social Science and Medicine*, 49, 1519-1528. Obtenido en Diciembre 2, 2006, de la base de datos PSICODOC.
- Flores-Palacios, F., Leyva-Flores, R. (2003). Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de México. *Salud Publica México*, 45 (5). Obtenido en Diciembre 5, 2006, de la base de datos PSICODOC.

- Gerbert, B., Love, C., Caspers, N. (1999). Making all Difference in the World: How physicians can help HIV-seropositive patients become more involved in their health care. *AIDS Patient Care and STDS*, 13, 29-39. Obtenido en Diciembre 2, 2006, de la base de datos PSICODOC.
- García R, Cáceres D, Luque R, Jiménez E. (2002) Comportamientos sexuales de los estudiantes de secundaria en Colombia. Análisis de una encuesta nacional. *En: R. Garcia, R. Luque, J. Mcdouall, L.A. Moreno. Infección por VIH/SIDA en Colombia*. Bogotá: Pro-offset editorial Ltda.
- Glaser, R., Rabin, B., Chesney, M., Cohen, S., Natelson, B. (1999). Stress-Induced Immunomodulation. Implications for infectious diseases? *JAMA*, 281 (2), 268-270. Obtenido en Diciembre 3, 2006, de la base de datos PSICODOC.
- Gonzalez, A., Everall, I.,P. (1998). Lest we forget: neuropsychiatry and the new generation anti-HIV drugs. *AIDS*, 12, 2365-2367. Obtenido en Diciembre 4, 2006, de la base de datos PSICODOC.
- Gordillo, M., V., Del Amo, J., Soriano, V., González-Lahoz, J. (1999). sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*, 3, 1763-1769. Obtenido en Diciembre 3, 2006, de la base de datos PSICODOC.
- Gordillo, M., V., De La Cruz, J., J. (2003). Adherencia y fallo terapéutico en el seguimiento de una muestra de sujetos VIH+: algunas hipótesis desde la

Psicología. *Psicothema* 15(2), 227-233. Obtenido en Diciembre 3, 2006, de la base de datos PSICODOC.

Holzemer, W., Corless, I., Nokes, K., Turner, J., Brown, M., Powell-Cope, G., Inouye, J., Henry, S., Nicholas, P., Portillo, C. (1999). Predictors of self-reported adherence in persons living with HIV disease. *Aids Patient Care STDS*, 13, 185-197. Obtenido en Diciembre 5, 2006, de la base de datos PSICODOC.

Jodelet D. (1984). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En: Moscovici S, coord. *Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. México, DF: Paidós..

Kielcot-Glaser, J., K., Glaser, R., (1988). Psychological influences on immunity. Implications for AIDS. *American Psychologist*, 43, 892-898. Obtenido en Diciembre 3, 2006, de la base de datos PSICODOC.

Koopman, C., Core-Felton, C., Marouf, F., Butler, L., D., Field, N., Gill, M., Chen, X., H., Israelski, D., Spiegel, D. (2000). Relationships between perceived stress and attachment, social support, and coping among HIV-positive persons. *AIDS Care*, 12 (5), 663-672. Obtenido en Diciembre 5, 2006, de la base de datos PSICODOC.

López N, Vera LM, Caicedo P. (2001). Asociación entre conocimientos, actitudes y las prácticas sexuales de alto riesgo para adquirir infección por VIH. En: R. Garcia, R. Luque, J. Mcdouall, L.A. Moreno. *Infección por VIH/SIDA en Colombia*. Bogotá: Pro-offset editorial Ltda.

Nott, K., H., Vedhara, K., Spickett, G., P., (1995). Psychology, immunology and HIV. *Psychoneuroendocrinology*, 20, 451-474. Obtenido en Diciembre 2, 2006, de la base de datos PSICODOC.

Nott, K., H., Vedhara, K. (1999). Nature and consequences of stressful life events in homosexual HIV-positive men: a review. *AIDS Care*, 11, 235-243. Obtenido en Diciembre 4, 2006, en la base de datos PSICODOC.

Oblitas, G., L., A. (2006). *Psicología de la salud y enfermedades crónicas*. PSICOM Editores, Formato Electrónico.

ONUSIDA (2005). Migración y población desplazada. Aspectos de la población desplazada. *ONUSIDA* En línea: <http://www.onusida.org.co/desplaz.htm>

ONUSIDA/OMS (2005). Resumen Mundial de la Epidemia de SIDA. *Situación de la epidemia de SIDA*. En línea: http://www.who.int/hiv/epi-update2005_sp.pdf.

Prieto, F., Osorio, A., De Neira M. y Grupo Nacional de Vigilancia Centinela de VIH INS (2004). VI Estudio Nacional Centinela del VIH 2003-2004. *Informe Quincenal Epidemiológico Nacional-IQEN* 9(23): 353-68 y 9(24): 369-84. INS, Bogotá.

- Rabkin, J., G., Chesney, M. (1998). Treatment adherence to HIV medications The Achilles heel of the new therapeutics. *Behavioral and mental health impacts of new HIV therapies*. Obtenido en Diciembre 2, 2006, de la base de datos PSICODOC.
- Rabkin, J., G., Wagner, G., Rabkin, R. (1997). Prevalence and Treatment of depressive disorders in HIV illness. *Medscape Mental Health*, 2, 1-10. Obtenido en Diciembre 4, 2006, de la base de datos PSICODOC.
- Remor, E., Ulla, S., Arranz, P., Carboles, J., A. (2001). ¿Es la percepción de control un factor protector contra el distrés emocional en personas VIH+?. *Psiquis*, 22, 5-10. Obtenido en Diciembre 3, 2006, de la base de datos PSICODOC.
- Remor, E. (2002). Apoyo social y calidad de vida en la infección por VIH. *Atención Primaria*, 30, 143-149. Obtenido en Diciembre 3, 2006, de la base de datos PSICODOC.
- Remor, E. (2003). Cuestionario MOS SF 30. *Atención Primaria*, 32, 1. Obtenido en Diciembre 4, 2006, de la base de datos PSICODOC.
- Revelo D.(2002). Comportamiento de la infección por VIH SIDA Putumayo 1989-1999. En: R. Garcia, R. Luque, J. Mcdouall, L.A. Moreno. *Infección por VIH/SIDA en Colombia*. Bogotá: Pro-offset editorial Ltda.

Roca, B., Gómez, C., Arrendo, A. (2000). A randomized, comparative study of lamivudine plus stavudine, with indinavir or nelfinavir, in treatment-experienced HIV-infected patients. *AIDS*, 14, 157-161. Obtenido en Diciembre 5, 2006, de la base de datos PSICODOC.

Schiffiano, K., Shawaryn, M., Blum, D. (1998). Examining the impact of illness representations on psychological adjustment to chronic illness. *Health Psychology*, 17, 262-268. Obtenido en Diciembre 5, 2006, de la base de datos PSICODOC.

Staszewski, S., Miller, V., Sabin, C., Schlecht, C., Gute, P., Stamm, S., Leder, T., Berger, A., Weidemann, E., Hill, A., Phillips A. (1999). Determinants of sustainable CD4 lymphocyte count increases in response to antiretroviral therapy. *AIDS*, 13, 951-956. Obtenido en Diciembre 4, 2006, de la base de datos PSICODOC.

UNAIDS (2003). Uniformed services programming guide: Engaging Uniformed Services in the Fight against HIV/AIDS. En: R. Garcia, R. Luque, J. Mcdouall, L.A. Moreno. *Infección por VIH/SIDA en Colombia*. Bogotá: Pro-offset editorial ltda.

UNDP (2005). Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Informe sobre Desarrollo Humano 2005 P: 251, 384. Grupo mundi-prensa, New York. En línea: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/4745.pdf>

Villa, I., C., Vinaccia, S. (2006). Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA. *Psicología y Salud, 16 (001)*, 51-62.

Obtenido en Diciembre 3, 2006, de la base de datos PSICODOC.