UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO

RED BIBLIOTECARIA MATÍAS

DERECHOS DE PUBLICACIÓN

DEL REGLAMENTO DE GRADUACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO

Capítulo VI, Art. 46

"Los documentos finales de investigación serán propiedad de la Universidad para fines de divulgación"

PUBLICADO BAJO LA LICENCIA CREATIVE COMMONS

Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Unported.
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

"No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original."

Para cualquier otro uso se debe solicitar el permiso a la Universidad

UNIVERSIDAD
DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO

Facultad de Ciencias y Artes "Francisco Gavidia"
Escuela de Psicología

UNIVERSIDAD DR. JOSÉ
MATÍAS DELGADO
SAN SALVADOR, EL SALVADOR C. A.

"Descripción del VIH-SIDA y su incidencia en el estado de ánimo, problemas de ansiedad, depresión y deterioro de relaciones sociolabores en personas diagnosticadas"

Para optar al grado:
Licenciatura en Psicología

Asesor:
Dr. Jesús Alberto Villacorta Gómez

Autores:
Ayala Portillo, Herberth Shakti
Escobar Espinoza, Krissia Ximena

Antiguo Cuscatlán. Mayo, 2015

UNIVERSIDAD DR. JOSÉ
MATÍAS DELGADO
SAN SALVADOR, EL SALVADOR C. A.

AUTORIDADES

RECTOR
Dr. David Escobar Galindo

VICERRECTOR
VICERRECTOR ACADÉMICO
Dr. José Enrique Sorto Campbell

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS Y ARTES "FRANCISCO GAVIDIA"
Arq. Luis Salazar Retana

DIRECTOR ESCUELA PSICOLOGÍA
Lic. Jesús Antonio Guzmán

COMITÉ EVALUADOR

COORDINADOR
Dr. Roberto Gustavo Quintanilla

MIEMBRO DEL COMITÉ EVALUADOR
Dra. Helga Romero Alvarez

MIEMBRO DEL COMITÉ EVALUADOR
Lic. Carlos Mauricio Coto

ASESOR
Dr. Jesús Alberto Villacorta Gómez

ANTIGUO CUSCATLÁN, LA LIBERTAD, MAYO 2015

UNIVERSIDAD DOCTOR JOSÉ MATIAS DELGADO
FACULTAD DE CIENCIAS Y ARTES
"Francisco Gavidia"

ESCUELA DE PSICOLOGIA

ORDEN DE APROBACION DE LA MONOGRAFIA

"Descripción del VIH-SIDA y su incidencia en el estado de ánimo, problemas de ansiedad, depresión y deterioro de relaciones sociolabores en personas diagnosticadas"

PRESENTADA POR LOS BACHILLERES:

1. Krissia Ximena Escobar Espinoza
2. Herberth Shakti Ayala Portillo

Dr. Roberto Gustavo Quinanilla
Coordinador de Comité Evaluador

Dra. Helga Romero Alvarez
Miembro de Comité Evaluador

Lic. Carlos Mauricio Coto
Miembro de Comité Evaluador

Dr. Jesús Alberto Villacorta
Asesor

Lic. Jesús Antonio Guzmán
Coordinador General
Escuela de Psicología

JULIO 2015

Resumen

El presente trabajo es un resumen de lo que es el VIH-SIDA, sus orígenes, síntomas, y formas de contagio así como su diferenciación entre el VIH y el SIDA, y como este ha evolucionado a ser una enfermedad mortal a un padecimiento con el que puede vivir una persona infectada “una vida normal” siempre y cuando se adhieran a los distintos tratamientos disponibles que se mencionan, y afronten su situación con una actitud positiva, tomando en cuenta que estos medicamentos pueden tener efectos secundarios no solo a nivel físico sino que también en el estado anímico. Además se aborda como la persona ve afectada significativamente la salud física y psicológica produciendo problemas anímicos, de ansiedad, depresión, baja autoestima, rompimiento de relaciones socio-laborales y familiares que agraven la condición del individuo, y otros factores que tienen incidencia en como la persona vive la enfermedad.

Índice

Introducción……1

Justificación……...2

Objetivos……3
Objetivo general……..3
Objetivos específicos……...3

Capítulo 1: Marco Teórico.....4

1.1 **El VIH-SIDA**……4
1.2 **Pruebas de VIH-SIDA**……6
1.3 **Historia del VIH-SIDA**……8
1.4 **Situación epidemiológica actual del VIH/SIDA en Latinoamérica en la primera década del siglo XXI**……11
1.4.1 Tabla 1. Prevalencia y número total de casos de VIH/SIDA en los países latinoamericanos y España……..11
1.4.2 Tabla 2. Casos de VIH/SIDA en los países de Latinoamérica por sexo y edad……12
1.4.3 Tabla 3. Vías de transmisión del VIH en los países latinoamericanos y España en año 2010 por ONUSIDA y Centro Nacional de Epidemiologia……...13
1.5 **Tratamiento médico para el VIH**……14
1.6 **Efectos secundarios físicos del medicamento**……14
1.7 **La Hepatotoxicidad**……15
1.7.1 Hepatotoxicidad a causa de medicamentos para VIH……15
1.7.1.1 Daño directo a las células hepáticas……..15
1.7.1.2 Acidosis láctica……..16

Capítulo 2: Aspectos emocionales de la enfermedad……...17

2.1 **Enfermedades crónicas**…..……17
2.2 **El VIH-SIDA y su incidencia en el estado del paciente diagnosticado**…….…..…18
2.3 **Fases físico/psicológicas de pacientes diagnosticadas con VIH/SIDA**……..19
2.3.1 Periodo anterior a la realización de los análisis o recogida de resultados……19
2.3.2 Diagnóstico de la enfermedad……..19
2.3.3 Comienzo de tratamiento……..19
2.3.4 Aparición de efectos secundarios de la medicación…….20
2.3.5 Fase terminal……20
2.3.6 Fase de duelo de la familia……...20
2.4 **El factor psicosocial en el paciente con VIH-SIDA**.……..……..21
2.4.1 Protección legal a personas con VIH-SIDA……22
2.4.2 Menores afectados de VIH-SIDA……23
2.5 **El VIH y el estado de ánimo**……..……...24
2.5.1 La ansiedad……..24
2.5.2 La depresión…….26
2.5.2 Efectos secundarios en el estado de ánimo
debido a medicamento para VIH…….28

Capítulo 3: Resultados cualitativos de entrevistas……...29

Conclusiones y recomendaciones.....33

Glosario de términos…….....35

Anexos…….…….....38
Anexo 1……38
Anexo 2……39

Referencias bibliográficas…….....47

Introducción

El VIH-SIDA es una enfermedad devastadora la cual ha cobrado la vida de millones de personas a lo largo de su existencia. Actualmente gracias a los avances en la medicina, si una persona recibe su tratamiento y sigue las instrucciones adecuadas del mismo, el paciente tiene la posibilidad de vivir una vida más larga, es decir, que la enfermedad pasa de ser una mortal a un padecimiento con el que la persona vive a diario, teniendo en cuenta que la actitud del paciente juega un papel fundamental, por tanto es necesario dar un tratamiento que vaya más allá de la situación física del paciente y englobe los aspectos psicológicos que este pueda llegar a padecer, específicamente aquellos relaciones al estado de ánimo y la situación social del individuo.

El presente trabajo partiendo de la base de la importancia de la salud mental del paciente, tiene como fin poder reflejar la información pertinente que abarque los aspectos físicos y actitudinales que rodean a una persona diagnosticada con VIH-SIDA, y como todos estos aspectos inciden en el estado anímico y/o salud psicológica del paciente; es decir que se reflejara la dinámica que existe entre la enfermedad de VIH-SIDA y sus consecuencias en el estado de ánimo de la persona y viceversa. Con esto se pretende ofrecer un tratamiento integral en la cual no sólo se suministren fármacos para combatir a la enfermedad que se puedan presentar, sino también ofrecer una perspectiva psicológica en el cual la persona sea capaz de aceptar su condición y optar por un mejor estilo de vida tanto en sus cuidados físicos, como psicológicos, teniendo conciencia sobre su capacidad para continuar con una vida normal y no caer en estados de ánimo bajos que puedan terminar en patologías que pudiesen tener consecuencias graves en la vida del paciente.

Es fundamental que las personas sean educadas sobre medidas de prevención sobre esta enfermedad para así reducir los índices de personas afectadas por este virus, y a las personas que ya están afectadas es indispensable ofrecerles una atención en la cual no se descuide su estado anímico para evitar cualquier problema psicológico, agravando así la condición de su enfermedad. Es por eso que a lo largo de este trabajo se explorará los origines del VIH-SIDA, sus síntomas, formas de contagio, tratamiento y lo más importante la relación existente entre la enfermedad y el estado anímico del individuo, así como las posibilidad de desarrollar de problemas de ansiedad, depresión y deterioro sociolaboral.

Justificación

Se considera de suma importancia tomar en cuenta a personas con enfermedades crónicas, específicamente a personas con VIH-SIDA, ya que por lo general no se les ofrece un tratamiento integral que incluya la atención no solo a nivel físico, sino que también lleve de la mano la atención psicológica que garantice una mejor calidad de vida; es decir, que la persona diagnosticada con el virus acepte su condición de tal manera que su estado anímico no se vea severamente afectado y así se pueda reducir cualquier riesgo de padecer depresiones, ansiedad, intentos de suicido, culpabilidad, baja autoestima, alteraciones en relaciones sociales, afectivas, laborales y cualquier estado anímico bajo que pueda afectar aún más la condición de la persona.

La investigación tendrá como característica facilitar al psicólogo información para obtener conocimientos sobre como la persona diagnosticada con VIH-SIDA se ve afectada anímicamente. Por tanto se vuelve importante indagar sobre la perspectiva de como un bajo estado de ánimo, puede tener incidencia en la salud de la persona, tanto a nivel físico y principalmente a nivel psicológico, puesto que dichas consideraciones son habitualmente pasadas por alto por diversas razones.

La experiencia con personas afectadas con algún tipo de enfermedad refleja que si bien no se puede resolver la problemática de la persona, tener apoyo psicológico para quien padece la enfermedad puede llegar a tener una incidencia muy positiva, tanto en la mejora o posible cura de la enfermedad (en el caso de enfermedades curables), así como mejorar la calidad de vida durante el proceso.

Con dicha investigación se pretende recopilar información y datos que reflejen de la forma más completa posible que es el VIH-SIDA y todo lo que envuelve a esta enfermedad, así como sus posibles consecuencias en estado físico y principalmente anímico de la persona diagnosticada.

Objetivos

Objetivo general propuesto:

Describir al VIH-SIDA y los efectos en el estado anímico de personas diagnosticadas.

Objetivos específicos:

- Describir el origen, causas y efectos del VIH-SIDA.
- Identificar como el VIH-SIDA afecta el estado anímico de la persona diagnosticada desarrollando posible depresión, ansiedad y/o rupturas sociolaborales.
- Reflejar los efectos secundarios de los medicamentos suministrados en el tratamiento de personas con VIH-SIDA, tanto a nivel físico como emocional.
- Conocer las dificultades psicológicas y sociales asociadas a la enfermedad.

Capítulo 1: Marco Teórico

1.1 El VIH-SIDA

El SIDA ha sido una de las enfermedades más devastadoras en la historia de la humanidad, siendo responsable de la muerte de millones de personas que se han visto afectadas con el virus de VIH. Hoy en día, ha evolucionado a ser una enfermedad la cual con un adecuado tratamiento se puede lograr prolongar la vida de la persona que lo padece así como mejorar su calidad de vida.

El VIH conocido como el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) infecta las células del sistema inmunitario destruyéndolas y entorpeciendo su correcto funcionamiento, lo que conlleva al deterioro progresivo de dicho sistema produciendo una deficiencia inmunitaria. Se habla de inmunodeficiencia cuando el sistema inmunitario ya no logra cumplir su función esencial de combatir las infecciones y otras enfermedades. Las infecciones que acompañan a la inmunodeficiencia grave se denominan "oportunistas" porque los agentes patógenos causantes aprovechan la debilidad del sistema inmunitario.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ataca el sistema inmunitario y debilita los sistemas de vigilancia y defensa contra las infecciones y algunos tipos de cáncer. A medida que el virus destruye las células inmunitarias y altera su función, la persona infectada se va volviendo gradualmente inmunodeficiente. La función inmunitaria se suele medir mediante el recuento de células CD4. La inmunodeficiencia entraña una mayor sensibilidad a muy diversas infecciones y enfermedades que las personas con un sistema inmunitario saludable pueden combatir. La fase más avanzada de la infección por el VIH se conoce como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, o SIDA y puede tardar entre 2 y 15 años en manifestarse, dependiendo del sujeto. El SIDA se define por la aparición de ciertos tipos de cáncer, infecciones u otras manifestaciones clínicas graves. Es posible que una persona infectada con el VIH tarde varios años en alcanzar esta etapa aun sin recibir tratamiento. En las personas que tienen el SIDA, el virus ha debilitado su sistema inmunitario a tal grado que al cuerpo se le dificulta combatir las infecciones. Se considera que alguien tiene SIDA cuando presenta una o más infecciones y un número bajo de células T.

Durante los primeros días de la infección por el VIH, el virus, sumamente activo, consigue infectar a las poblaciones de linfocitos existentes y causar daños importantes no sólo porque reduce la cantidad de linfocitos, sino también porque reduce su variedad, es decir, destruye linfocitos especializados en distintos tipos de tareas, que no se pueden volver a recuperar. Esto debilita todavía más al sistema inmune.

A los pocos días o semanas de producirse la infección por VIH, la cantidad de virus en la sangre llega a niveles muy altos. Algunas personas experimentan síntomas parecidos a la

gripe, con un malestar general. Este primer período de la infección es lo que se denomina Síndrome de Infección Aguda.

Aproximadamente la mitad de las personas recién infectadas suelen experimentar síntomas parecidos a los de una gripe o una mononucleosis, con fiebre, sudoración, inflamación de los ganglios, dolor de cabeza, dolores en las articulaciones, sensación de cansancio, pérdida de apetito, vómitos, diarreas.

El Síndrome de Infección Aguda suele aparecer de 2 a 4 semanas después de la infección, suele durar de 2 a 3 semanas y luego remite. Es muy posible que tanto la persona que lo padece como un médico de atención primaria o de familia lo confunda con un proceso gripal o una mononucleosis, especialmente si la persona no informa al médico de que ha tenido prácticas de riesgo.

Esto, unido al hecho de que, inmediatamente después de que haya remitido el Síndrome de Infección Aguda, el cuerpo logra recuperar un estado de salud "normal" y la persona puede estar mucho tiempo, años, sin síntomas relevantes, hace que mucha gente ignore que está infectada.

Durante el Síndrome de Infección Aguda se produce una feroz batalla entre el VIH y sistema inmune En los primeros días, el VIH se reproduce a una velocidad de vértigo y logra establecerse no sólo en los Linfocitos CD4 y otras células del sistema inmune, sino también en el intestino, en células del sistema nervioso y en otros tejidos.

La carga viral en la sangre, en esas semanas, llega a ser muy elevada, en ocasiones, de más de 1 millón de virus por milímetro cúbico (mm3). Es frecuente también que el nivel de linfocitos CD4 caiga por debajo de sus valores normales, que oscilan entre 1.200 y 700 CD4 por mm3. Pasadas unas semanas, la respuesta inmunitaria es potente, lo que explica en parte los síntomas de este “Síndrome Agudo” y el número de linfocitos CD4 se recupera, aunque nunca llega a su nivel original. La carga viral también tiende a disminuir, hasta alcanzar un valor más o menos estable, variable en cada persona. A ese valor se le conoce como valor nadir o basal de carga viral. Normalmente suele estar por debajo de los 50.000 ó 70.000 virus por mm3. Cuanto más bajo sea ese valor basal, mejor suele ser el pronóstico de evolución para la persona infectada.

Cuando se llega a este punto, normalmente entre los dos y los seis meses después del momento de la infección, la respuesta del sistema inmune ha permitido la producción de anticuerpos, que son los agentes que “fabrica” el organismo para reconocer y eliminar todo aquello que es extraño a él (virus, bacterias, etc.).

La presencia de los anticuerpos significa que el sistema inmune ha podido, de momento, controlar la infección. Pero también significa que el VIH ha logrado establecerse con éxito

en el organismo. Cuando a una persona se le detectan los anticuerpos al VIH en la sangre se dice que es Seropositiva.

Ese período de tiempo de entre dos y seis meses entre el momento de la infección y la aparición de los anticuerpos es lo que se conoce como "Período Ventana". Esto quiere decir que una persona puede estar infectada y, sin embargo, una prueba de detección de anticuerpos puede dar un resultado negativo. Por ello, para realizarse una prueba de detección de anticuerpos, se recomienda esperar al menos 3 meses desde el momento en que se tuvo riesgo de infección.

1.2 Pruebas de VIH-SIDA

Para poder detectar una infección dentro de este período ventana existen varios tipos de pruebas:

- Prueba Estándar de análisis de sangre: Esta fue la primera prueba de anticuerpos del VIH desarrollada y puesta a disposición, y es la más utilizada. Mediante esta técnica se realiza una prueba inicial (la prueba ELISA), la cual se confirma mediante una prueba específica de sangre.

- Prueba de Mucosa Oral: Esta prueba, una alternativa a la prueba de sangre estándar, utiliza un algodón la cual se coloca en la boca y se frota suavemente entre la mejilla y la encía inferior. El algodón recoge una exposición oral del líquido llamado trasudado de mucosa oral (OMT). Este líquido contiene anticuerpos del VIH en una persona infectada por el VIH. Esta prueba no detecta el VIH en la saliva.

- Prueba Rápida de anticuerpos del VIH: Mientras que la prueba estándar del VIH requiere hasta dos semanas para obtener los resultados, la prueba de diagnóstico rápido da los resultados en 5-60 minutos. Actualmente la única prueba rápida aprobada es la de la prueba utilizando sangre. Otros métodos de prueba rápida del VIH se encuentran en desarrollo. Para realizar esta prueba, al individuo se le pincha un dedo, se le toma una muestra de sangre y ésta se transfiere a una probeta y se mezcla con una solución. En tan sólo 20 minutos, el dispositivo de prueba le indicará si los anticuerpos del VIH-1 están presentes en la solución. Aunque los resultados de exámenes rápidos se le darán inmediatamente, al igual que las otras pruebas rápidas de VIH, si la prueba OraQuick da un resultado reactivo a la prueba, este resultado debe ser confirmado con una prueba específica adicional. La prueba de OraQuick no ha sido aprobada para donantes de sangre.

- Prueba Casera del VIH: Esta prueba la puede hacer usted mismo desde su casa. La prueba utiliza la misma tecnología que la prueba estándar de sangre. La muestra de sangre es enviada a un laboratorio y los resultados son obtenidos por teléfono. Está

disponible en muchas farmacias. Actualmente sólo una prueba de este tipo ha sido aprobada por el FDA. Otras pruebas que toman otros fluidos están en desarrollo.

Ser seropositivo no significa tener SIDA, sino que se está infectado por el VIH. Si el S.I. (sistema inmune) está en unos niveles suficientes de actividad como para mantener alejadas las enfermedades y síntomas característicos del SIDA, una persona seropositiva no padece síntomas ni enfermedades y puede llevar una actividad normal, a pleno rendimiento, en su día a día.

Todo comienza con la aparición o existencia de un virus denominado VIH; se produce una transmisión mediante una práctica de riesgo y la persona pasa a ser un portador asintomático que es lo mismo que persona seropositiva.

Un portador es una persona infectada por el VIH que puede transmitir la infección, es decir, es capaz de infectar. Asintomático se refiere a tener una infección sin síntomas, la persona parece sana y se encuentra bien; al igual que un portador es capaz de infectar.

La persona puede estar años en esta situación asintomática sin saberlo; un portador asintomático que lleve una vida sana, puede conseguir retrasar el desarrollo de la enfermedad.

El virus destruye o bloquea las defensas del organismo facilitando el desarrollo de las llamadas infecciones oportunistas y tumores. Llegados a este punto la enfermedad puede tener o desembocar en tres vertientes:

- La permanencia como portador asintomático.
- Presentar síntomas menores.
- Inicio de la fase sida

1.3 Historia del VIH-SIDA

En los años 70 cuando la liberación sexual estaba en su apogeo, la comunidad gay se manifestó sin ningún complejo y en ciudades como San Francisco y Nueva York el sexo era desenfrenado. Según investigaciones de aquella época, en una sola visita a saunas, discotecas o clubes especiales se producían una media de 2,7 contactos sexuales. Se extendió exageradamente entonces las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y era frecuente encadenar o padecer a la vez gonorrea, sífilis, herpes genital y otras enfermedades asociadas con la práctica de sexo sin protección.

Fue en este escenario cuando en junio de 1981 se notificó, en una revista científica, el primer caso de neumonía por Pneumocystis carinii en un paciente homosexual. Este germen era hasta entonces muy poco frecuente salvo en sujetos con las defensas bajas. Casi simultáneamente se publicaron varios casos de Sarcoma de Kaposi en pacientes jóvenes Ambas eran enfermedades raras que aparecían sólo en sujetos inmunodeprimidos, es decir, sin capacidad para defenderse de las infecciones y de algunos tumores. En pocos meses se describieron casos similares en otros países occidentales, fundamentalmente europeos.

En la historia de la búsqueda del virus surge a quien se le denomina "Paciente 0" de dónde pareció partir la epidemia en los primeros momentos. Se trata de Gaetan Dugas un auxiliar de vuelo homosexual y extremadamente promiscuo que reconoció haber tenido más de mil compañeros sexuales. A partir del VIH aislado en su sangre se identificaron, investigando a pacientes de todo el mundo, a más de 40 casos de VIH de idénticas características, repartidos por multitud de países que tenían en común además el haber compartido sexo entre ellos.

No debemos dejar a lado la creencia que fueron los simios que transmitieron dicho virus al humanos. Los primeros análisis del material genético del VIH mostraron que tenía una tremenda similitud con el SIV (virus de la inmunodeficiencia del simio), una familia de virus que afectaban a monos del centro de África donde también empezaron a identificarse casos de sida casi desde el principio. En la actualidad, gracias a estudios genéticos que han comparado el material de ambas familias de virus humano y del mono, está aceptado por la comunidad científica que el VIH es un descendiente del SIV que afecta a los monos.

Desde luego es bien conocida la posibilidad de que un germen que habita en los animales pueda infectar al hombre y producirle una enfermedad. Ya que el hombre y los chimpancés comparten un material genético idéntico en un 98% es decir, sólo un 2% de nuestros genes nos diferencia de estos animales. Posiblemente el virus se transmitió a través de heridas durante la cacería de estos animales, el consumo de su carne o incluso el contacto sexual.

Estos antecedentes de la enfermedad, a través de infecciones alternativas, nos hacen ver la capacidad del VIH para destruir los sistemas inmunológicos de los infectados, con el consiguiente desarrollo de infecciones de distinto índole, llegando hasta a hacerse crónicas.

Posteriormente, la enfermedad empieza a conocerse como "La Peste Rosa" asociando la aparición de manchas rosas en la piel con la tendencia homosexual de la mayoría de estos primeros casos.

De forma errónea, se extendió esta idea, aunque ya había constancia de otros afectados que también padecían la enfermedad como inmigrantes, receptores de transfusiones sanguíneas, personas que se inyectaban droga y mujeres heterosexuales.

Es en 1984 cuando empiezan a considerar la enfermedad como epidemia, basándose en el estudio realizado a un grupo de personas contagiadas, que habían tenido parejas en común, extrayendo así patrones que lo demostraban.

Otras teorías menos científicas, llegaron a negar que el SIDA proviniese de la infección del VIH y asociaban la enfermedad con el abuso de drogas de la época, como el popper, así como la gran actividad sexual con distintas personas. El virus ya se bautiza entonces como *Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS).*

En este mismo año, fruto de aislar el virus del sida y realizar posteriores estudios, dos científicos franceses lograron desarrollar un anticuerpo que identificaba a los infectados entre los grupos de riesgo. No estuvo este descubrimiento exento de polémica, al anticiparse a estos resultados un científico estadounidense, valiéndose de la investigación inicial llevada a cabo por los franceses y haciendo observaciones por su cuenta. La polémica se zanjaría en 2008, reconociendo el descubrimiento del virus con el Premio Nobel, a los dos científicos francés junto con otro investigador.

La segunda mitad de la década transcurrió con el aislamiento social hacia los infectados incluso por parte de sus familiares y amigos, fundamentalmente por el miedo a contraer el virus y fruto del desconocimiento de las formas de contagio, entre otros motivos. Se dieron casos de niños infectados que no encontraban colegio al que asistir porque los padres del resto de niños se negaban a que sus hijos compartieran aula con ellos, por ese terror que transmitía la palabra VIH, por esa falsa creencia de que cualquier contacto significaría el lastre de esa terrible enfermedad.

Una de las consecuencias de concentrar la atención en la comunidad homosexual, fue la propagación sin control de la enfermedad entre heterosexuales, más en concreto en zonas más desprotegidas como África, Asia o Europa Oriental.

De acuerdo con la ONU, entre 1983 y 1984 investigadores aislaron el virus que causa el sida, el VIH, y concluyeron que se trataba de un retrovirus que durante años solo había afectado a distintas especies de simios y que en algún momento, debió dar el salto hacia la raza humana.
A principios de los 80 había cerca de 100.000 adultos infectados por el VIH, pero la enfermedad se propagó rápidamente y 20 años después ya se hablaba de 33,4 millones de personas con el virus.

1.4 Situación epidemiológica actual del VIH/SIDA en Latinoamérica en la primera década del siglo XXI.

1.4.1 Tabla 1. Prevalencia y número total de casos de VIH/SIDA en los países latinoamericanos y España (actualizado a diciembre de 2010) por ONUSIDA y CELADE

*Países	Casos de VIH/SIDA (n)	Prevalencia por cada 1.000 habitantes
República Dominicana	57.000	5,8
Panamá	20.000	5,7
El Salvador	34.000	5,5
Honduras	39.000	5,1
Guatemala	62.000	4,3
Brasil	810.000	4,1
Colombia	160.000	3,5
Uruguay	9.900	2,9
Argentina	110.000	2,7
Ecuador	37.000	2,7
Perú	75.000	2,5
Chile	40.000	2,3
Costa Rica	9.800	2,1
México	220.000	2,0
Paraguay	13.000	2,0
Bolivia	12.000	1,2
Nicaragua	6.900	1,2
Cuba	7.100	0,6
Venezuela	-	-
España	130.000	2,9

*Nota. Las casillas con guión (-) se refieren a que no hay datos. Aquellos países con idénticos índices de prevalencia han sido clasificados por orden alfabético.

En la tabla número 1, se presentan los índices de prevalencia del VIH/SIDA en países de Latinoamérica y España.

> [1]Considerando los índices de prevalencia, se han delimitado tres grupos de países:
> Países con prevalencia baja (entre 0,5 y 2,4/1.000 habitantes): Chile (2,3), Costa Rica (2,1), México (2,0), Paraguay (2,0), Bolivia (1,2), Nicaragua (1,2) y Cuba (0,6);
> Países con prevalencia media (entre 2,5 y 4,4/1.000 habitantes): Guatemala (4,3), Brasil (4,1), Colombia (3,5), Uruguay (2,9), Argentina (2,7), Ecuador (2,7) y Perú (2,5); [1]
> Países con prevalencia alta (entre 4,5 y 6,4/1.000 habitantes): República Dominicana (5,8), Panamá (5,7), El Salvador (5,5) y Honduras (5,1).
> (Buela Casal; Bermúdez; Ramiro, 2012, p. 9)

[1] Buela Casal, Gualberto; Bermúdez, María; Ramiro, María Teresa. (Enero, 2012). Situación epidemiológica actual del VIH/SIDA en Latinoamérica en la primera década del siglo XXI Análisis de las diferencias entre países. SCIELO revista médica de Chile.

1.4.2 Tabla 2. Casos de VIH/SIDA en los países de Latinoamérica por sexo y edad

País	n Total adultos y niños	n adultos (15 y más años)	Niños (0-14 años) n (%)	Varones adultos (15 y más años) n (%)	Mujeres adultas (15 y más años) n (%)	n Total adultos jóvenes (15-24 años)	Mujeres jóvenes (15-24 años) n(%)	Varones jóvenes (15-24 años) n (%)
Argentina	110.000	110.000	-	74.000 (67,3)	36.000 (32,7)	17.120	6.730 (39,3)	10.390 (60,7)
Bolivia	12.000	11.000	1.000 (8,3)	7.400 (61,7)	3.600 (30,0)	2.003	986 (49,2)	1.017 (50,8)
Brasil	-	-	-	-	-	-	-	-
Chile	40.000	39.000	1.000 (2,5)	27.000 (67,5)	12.000 (30,0)	4.449	1.452 (32,6)	2.997 (67,4)
Colombia	160.000	150.000	10.000 (6,3)	100.000 (62,5)	50.000 (31,2)	12.587	4.006 (31,8)	8.581 (68,2)
Costa Rica	9.800	9.600	200 (2,0)	6.800 (69,4)	2.800 (28,6)	1.336	428 (32,0)	908 (68,0)
Cuba	7.100	7.000	100 (1,4)	4.800 (67,6)	2.200 (31,0)	1.599	776 (48,5)	823 (51,5)
Ecuador	37.000	36.000	1.000 (2,7)	25.000 (67,6)	11.000 (29,7)	5.141	2.534 (49,3)	2.607 (50,7)
El Salvador	34.000	32.000	2.000 (5,8)	21.000 (61,8)	11.000 (32,4)	4.407	1.941 (44,0)	2.466 (56,0)
Guatemala	62.000	60.000	2.000 (3,2)	40.000 (64,5)	20.000 (32,3)	11.619	4.415 (38,0)	7.204 (62,0)
Honduras	39.000	37.000	2.000 (5,1)	25.000 (64,1)	12.000 (30,8)	4.063	1.609 (39,6)	2.454 (60,4)
México	220.000	220.000	-	161.000 (73,2)	59.000 (26,8)	29.926	10.135 (33,9)	19.791 (66,1)
Nicaragua	6.900	6.700	200 (2,9)	4.600 (66,7)	2.100 (30,4)	1.247	624 (50,0)	623 (50,0)
Panamá	20.000	20.000	-	13.700 (68,5)	6.300 (31,5)	2.133	895 (42,0)	1.238 (58,0)
Paraguay	13.000	12.000	1.000 (7,7)	8.200 (63,1)	3.800 (29,2)	1.973	646 (32,7)	1.327 (67,3)
Perú	75.000	73.000	2.000 (2,7)	55.000 (73,3)	18.000 (24,0)	8.481	2.779 (32,8)	5.702 (67,2)
República Dominicana	57.000	54.000	3.000 (5,3)	22.000 (38,6)	32.000 (56,1)	9.391	6.553 (69,8)	2.838 (30,2)
Uruguay	9.900	9.600	300 (3,0)	6.500 (65,6)	3.100 (31,4)	1.294	507 (39,2)	787 (60,8)
Venezuela	-	-	-	-	-	-	-	-

En la tabla número 2 se presentan los casos de VIH/ SIDA en los países latinoamericanos en función del sexo y la edad.

> [2]México (73,2%), Costa Rica (69,4%) y Panamá (68,5%) son los países de Latinoamérica con mayor porcentaje de varones adultos que padecen de VIH/SIDA. República Dominicana (56,1%), Argentina (32,7%) y El Salvador (32,4%) son los países con mayor porcentaje de mujeres adultas que viven con el VIH/SIDA en Latinoamérica. Por otra parte, República Dominicana (69,8%), Nicaragua (50,0%) y Ecuador (49,3%) son los tres países con mayor porcentaje de mujeres jóvenes con VIH/SIDA.
> En cuanto a los varones jóvenes, Colombia (68,2%), Costa Rica (68,0%) y Paraguay (67,3%) tienen el mayor porcentaje de personas que padecen el VIH/SIDA. Bolivia (8,3%), Paraguay (7,7%) y Colombia (6,3%) son los países latinoamericanos con mayor porcentaje de casos infantiles afectados por el VIH/SIDA.
> (Buela Casal; Bermúdez; Ramiro, 2012, p. 10)

[2] Buela Casal, Gualberto; Bermúdez, María; Ramiro, María Teresa. (Enero, 2012). Situación epidemiológica actual del VIH/SIDA en Latinoamérica en la primera década del siglo XXI Análisis de las diferencias entre países. SCIELO revista médica de Chile

1.4.3 Tabla 3. Vías de transmisión del VIH en los países latinoamericanos y España en año 2010 por ONUSIDA y Centro Nacional de Epidemiologia

País	Sexual (%)	Hetero (%)	Homo/ bi (%)	UDVP (%)	Transf/hemo (%)	M-H (%)	Otro/Desc (%)
Argentina	90,8	68,3	22,5	5,7	0,6	2,8	0,1
*Bolivia	90,0	67,5	14,4	-	1,0	2,0	7,0
Brasil	72,6	50,8	21,8	14,3	0,7	0,1	12,3
Chile	88,3	36,5	51,8	0,9	0,4	1,1	9,3
Colombia	82,3	60,4	21,9	0,1	-	1,0	16,6
Costa Rica	84,2	24,9	59,3	-	4,0	1,3	10,5
Cuba	99,0	27,0	72,0	-	-	-	1,0
Ecuador	100,0	80,1	19,9	-	-	-	-
El Salvador	86,0	79,0	7,0	1,0	-	6,0	7,0
Guatemala	94,1	-	-	-	-	5,1	0,8
Honduras	91,8	85,3	6,5	0,1	0,4	6,1	1,6
México	63,6	34,2	29,4	0,8	1,6	-	34,0
Nicaragua	100,0	81,0	19,0	-	-	-	-
Panamá	69,0	36,3	32,7	-	1,5	3,2	26,3
Paraguay	98,0	70,2	27,8	0,9	-	1,1	-
Perú	97,0	41,0	56,0	-	1,0	2,0	-
República Dominicana	82,7	75,7	7,0	5,0	3,0	-	9,3
Uruguay	70,0	51,2	18,8	19,0	-	2,6	8,4
Venezuela	100,0	35,0	65,0	-	-	-	-
España	31,4	17,2	14,2	60,9	1,5	1,2	4,9

Nota: Hetero: Heterosexual; Homo/Bi: Homosexual/bisexual; Transf/Hemo: Transfusión sanguínea/hemoderivados; M-H: Madre-Hijo; Otro/Desc: Otro/Desconocido. Las casillas con guión (-) significan que no hay datos. *Bolivia: El 90% contrajo el VIH a través de la vía sexual y de este porcentaje, no se tiene datos acerca de la vía sexual exacta de infección en el 8,1% de los casos.

En la tabla número 3 se presentan los datos que representas las formas de contagio.

> [3]La vía predominante en los países latinoamericanos es la sexual (heterosexual y homo/bisexual). México, Panamá y, en menor medida Perú, son los países donde la vía hetero y homosexual se encuentran por igual en porcentajes. Los países con mayores porcentajes de infección por el VIH a través de la vía heterosexual son Honduras (85,3%), Nicaragua (81,0%) y Ecuador (80,1%). La vía homo/ bisexual presenta los mayores porcentajes en Cuba (72,0%), Venezuela (65,0%) y Costa Rica (59,3%). Con respecto al consumo de drogas por vía parenteral, Uruguay (19,0%), Brasil (14,3%) y Argentina (5,7%) encabezan las posiciones de países donde se concentran los porcentajes más elevados. A pesar del control de las transfusiones sanguíneas, el 4,0% de los casos de VIH en Costa Rica se ha producido a través de esta vía, así como el 3,0% de los casos de República Dominicana y el 1,6% de los de México. Analizando la vía madre-hijo, se observa que Honduras (6,1%), El Salvador (6,0%) y Guatemala (5,1%) tienen la proporción más elevada de transmisión materno-filial en Latinoamérica. Existe un elevado porcentaje de casos sobre los cuales no se conoce la vía de transmisión. Así, México (34,0%), Panamá (26,3%) y Colombia (16,6%) constituyen el grupo de tres países donde se concentran los porcentajes más elevados de casos de VIH cuya vía de transmisión se desconoce.
> (Buela Casal; Bermúdez; Ramiro, 2012, p. 11)

[3] Buela Casal, Gualberto; Bermúdez, María; Ramiro, María Teresa. (Enero, 2012). Situación epidemiológica actual del VIH/SIDA en Latinoamérica en la primera década del siglo XXI Análisis de las diferencias entre países. SCIELO revista médica de Chile

1.5 Tratamiento médico para el VIH

Existen diferentes tipos de fármacos para tratar la infección por el VIH. Esos medicamentos atacan diversos aspectos del proceso que utiliza el virus para reproducirse. Como el VIH-SIDA muta rápidamente y se vuelve resistente a todos los medicamentos administrados en forma aislada, los pacientes deben tomar una combinación de fármacos para lograr la máxima supresión del VIH.

La terapia de combinación contra el VIH es conocida como terapia antirretroviral de gran actividad o TARGA. La TARGA, cambia el curso natural de la infección por el VIH y prolonga significativamente el periodo entre la infección inicial y el desarrollo de síntomas. Para alcanzar estos resultados es importante empezar el tratamiento antes de que se manifiesten los síntomas del SIDA, pero aquél también tiene beneficios importantes y duraderos para la salud de los pacientes que lo comienzan después del diagnóstico de SIDA. Aunque es eficaz para retrasar la progresión de la enfermedad relacionada con el VIH-SIDA, no es una cura.

Existen cinco clases principales de medicamentos:

- Inhibidores de la transcriptasa reversa (RT, por sus siglas en inglés): Interfieren con un paso importante del ciclo de vida del VIH e impiden que el virus multiplique copias de sí mismo
- Inhibidores de la proteasa: Interfieren con una proteína que usa el VIH para producir partículas virales infecciosas
- Inhibidores de fusión: Bloquean la entrada del virus a las células del cuerpo
- Inhibidores de integrasa: Bloquean la integrasa, una enzima que necesita el VIH para multiplicarse
- Combinaciones de varios medicamentos: Contienen dos o más medicamentos pertenecientes a una o más clases.

1.6 Efectos secundarios físicos de los medicamentos

Para las personas VIH positivas, el hígado cumple un papel fundamental ya que es responsable de la creación de las proteínas que el sistema inmunológico necesita, ayuda a que el cuerpo luche contra la infección y procesa muchos de los medicamentos usados para tratar el VIH y las infecciones relacionadas con el SIDA. Lamentablemente, estos mismos medicamentos también pueden dañar el hígado, impidiéndole realizar todas las tareas necesarias y en algunos casos, causándole lesiones.

1.7 La Hepatotoxicidad

"Hepatotoxicidad" es la palabra usada para referirse a las lesiones del hígado causadas por los medicamentos y otras sustancias químicas. El hígado está especialmente expuesto a toxicidad por razón de su función en la biotransformación, metabolismo y eliminación de agentes potencialmente tóxicos. Ciertos productos medicinales, al tomarse en dosis elevadas o por un largo periodo de tiempo causan daños celulares, aunque la hepatotoxicidad es por lo general independiente de la concentración del fármaco, es decir, algunas drogas pueden causar daño hepático aún en dosis terapéuticas. La hepatotoxicidad puede ser causada por elementos naturales, remedios caseros o industriales, entre otros. Todo producto causante de daño al hígado se conoce como hepatotoxina.

1.7.1 Hepatotoxicidad a causa de medicamentos para VIH

A pesar de que los medicamentos para tratar el VIH tienen como objetivo mejorar la salud, el hígado los reconoce como compuestos tóxicos. Después de todo, el cuerpo no los produce naturalmente, y contienen algunas sustancias químicas que podrían llegar a causar daño al cuerpo. Junto con los riñones y otros órganos, el hígado procesa estos medicamentos para hacerlos más seguros. Durante el proceso, el hígado puede trabajar en exceso, lo que puede causar daño hepático.

En realidad, los medicamentos para tratar el VIH pueden provocar daños hepáticos de dos maneras:

1.7.1.1 Daño directo a las células hepáticas

Las células hepáticas, llamadas hepatocitos, juegan un papel vital en el funcionamiento del hígado. Si estas células trabajan demasiado para extraer las sustancias químicas de la sangre, o si sufren lesiones debido a infecciones (por ejemplo, el virus de la hepatitis C), pueden producirse reacciones químicas anormales que muy probablemente las dañen.

Existen tres formas en las que esto puede ocurrir:

a) Tomar dosis muy altas de un medicamento.

Si tomaste una dosis muy alta de un medicamento ARV o de otro medicamento (es decir, tomaste muchas pastillas cuando se suponía que sólo debías tomar una o dos), es posible que esto provoque un daño inmediato, y a veces grave, a las células hepáticas. Cuando se toma una sobredosis, prácticamente todos los medicamentos pueden causar este tipo de lesión en el hígado.

Tomar dosis estándar de un medicamento durante mucho tiempo. Si tomas medicamentos en forma regular durante un largo período, también existe el riesgo de que las células

hepáticas resulten lesionadas. Por lo general, ésto ocurre después de varios meses o años de tomar determinados medicamentos. Los inhibidores de la proteasa pueden causar lesiones a las células hepáticas cuando se usan durante períodos prolongados.

b) Una reacción alérgica.

Cuando escuchamos la frase "reacción alérgica", generalmente pensamos en picazón en la piel o en ojos llorosos. Sin embargo, también pueden producirse reacciones alérgicas en el hígado. Si eres alérgico a un medicamento en particular, el sistema inmunológico puede hacer que el hígado se inflame como resultado de las interacciones entre proteínas hepáticas clave y el medicamento. Si el medicamento no se suspende, la inflamación puede empeorar y provocar daño hepático severo. Dos medicamentos para tratar el VIH que pueden causar este tipo de reaccion alérgica (a la que a veces se llama "hipersensibilidad") en las personas VIH positivas son, Ziagen (abacavir) y Viramune (nevirapine). En general, las reacciones alérgicas como éstas, se observan luego de algunas semanas o meses después de haber comenzado con el medicamento, y pueden estar o no acompañadas de otros síntomas alérgicos relacionados (por ej.: fiebre o sarpullido).

c) Daño al Hígado por una reacción no-alérgica.

Algunos medicamentos pueden causar daño al hígado sin una reacción alérgica o por su uso en dosis altas. Dos medicamentos para tratar el VIH que pueden causar daño serio al hígado por una reacción no-alérgica, aunque en un número pequeño de personas, son Aptivus (tipranavir) y Prezista (darunavir) en personas con el virus de hepatitis B (VHB) o hepatitis C (VHC).

1.7.1.2 Acidosis láctica

En el caso de los inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa (INTR) no es el hígado el que los procesa, sino que son los riñones los que los extraen de la sangre y del cuerpo. Por lo tanto, en el pasado muchos expertos especulaban que era poco probable que estos medicamentos causaran lesiones en el hígado. Pero ahora sabemos que estos medicamentos pueden dañar la "mitocondria celular," la "fábrica de energía" dentro de las células, que convierte a los nutrientes en energía. Esto puede hacer que aumenten los niveles de lactato (un producto de desecho celular). Si estos niveles aumentan demasiado, puede desarrollarse una condición llamada acidosis láctica, que puede provocar problemas hepáticos, incluso una acumulación de grasa dentro y alrededor del hígado, con la consecuente inflamación.

Capítulo 2: Aspectos emocionales de la enfermedad

2.1 Enfermedades crónicas

Hay muchos tipos de enfermedades crónicas, desde la diabetes y el VIH-SIDA, hasta la artritis y el cansancio persistente. Si bien, la ciencia médica ha logrado grandes progresos en el desarrollo de tratamientos eficaces para los efectos físicos de estas enfermedades, muchas víctimas siguen enfrentando un desafío asombroso para su salud mental y emocional.

Uno de los mayores temores es la incertidumbre asociada con una enfermedad crónica. La enfermedad puede ser esporádica y durar solo un tiempo breve o puede ser permanente y empeorar gradualmente con el paso del tiempo.

Las enfermedades crónicas pueden forzar muchos cambios de estilo de vida potencialmente estresantes como por ejemplo, dejar de hacer actividades que disfruta, adaptarse a nuevas limitaciones físicas y necesidades especiales y pagar medicaciones y servicios de tratamiento costosos.

La vida diría misma puede resultar complicada.”Un estudio realizado en pacientes con dolores de cabeza crónicos causado por tensión indicó que experimentaron un menor desempeño en sus trabajos y su en función social y que tenían una probabilidad de tres a quince veces mayor de ser diagnosticados con ansiedad o trastornos del estado de ánimo”. (American Psychological Association, p. 4)

Con el paso del tiempo, estas tensiones y sentimientos negativos pueden robarle la energía emocional necesaria para avanzar en la vida. La falta de progreso en su recuperación o el empeoramiento de los síntomas pueden desencadenar pensamientos negativos que aumentan los sentimientos de ansiedad y tristeza, que con frecuencia llevan a la depresión. Es esencial actuar rápidamente para tratar la depresión.

“En estudios realizados con pacientes recientemente diagnosticados con diversos tipos de enfermedades crónicas, el mayor riesgo de síntomas depresivos se produjo durante los primeros dos años”. (American Psychological Association, p. 6)

Si bien estos síntomas suelen disminuir, los pacientes con enfermedades cardíacas presentan un riesgo considerablemente mayor de depresión hasta ocho años después del diagnóstico. Las limitaciones físicas impuestas por las enfermedades cardíacas y otras enfermedades crónicas como, por ejemplo, la artritis y la enfermedad pulmonar son además una causa común de depresión, sobre todo entre las personas de edad avanzada.

Debido a que la depresión conduce a menudo a malos hábitos alimenticios, falta de ejercicio e higiene inconsistente, puede inclusive complicar su recuperación de una enfermedad crónica y empeorar su estado físico en general.

Aquellos que luchan contra enfermedades cardíacas están particularmente en riesgo. La depresión prolongada en pacientes con enfermedades cardiovasculares es un factor conocido que contribuye a los ataques al corazón y derrames cerebrales. Además, los supervivientes de ataques al corazón que tienen depresión seria son tres a cuatro veces más susceptibles a morir en el término de seis meses.

2.2 El VIH-SIDA y su incidencia en el estado del paciente diagnosticado

De igual manera que ocurre con otras enfermedades crónicas y/o mortales, en las personas afectadas por el virus del VIH se da una serie de factores de diversa índole que toda intervención psicológica debe atender de manera inexcusable, ya que claramente el estado de ánimo es uno de los ejes afectados en la vida de la persona diagnosticada. Pero, además de los efectos psicológicos inherentes a una enfermedad caracterizada por su fuerte componente amenazante para la vida del individuo, nos encontramos también con los efectos negativos propios del estigma social y del rechazo que, lamentablemente, aún siguen persistiendo en la sociedad frente a esta dolencia.

Por tanto, la intervención psicológica debe contemplar y atender a un conjunto amplio y diverso de problemáticas, relacionadas directa o indirectamente con el virus del VIH-SIDA. Los problemas objeto de intervención abarcan tanto la atención de trastornos de la ansiedad y/o del estado del ánimo, que se pudieran dar tras el diagnóstico de la enfermedad; pasando por el acompañamiento a lo largo de todo el desarrollo de la enfermedad, o fallecimiento de la persona, si el pronóstico y evolución resultan negativos; así como el afrontamiento e integración en el mundo sociolaboral, si la enfermedad así lo permite.

Al mismo tiempo que se cubren las necesidades específicas generadas por el propio virus del VIH-SIDA, se evalúa e interviene sobre otros trastornos o problemáticas que se puedan dar en el núcleo familiar del paciente, tales como alcoholismo, consumo de drogas, malos tratos, problemas relacionados con la inmigración, situaciones de exclusión social, etc., los cuales pudieran ser determinantes en la evolución del VIH, si no se interviniera sobre ellos.

Así, el VIH-SIDA tiene unas consecuencias directas en el plano psicológico y social, y que en muchos momentos pueden ser tan graves o más que la propia enfermedad: estados depresivos con ideas de suicidio, aumento de la violencia familiar por el nivel de estrés y ansiedad acumulado, ruptura de relaciones socio-laborales y familiares, aislamiento, falta de recursos sociales (alternativas laborales adaptadas, prestaciones económicas en situación de crisis), incumplimiento de la adherencia al tratamiento por falta de información o trastornos del estado de ánimo, etc.

2.3 Fases físico/psicológicas de pacientes diagnosticadas con VIH/SIDA

Dentro de los efectos psicológicos más habituales de las personas afectadas por el virus del VIH-SIDA, nos vamos a centrar, en un primer momento, en aquellas consecuencias psicológicas y sociales derivadas del diagnóstico y la evolución de la enfermedad, así como en el tipo de intervención psicosocial que esta situación requiere.

2.3.1 Periodo anterior a la realización de los análisis o recogida de resultados

Cuando la persona es sabedora de un diagnostico positivo, este momento que la persona experimenta supone un estado emocional de gran ansiedad, ya que la situación suele generar una fuerte sensación de incertidumbre. Por tanto, es muy frecuente que el paciente muestre alteraciones emocionales (estado de angustia y ansiedad, miedo, etc.), derivadas de un estado de negación y/o asimilación del evento al que le tocará afrentarse a la persona.

2.3.2 Diagnóstico de la enfermedad

Tras el diagnóstico de la enfermedad, el individuo y la familia comienzan un proceso de asimilación y afrontamiento psicológico que, dependiendo de los recursos personales y sociales, pueden derivar en problemas y/o trastornos más o menos agudos y graves: trastornos depresivos o de ansiedad, con ideas o no de suicidio, trastornos adaptativos, trastornos de identidad, síntomas de auto rechazo, culpabilidad, disminución de la autoestima, alteraciones en las relaciones sexo-afectivas, etc. También se pueden producir dificultades socio-laborales, debidas a los problemas de salud, tales como discriminación en el ámbito del trabajo, tendencia al aislamiento social (reduciendo así los contactos con la red social y familiar), etc.

2.3.3 Comienzo de tratamiento

En estos momentos es posible que se produzca una nueva alteración o crisis en el estado emocional del paciente y su familia, ya que la enfermedad se hace más presente para todos. En este punto es habitual que el paciente genere una sensación continua de miedo ante las consecuencias físicas y sociales de la enfermedad, pudiendo llegar a la ocultación, la alteración de hábitos cotidianos, del ritmo de vida y proyectos personales, etc. Esta situación acaba potenciando el aislamiento de la persona.

A partir de aquí, se hace necesaria la supervisión de la toma de medicación, así como la realización de programas de adherencia en aquellos pacientes en que se compruebe la incorrecta toma de medicación. Debido a la peculiaridad de este tratamiento, que debe ser controlado y suministrado por el propio paciente (a diferencia de otro tipo de enfermedades graves) y unido a que son tratamientos muy largos (de por vida), se corre el riesgo de que la persona no lo realice de la manera más adecuada, lo que influiría directamente en la evolución y pronóstico de la enfermedad.

Por tanto, para conseguir una buena adherencia al tratamiento, se hace necesario llevar a cabo una evaluación de todos estos componentes psicológicos y sociales, y actuar sobre ellos, iniciando un proceso de intervención psico-social para mejorar la calidad de vida del paciente.

2.3.4 Aparición de efectos secundarios de la medicación

"Alrededor de los 94% de las personas manifiestas algunos de estos efectos: lipodistrofia, alteraciones emocionales por los antirretrovirales, diarreas, náuseas y vómitos, fatiga, problemas sexuales, alteraciones del sueño, neuropatía periférica, dolores crónicos por pérdida de masa muscular, etc. Estos efectos disminuyen en gran medida la calidad de vida de los pacientes y, si no se afrontan de manera adecuada, pueden llegar a ser una importante fuente de trastornos psicológicos, aislamiento social, autorrechazo, alteración de hábitos y de proyectos personales, dificultades en las relaciones sociales y laborales, los cuales pueden tener consecuencias graves en la vida del individuo". (Infocop, 2007, p. 12)

Evolución de la enfermedad/aparición de enfermedades oportunistas o complicación de otros trastornos (principalmente hepáticos)

Dependiendo de si la evolución es positiva o negativa, las necesidades del afectado van a ser muy distintas. Si la enfermedad avanza, es fundamental potenciar el desarrollo de una vida lo más normalizada posible, fomentar comportamientos saludables, implicar a los familiares y allegados en el proceso, dotar de habilidades de autocontrol emocional, etc. Si la evolución es positiva, es necesario facilitar la integración sociolaboral del afectado y su familia, ayudando a desarrollar herramientas que faciliten esta inserción plenamente.

2.3.5 Fase terminal

Las necesidades en esta etapa se circunscriben principalmente al acompañamiento en la muerte del enfermo y al apoyo a sus familiares. Se pretende así conseguir controlar posibles alteraciones emocionales, implicar adecuadamente a familiares y allegados en el proceso, facilitar la despedida, ayudar a afrontar la pérdida, preparar las últimas voluntades, etc.

2.3.6 Fase de duelo de la familia

En este momento, las necesidades principales son facilitar la descarga emocional y la elaboración de conflictos que no hayan quedado resueltos, supervisar que no se produzca un duelo patológico, conseguir una despedida emocional y centrar al familiar en el futuro. No debemos olvidar que, en muchas ocasiones, todos estos síntomas o fases se ven agravados por aparecer más de un caso de VIH en la familia (pareja y/o alguno de los hijos), con lo que la desestabilización del núcleo familiar es aún mayor.

2.4 El factor psicosocial en el paciente con VIH-SIDA

Aparte de todas estas necesidades generadas por la aparición de una enfermedad crónica o terminal en el individuo y su familia, existen otros efectos psicológicos, provocados por el estigma social que la infección por VIH-SIDA todavía entraña en nuestra sociedad (debido a la falta de información de los ciudadanos, etc.). Todas estas connotaciones negativas, a su vez, influyen de manera directa en la capacidad de la persona para aceptar y asimilar esta dolencia.

El afectado por VIH-SIDA no puede expresar libremente su situación, muchas veces la oculta completamente o sólo informa de ella a alguna persona muy allegada. Esto hace que, aparte de todo el estrés y la ansiedad que está sufriendo por su situación física, no pueda verbalizar estas preocupaciones.

A nivel psicológico esto supone un gran obstáculo y una importante fuente de trastornos mentales, ya que la persona en estos momentos necesita expresar y ventilar emocionalmente para poder superar y asimilar el diagnóstico de la enfermedad. En este sentido, la aceptación y normalización a nivel psicológico de estos individuos es prácticamente imposible, si no se les da el lugar y el espacio dónde puedan realizar esta descarga emocional.

Otras dificultades psicológicas y sociales asociadas a la enfermedad del VIH-SIDA se podrían concretar en las siguientes:

- Disminución de la autoestima: con sentimientos de culpabilidad, autorrechazo, automarginación, etc.
- Rechazo familiar y social: pérdida de redes personales necesarias para el afectado en este momento de gran estrés.
- Dificultades para mantener relaciones personales: lo que provoca un sentimiento de aislamiento, iniciando, como antes indicábamos, un proceso de automarginación que perjudica enormemente a la persona y carga a la unidad familiar que convive con la persona.
- Problemas de pareja: adaptación a las nuevas relaciones sexuales, sentimientos de culpabilidad, miedo de la pareja al contagio, aparición de nuevos datos de la pareja ocultos hasta este momento (consumo de drogas, relaciones extramatrimoniales, relaciones homosexuales, etc.), que favorecen la desestabilización familiar.
- No utilización de los recursos públicos a los que tiene derecho de forma normalizada, por minusvalía o situación de necesidad, para no verse obligados a explicar su situación, por miedo al rechazo social o a la no confidencialidad.
- Dificultades en la inserción laboral: evitación de la búsqueda de empleo por el miedo que puede suscitar el rechazo o el estigma social. Junto a la existencia de prejuicios y tópicos sociales en torno a esta enfermedad por parte de la sociedad en

- general, que de por sí perjudica seriamente la inserción laboral de estas personas, en ocasiones se le tiene que unir a este hecho la baja capacitación profesional de una parte de la población infectada de VIH-SIDA, por lo que las alternativas laborales se reducen considerablemente. La oferta laboral en estos casos de menor capacitación se suele concentrar mayoritariamente en labores manuales, donde el esfuerzo físico es fundamental. Por lo que nos encontramos con otra dificultad añadida para poder alargar la vida profesional de estos pacientes.
- Las revisiones médicas periódicas, las bajas laborales repetidas, etc., suponen una gran fuente de angustia, ya que social y laboralmente no es adecuado o no está permitido por las empresas, lo que a la larga repercute negativamente en el puesto de trabajo y en las relaciones laborales.

2.4.1 Protección legal a personas con VIH-SIDA

Existen leyes que garantizan los derechos individuales y sociales de las personas diagnosticadas con VIH-SIDA, cuyo objetivo son los de prevenir la transmisión y discriminación hacia personas con SIDA. Con este tipo de leyes se pretende facilitar un modelo de atención en salud que beneficie a la persona en su contexto, biológico, social y cultural. Por ejemplo en El Salvador existe el decreto número 588 que protege a las personas con VIH-SIDA. En dicho decreto resalta el artículo 5 de dicha ley que refleja que:

> Art. 5.- Toda persona viviendo con VIH/SIDA tiene los siguientes derechos:
>
> a. Asistencia sanitaria, tratamiento médico, quirúrgico, psicológico, y de consejería de manera oportuna y en igualdad de condiciones y a medidas preventivas que impidan la progresividad de la infección.
> b. Tener confidencialidad sobre el resultado del diagnóstico y la progresividad de la enfermedad.
> c. Acceder a un puesto de trabajo que no conlleve contactos de riesgo y a no ser despedido de su trabajo o desmejorado en su remuneración, prestaciones, o condiciones laborales en razón de su enfermedad.
> d. Tener acceso a la educación ya sea pública o privada y a no ser excluido en razón de su enfermedad
> e. Participar, organizarse o congregarse para desarrollar actividades licitas de carácter cívico, social, cultural religioso, deportivo, político o de otra índole.
>
> (Ministerio de trabajo y prevención social, 2011, p. 5)

En dicho decreto se reflejan estos y otros aspectos que engloban una protección lo más integral posible a personas tanto infectas como personas no infectadas, es decir que se engloba la protección que recibe una persona una vez que posee el virus y se previene la expansión del mismo en personas no portadoras.

2.4.2 Menores afectados de VIH-SIDA

Respecto a los menores afectados por VIH (mayoritariamente casos de transmisión vertical), la intervención psicológica se lleva a cabo principalmente a través de dos ejes:

1) Por un lado, se trabajan aspectos preventivos, vivenciales e informativos en torno a la enfermedad, dentro de grupos de iguales (grupos de autoapoyo). En estos grupos se trabajan aspectos específicos de la infección, proporcionando información, recursos y habilidades que actúen como factores preventivos dentro de su desarrollo.

2) Por otro lado, existen una serie de condicionantes y fases comunes en estos menores y que hay que tener en cuenta de cara a la intervención psicológica:

   a. Comunicación de diagnóstico. Por diversos motivos, los padres y/o cuidadores se suelen mostrar muy reacios a comunicar el diagnóstico. En este sentido, la intervención se orientará a facilitar la comunicación en esa línea, apoyándoles y marcándoles pautas para ello. Una comunicación de diagnóstico temprana, pautada y adaptada a la capacidad de comprensión del menor, repercute muy positivamente en el estilo de afrontamiento del mismo respecto a su situación, así como en otros aspectos más médicos (como la adherencia al tratamiento, la colaboración con el personal sanitario, etc.).
   b. Adherencia al tratamiento. En muchas ocasiones, la principal problemática que presentan los menores se encuentra en la mala adherencia a los tratamientos. No obstante, hay que aclarar que el nivel de adherencia a los tratamientos antirretrovirales ha de ser, como mínimo del 90% para que éste sea efectivo. Esta peculiaridad, unida al mal sabor o el excesivo tamaño de algunos de los fármacos contribuye a que los menores presenten estos problemas de adherencia.
   c. Comunicación y relación entre iguales. En el caso de los menores y jóvenes, este asunto es un problema que se viene planteando repetidamente, ya que las necesidades sociales y de aceptación van tomando cada vez una mayor relevancia para ellos, así como otros aspectos del desarrollo (la sexualidad, etc.). Todo ello hace de este momento del ciclo vital un momento clave en el desarrollo y autonomía de las personas, ya que a la problemática propia de estas edades, se une el padecer una enfermedad crónica y con las implicaciones del VIH.

      Para cubrir todas las necesidades expuestas anteriormente desde el Área de Psicología de la Asociación Apoyo Positivo, se ofrecen diversos recursos psicológicos como son: terapia individual, terapia de pareja y terapia familiar. Así como diferentes grupos terapéuticos: autoapoyo, grupo de mujeres, grupo de reciente diagnóstico, grupo de adolescentes y escuela de padres.

Desde un punto de vista social, es fundamental la lucha de todos para conseguir una normalización de la infección por VIH, con el objeto de eliminar el estigma social que esta enfermedad representa todavía en nuestra sociedad.

2.5 El VIH y el estado de ánimo

El virus de inmunodeficiencia humana puede causar más que problemas físicos. Las investigaciones demuestran que las personas que viven con VIH-SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) a menudo padecen trastornos de salud mental, como ansiedad, depresión o manía.

Casi todas las personas se enfrentan a problemas de salud mental en algún momento de sus vidas. Las principales tensiones, como la muerte de un ser querido, el divorcio, la pérdida de un trabajo, o las mudanzas, pueden tener un impacto importante en la salud mental. Tener una enfermedad grave, como el VIH, puede ser otra fuente de estrés.

No existe una causa única para un estado de ánimo bajo. Más bien, esta parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos, y psicológicos. Sin embargo el recibir un diagnóstico de enfermedad crónica, como el VIH o SIDA, puede generar una depresión o acrecentar las misma. Algunos medicamentos que se usan para tratar el VIH, en especial efavirenz (Sustiva), pueden provocar o agravar la depresión. Algunas enfermedades, como la anemia o la diabetes, pueden provocar síntomas parecidos a los de la depresión, al igual que el uso de drogas y los niveles bajos de testosterona, vitamina B6 ó vitamina B12. Es decir que la combinación del diagnóstico junto con otros malestar o enfermedades que afronte la persona incrementa la posibilidad de presentar un estado de ánimo bajo, o una depresión. Las personas infectadas con el VIH que además tienen hepatitis tienen una mayor predisposición a deprimirse, en especial si están tomando interferón.

Otros factores de riesgo son:

- Tener antecedentes familiares o personales de enfermedad mental, alcoholismo o abuso de substancias
- La falta de apoyo social
- Mantener en secreto que es VIH positivo/a.
- El fracaso del tratamiento (anti-VIH o para otra enfermedad)

2.5.1 La ansiedad

La ansiedad es un sentimiento de nerviosismo, aprehensión, miedo o preocupación. Puede ser una reacción normal a una situación tal como escribir un examen, puede ocurrir sin razón alguna o puede ser demasiado para lo que se espera de esta situación. En casos, en los que interfiere con tu capacidad para funcionar normalmente y llevar a cabo todas tus

actividades, es problemático y debe ser abordado. Algunos indicios y síntomas comúnmente asociados con la ansiedad incluyen la preocupación excesiva o prolongada, irritabilidad, fatiga, dificultad para concentrarse o dormirse y tensión muscular. En casos más severos, la ansiedad se puede manifestar en ataques de pánico. Los ataques de pánico son intensos periodos de miedo que ocurren durante periodos cortos (normalmente unos minutos), y están asociados con quejas físicas tales como palpitaciones del corazón (sentir que el corazón acelera), sudor, temblor, quedarse sin respiración, mareo, nausea, calores o escalofríos y/o sentir como si la mente se ha quedado en blanco. Los ataques de pánico pueden debilitar severamente a quienes los sufren.

"Los desórdenes relacionados a la ansiedad afectan al 12% de la población y son las enfermedades mentales más comunes en muchos países. Al igual que cualquier condición médica que sea seria y crónica, la ansiedad comúnmente también es reportada entre las personas seropositivas por varias razones". (Grachocinski, 2010, p. 2)

La diagnosis inicial, bajar el conteo de CD4, revelar el ser portador de VIH y otros temas relacionados al estigma son algunos de los retos que una persona infectada tiene que afrontar durante el transcurso de su vida como persona seropositiva. Dichas circunstancias están asociadas con efectos y episodios ansiedad. Un cierto nivel de ansiedad con tales hechos es una respuesta completamente normal.

Debido a las características tan comunes de la ansiedad y el ser un estado que se puede presentar en otro tipo de situaciones no asociadas al VIH o a una enfermedad, se vuelve preciso el poner atención a las circunstancias que se presentan y hacer la distinción e investigar la génesis de la ansiedad, ya que esta puede generar un malestar mucho mayor en la persona y tener una incidencia mayor en el estado de salud de la persona infectada.

La ansiedad cuando se prolonga o comienza a trastornar tu calidad de vida, puede caer en la categoría de un desorden de ansiedad y debería abordarse, ya sea por medio de consejería u otras opciones de tratamiento disponibles por medio de tu médico u otro practicante de cuidados a la salud.

2.5.2 La depresión

La depresión afecta la calidad y expectativa de vida de una persona, así como su capacidad para seguir un tratamiento para el VIH/SIDA. La depresión puede parecer una reacción inevitable después de recibir un diagnóstico de VIH/SIDA. Pero la depresión es una enfermedad independiente que puede, y debería ser tratada, incluso cuando una persona está recibiendo tratamiento para el VIH/SIDA.

La depresión es uno de los problemas de salud mental más comunes asociados con el VIH debido a los componentes que suelen rodear a la persona que es diagnosticada con el virus. La depresión puede variar de leve a grave, y los síntomas pueden incluir muchos de los síntomas o comportamientos. “Aproximadamente entre el 5% y el 10% de la población general sufre depresión. Sin embargo, el índice de depresión en las personas con el VIH puede llegar al 60%. Las mujeres con VIH son deprimidas dos veces más frecuentemente que los hombres”. (AIDS infonet, 2014, p. 2)

Los síntomas de la depresión no son los mismos en todas las personas. La mayoría de los proveedores de atención médica sospechan que existe depresión si el paciente le indica que se siente triste o que ha perdido el interés por las actividades cotidianas. Es muy probable que el paciente esté deprimido si esta sensación persiste durante dos semanas o más y si aparecen algunos de los siguientes síntomas:

- Fatiga o sensación de lentitud
- Problemas de concentración
- Pérdida de interés sexual
- Trastornos del sueño; despertándose muy temprano o durmiéndose demasiado
- Sentimientos de culpa, inutilidad o desesperación
- Pérdida de apetito o de peso
- Comer demasiado

Uno de los síntomas más comunes de la depresión es el sentimiento de falta de esperanza. Si la persona infectada está profundamente, deprimida, puede que sienta que es imposible conseguir ayuda y que nunca se sentirá mejor. Podría sentir que siempre ha estado en esa condición mental. Esta falta de esperanza puede impedir al paciente a buscar ayuda.

La depresión grave puede ser una condición peligrosa. Esta podría llevar al paciente descuidar el consumo de medicamentos para el VIH-SIDA o no asistir a las citas con el doctor así como también exponerse a sí mismo y otros a situaciones de riesgo sexual. Teniendo como resultado en el peor de los casos, la depresión puede conducir al suicidio.

Existen casos en los que a raíz de la enfermedad se da un estado anímico bajo de forma prolongada en el tiempo, por lo que se puede estar presente a un caso de distimia, es decir que la persona a pesar de su estado de ánimo su desempeño en general no se ve

comprometido. La distimia, es un término usado en la psiquiatría para describir una depresión continua, que podría no ser tan grave como el estado de la depresión mayor, pero es crónica, a menudo dura años y para algunas personas, desde que tienen memoria, o en el caso de alguien infectado de VIH, desde que supo el diagnostico posiblemente.

Los síntomas pueden ser similares a los de la depresión mayor pero más leves; es decir, los síntomas son menos graves y en menor cantidad. El diagnóstico se realiza generalmente luego de que los síntomas hayan durado por lo menos dos años. Las personas con distimia son capaces de trabajar y en general, y realizar sus actividades cotidianas, pero habitualmente se sienten irritables, están crónicamente infelices con ellos mismos, incapacitados para disfrutar, y podrían sentir que la vida no vale la pena.

Otros problemas asociados a la depresión:

Se pueden dar casos de hombres VIH positivos que pueden tener niveles bajos de testosterona, que podrían causar disminución de la energía, pérdida del deseo sexual, y sentimientos de depresión.

Cuando se desarrolla enfermedad sintomática y avanzada del VIH, un gran número de infecciones oportunistas (IO), así como también el mismo VIH, pueden afectar el cerebro y producir síntomas de depresión.

"Algunos estudios han mostrado que las personas con VIH que están deprimidas pueden experimentar progresión de enfermedades más rápido y puede que no vivan tanto como las personas 0 positivas que no están deprimidas". (Grachocinski, 2010, p. 4)

Otros factores que pueden contribuir a o que puedan hacer que la depresión en las PVVSs ocurra incluyen:

- Co-infección con Hepatitis B o C, especialmente si ésta está siendo tratada con interferon
- Ser mujer
- Historial previo o familiar de enfermedades mentales, abuso de substancias o alcohol •
- Falta de apoyo social
- No contarle tu sero status a quienes están a tu alrededor
- Fallo de tratamiento

También algunos medicamentos de VIH pueden causar depresión, más notablemente Efavirenz (Sustiva).

2.5.3 Efectos secundarios en el estado de ánimo debido a medicamento para SIDA

En los últimos años, se ha avanzado considerablemente en los tratamientos que pueden salvar vidas en casos de VIH pasando de una enfermedad mortal a crónica, lo que brinda nuevas esperanzas y estímulos. En la actualidad rn lugar de contar con una o dos opciones de tratamientos, existen una amplia para combatir la condición, con un alto nivel de efectividad los cuales ayudan a que la persona atraviese su vida con el virus de la forma más "normal" posible, si bien estos tratamientos son beneficiosos en cuanto al aspecto vital de la persona, es importante el mencionar que estos tienen efectos secundarios, estos a nivel físico y en ocasiones a nivel psicológico, siendo los más frecuentes el decaimiento anímico e inclusive depresiones.

Uno de los tratamientos mayormente asociados a un efecto secundario relacionado al estado de ánimo es el del Efavirenz. Los efectos secundarios de Efavirenz sobre el SNC pueden producirse trascurridas unas pocas horas o tras varios días y son más comunes en las primeras semanas y meses de tratamiento. Generalmente también se toleran mejor una vez que la persona se acostumbra a ellos.

Aproximadamente la cuarta parte de las personas de los primeros estudios con efavirenz registraron efectos secundarios graves relacionados con el SNC. Esta definición incluye "dificultad para realizar el trabajo diario", por lo que la actividad de la persona se verá comprometida, lo que la puede llevar a presentar otros problemas a partir de la inactividad, es decir que por ejemplo, la persona puede rendir menos en su trabajo u otras actividades de su vida cotidiana. Así mismo varios efectos secundarios pueden provocar o aumentar la depresión clínica, incluyendo pensamientos suicidas y paranoia clínica.

Entre los efectos secundarios relacionados a la salud mental de la persona se encuentran:

- Sensación de tristeza o desesperación.
- Sensación de ansiedad o desasosiego.
- Pensar en hacerse daño (en suicidarse) o intentar hacerse daño o hacérselo a otros.
- Imposibilidad de distinguir entre lo verdadero o real y lo falso o irreal.
- Desconfianza de otras personas.
- Oír o ver cosas que no son reales.

Capítulo 3: Resultados cualitativos de entrevistas

Se llevó a cabo en Red Salvadoreña de personas con VIH/SIDA, REDSAL, una investigación con el fin de conocer las vivencias, reacciones y el manejo de emociones de personas que han sido diagnosticadas con VIH/SIDA. Esto se realizó entrevistando a 4 personas al azar (ver anexo 2). Las personas entrevistadas eran 3 de género femenino y uno de género masculino, ya que si bien existían candidatos masculinos para las entrevista estos fueron renuentes a hablar sobre su condición con personas desconocidas, por lo que prefirieron no participar en las mismas.

Una de las preguntas realizadas a los entrevistados era cuales habían sido su reacciones y como se sintieron al enterarse de su diagnóstico, a la que todos nos contestaron con respuestas similares haciendo alusión a la vergüenza que le daba la enfermedad y al miedo al rechazo, su mayor problema giraba en torno a lo que dirían las demás personas así como también dos de los 4 entrevistados manifestaron sus deseos de morir. Dos de los pacientes entrevistados contactaron inmediatamente a su madre después de enterarse de los resultados, a diferencia de los otros dos pacientes que se enteraron cuando estuvieron hospitalizados por diferentes problemas de salud, dándoles primero la noticia a sus familiares y luego a las personas infectadas. Si bien es cierto, recibieron apoyo de sus hijos (todos los entrevistados tienen hijos) al momento de enterarse, el miedo al rechazo se ha mantenido ya que prefieren mantenerlo en secreto, por lo que se limitan a que la noticia se mantenga dentro del núcleo familiar y pocas personas muy afines o de confianza. Al consultarles sobre como tomaron la noticia sus amigos y conocidos, manifestaron que no lo sabían ya que habían preferido no compartir esa noticia con ellos por el mismo miedo a la discriminación.

En cuanto a los cambios de estilo de vida desde que se enteraron de su diagnóstico, es importante recalcar que a pesar de que inicialmente no tenían un cuidado adecuado por su bajo estado anímico ahora enfrentan su enfermedad con más madurez, responsabilidad y optimismo, ya que en sus respuestas reflejaron tener un mejor cuidado y control sobre sus medicamentos, alimentación, e inclusive dos pacientes buscaron apoyo espiritual dentro de una iglesia, dejando también los vicios como drogas, alcohol y sexo irresponsable. Es notorio como los sujetos buscaron por sus medios algún tipo de ayuda y/o apoyo más allá del medicamento ya que parte anímica y de autoestima se ve muy trastocada.

Adicionalmente, las 4 personas entrevistadas mencionaron que la manera de transmisión del virus fue mediante relaciones sexuales, dos de ellas sufrieron infidelidad por parte de su pareja, y otros dos por tener relaciones sin protección con parejas casuales. Solo una de las personas entrevistadas no tiene miedo de continuar con una vida sexual activa, siempre y cuando tome las medidas necesarias para evitar contagiar a otras personas. Los otros 3 si manifestaron el miedo que tienen, en primer lugar a abrirse con alguien para contarles sobre su diagnóstico y segundo en mantener relaciones sexuales con su pareja u otra persona por

el mismo miedo de infectarlos. El paciente de género masculino expreso que el solo había tenido una relación con una persona, que también estaba infectada con el virus desde hace 17 años que ha sabido su diagnóstico.

Se ha podido comprobar que los sujetos entrevistados tiene una adherencia al tratamiento, sin notar efectos secundarios (que ellos sepan), así como también una perspectiva un poco más alentadora sobre su condición, aconsejando incluso a otras personas que puedan estar infectadas que sigan adelante, cumplan con su tratamiento y podrán seguir su vida de la forma más normal posible. Por lo general, su estado anímico y de salud lo califican entre bien y excelente, aunque hay que decir que ese persistente miedo al rechazo y el poder ser "normales" es una constante en su forma de ver la vida.

Si bien en la parte inicial de la entrevista se recopilo información acerca de su estado anímico cuando se enteraron su diagnóstico, cuando se les pregunto sobre como sentía su estado de ánimo actual fue posible el observar como su actitud había mejorado significativamente, ya que los pacientes reflejaban en sus respuestas sentirse ya bien en cuanto a su condición , aunque es importante el reflejar como la actitud antes ciertas cosas a cambiado y que tiene un impacto en su forma de ser, por ejemplo uno de los pacientes dice ser más "callado" que antes, lo que se puede contrastar con los otros 3 de los 4 pacientes, que optaron por retraerse en cuanto a su sexualidad; es decir que si bien los pacientes han podido aceptar la situación en alguna medida y con el tiempo ha podido asentarse en la misma, se puede observar como estos adoptan ciertas conductas represivas, lo que indica que aunque la persona ha avanzado y ha podido sobrellevar la situación, existen áreas en su psique que le impiden poder superar la situación totalmente. Con lo anterior se puede mencionar que el estado anímico si bien es una parte que se mejora con el tiempo y con el avance tanto del tratamiento, el apoyo y de la autoaceptación, siempre se encuentran secuelas en su comportamiento por diferentes miedos, circunstancias o aspectos no superados totalmente, siendo el más importante siempre el de la discriminación.

Uno de los primeros indicadores de como la enfermedad afecta a las personas es su alimentación, ya que cuando se les cuestiono acerca de si estos habían sufrido algún cambio significativo en su peso, los 4 pacientes mencionaron que si habían tenido cambios, 3 de estos fueron por pérdida de peso y 1 que había aumentado. El común en esto fue que las personas que perdieron peso mencionan que fue una forma de reacción al enterarse de la enfermedad ya que estos no tenían apetito, inclusive una paciente menciona que en los primeros meses de conocer su diagnóstico su apetito era tan bajo que paso prácticamente sin comer durante 25 días y que solo ingería frutas en ocasiones. También se les cuestiono a los pacientes acerca de si estos siguen realizando actividades placenteras para ellos, y si bien los pacientes mencionan que sí, comentan que ahora deben de tener más cuidado con lo que hacen ya que saben que físicamente tienen que tener más precauciones, pero que esto no ha sido un impedimento mayor.

Si bien es cierto, esto no es un estudio cuantitativo, con la información recopilada se puede inferir ciertos aspectos sobre como el estado de ánimo se ve afectado debido a la enfermedad de VIH/SIDA, respaldando los datos iniciales de la investigación, a pesar de no ser una muestra representativa de la población de personas infectadas con VIH/SIDA en El Salvador. Pero que sin embargo, reflejan ciertas características como las siguientes:

- Encontramos los efectos negativos propios del estigma social y del rechazo que, que persisten en la sociedad frente a esta dolencia. Es decir, que uno de los principales reacciones que los pacientes presentan al conocer su diagnóstico, es el miedo al rechazo por parte de familiares, amigos y conocidos, por lo que en ocasiones optan por guardarlo en secreto. Este temor es tan grande, que inclusive las personas que llegan a tener cierta aceptación y apoyo sobre su enfermedad, continúan manteniendo en secreto la enfermedad de personas que no sean de su confianza.
- ruptura de relaciones socio-laborales, 3 de los pacientes infectados han sufrido discriminación y marginación en sus lugares de trabajo.
- al momento de recibir un diagnostico positivo, las personas han experimentado un estado emocional cargado de mucha ansiedad por la incertidumbre y poca información que tienen sobre la enfermedad por lo que 2 de las personas entrevistadas manifestaron sus ganas de morir.
- Problemas de pareja: adaptación a las nuevas relaciones sexuales, sentimientos de culpabilidad, miedo de la pareja al contagio, por lo que optan a no tener relaciones sentimentales ni sexuales.

Con los datos es posible el mencionar que la relación entre la enfermedad y una posible patología del estado de ánimo es sumamente posible, si bien las entrevistas no reflejan datos concluyentes para toda una población por las características y volumen de las mismas, se pueden reflejar datos que dan indicadores de rasgos o posibles trastornos del estado de ánimo, mayormente se refleja esto en las preguntas que giraban en torno a la reacción de los pacientes al enterarse de su condición, es decir que el momento en que las personas se enterar de su diagnóstico es el periodo que más puede mermar el estado de animo de la persona. Las razones por las cuales la persona se ve afectada como ya se menciona giran en torno a dos momentos, el primero es debido a tener miedo a la muerte, aunque debido a los avances en el tratamiento las personas al llevar el mismo de la forma adecuada como se refleja en la investigación el riesgo de morir por la enfermedad es bajo, siempre y cuando se lleve el tratamiento de forma adecuada; la segunda razón y quizá la más importante por la que las personas se ven afectadas es siempre el temor a la discriminación. Este temor es tan grande que como ya se menciona, las personas a pesar de haber “asimilado” su enfermedad, siempre se resguardan y/o protegen teniendo en secreto de las demás personas su diagnóstico. Todo lo anteriormente mencionado deja en evidencia como se pueden dar en diferentes momentos estados de ánimos bastante depresivos, si bien la información no refleja de forma contundente un trastorno del ánimo, es importante

considerar que se presentan rasgos bastante fuertes en las personas, es decir un estado de ánimo bajo, tristeza, desinterés, etc. Todo esto de forma diferente en las personas y en diferentes momentos o magnitud. Cabe mencionar que la información que las personas entrevistadas, son personas que reciben apoyo no solo por parte de su familia, sino que estos asisten a grupos de apoyo, y como mencionan es un momento en el cual ellos pueden sentirse más libres ya que pueden hablar sin restricciones alguna acerca de sus problemas, por lo que el estado de ánimo en una persona sin este tipo de apoyo posiblemente se vea más afectado, por lo que un trastorno del ánimo es potencialmente posible. Dicho esto, se puede dejar en evidencia la importancia de poder contar no solo con apoyo médico en una persona con VIH, sino también llevar de la mano el apoyo psicológico, que fortalece a la persona en su forma de abordar su vida con la enfermedad.

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones:

- Históricamente se ha creado una cultura de rechazo hacia las personas con VIH debido en sus inicios a manejos de información errónea en sus formas de contagio, así como por la ausencia de una cura definitiva, teniendo en cuenta que la percepción acerca de la mortalidad de la enfermedad se ha cambiado debido al avance del tratamiento.
- Muchas personas no cuentan con la información necesaria o la que poseen no es la correcta (la información es limitada o errónea) sobre el VIH/SIDA ya que el sistema educativo no ofrece muchas fuente de información al respecto, por lo que esta sesgada a creencias equivocadas sobre las verdaderas formas de contagio y tratamiento.
- Uno de los factores que mas influye y afecta el estado anímico del paciente infectado con VIH/SIDA es el factor social, es decir que a través de los prejuicios y discriminación a los que se tienen que afrontar las personas diagnosticadas en su lugar de trabajo, familia y amigos les genera un malestar, convirtiéndoles en muchas ocasiones en personas reprimidas y temerosas.
- Podemos concluir que las personas diagnosticas con VIH/SIDA limitan su tratamiento a uno medico por el mismo hecho que no cuentan con la información necesaria sobre lo valioso de un tratamiento integral que incluya el aspecto psicológico para aceptar su condición, aprender a desenvolverse lo más sanamente posible con la misma y así mejorar así su calidad de vida, siendo conscientes que aun con la enfermedad pueden llevar una vida “normal”; es decir que las personas limitan el afrontamiento de la situación regularmente a tomar sus medicamentos.
- Se puede concluir que con VIH son más propensas a desarrollar depresión y que esta a su vez afecta la calidad las personas y expectativa de vida de la persona, así como su capacidad para seguir un tratamiento para el VIH/SIDA, lo que puede conllevar a conductas autodestructivas y asilamiento. Teniendo en cuenta que la depresión se da en diferentes formas y niveles por lo que en ocasiones se vuelve imperceptible, se confunde como una etapa normal transitoria de la persona debido al diagnóstico, lo cual sino se trata puede volverse un estado anímico constante en la vida de la persona.
- Con la investigación se puede decir que el tratamiento para el VIH/SIDA tiene efectos secundarios que pueden incidir en el estado físico y animo de la persona, es decir que ciertos medicamentos pueden generar malestar físico o lesiones en las personas, como por ejemplo “hepatotoxicidad”, así como decaimiento en el estado anímico, teniendo en cuenta que esto puede variar dependiendo de la persona.

Recomendaciones:

- Es recomendable que a las personas infectadas y no infectadas se les eduque acerca de la enfermedad y se cree una cultura de respeto, tolerancia y aceptación para con las personas infectadas, y un manejo de información optimo entre las personas infectadas o no.
- Para combatir el VIH/SIDA la estrategia más eficaz es la propagación de la información sobre dicha enfermedad así como la divulgación de técnicas para evitar el contagio de la enfermedad, como la abstinencia, el mantener una o pocas parejas sexuales, el uso de preservativo y el especial cuidado al momento de inyecciones que puedan contagiar a la persona con la enfermedad.
- Es necesario que las personas contagiadas con VIH/SIDA, cuenten con apoyo para eliminar los obstáculos sociales, culturales y religiosos que puedan limitar el acceso a llevar una vida en lo que cabe normal, como el trabajo, servicios y programas que puedan incidir en el estado emocional del paciente.
- Se recomienda que las personas diagnosticas con VIH/SIDA expandan su foco de atención y apoyo, y no este limitado al tratamiento médico (sus medicinas y fármacos), ya que una buena parte a la adherencia al mismo está influenciada por su bienestar emocional, por lo que el abordar el estado de ánimo se vuelve prioritario, es decir, que la atención psicológica a nivel individual y grupal es necesaria para reforzar la actitud del paciente.
- Es recomendable que la persona infectada con VIH una vez conocido su diagnóstico, sea evaluada por un profesional de la salud mental, para que este puede diagnosticar mejor la condición anímica de la persona y así poder contar con un tratamiento que le ayude a no caer en una depresión u otras patologías.
- Es recomendable que la persona siga el tratamiento adecuado para VIH y que consulte a su médico siempre, cuando se de algún efecto físico o malestar en la persona (efectos secundarios) a causa del medicamento y decaimientos en el estado de ánimo, así como tener en cuenta grupos de apoyo como REDSAL para alentarlos en los decaimientos anímicos, todo esto de la mano de la atención psicológica.

Glosario de términos

- Inmunodeficiencia: es un estado patológico en el que el sistema inmunitario no cumple con el papel de protección que le corresponde dejando al organismo vulnerable a la infección.
- El sistema inmunológico: es la defensa del cuerpo contra los organismos infecciosos y otros agentes invasores. A través de una serie de pasos conocidos como respuesta inmunitaria, el sistema inmunológico ataca a los organismos y sustancias que invaden el cuerpo y provocan enfermedades. El sistema inmunológico está compuesto por un entramado de células, tejidos y órganos que colaboran entre sí para protegernos.
- Periodo ventana: se refiere a un examen hecho para detectar una enfermedad en específico, particularmente de carácter infeccioso. Es el tiempo entre la primera infección y el momento en el que la prueba ya puede detectar de manera segura la infección. En pruebas basadas en anticuerpos, este periodo es dependiente del tiempo que se toma la seroconversión, es decir, el momento en el que el estado de anticuerpos de una persona cambia de negativo a positivo.
- Infección oportunista: es una enfermedad causada por un patógeno que habitualmente no afecta a las personas con un sistema inmune sano. Un sistema inmune enfermo representa una «oportunidad» para el patógeno de causar infección.
- Células T (células CD4): son parte del sistema inmunitario y se forman a partir de células madre en la médula ósea. Ayudan a proteger el cuerpo de las infecciones.
- Linfocito: es una célula linfática (se fabrican por células linfoides presentes en la médula ósea y que posteriormente migran a órganos linfoides como el timo, ganglios linfáticos y bazo, constituyen el 99 % de las células linfáticas), que es un tipo de leucocito (glóbulo blanco) comprendido dentro de los agranulocitos.
- Síndrome de infección aguda: La cantidad de VIH en la sangre llega a niveles muy altos a pocos días o semanas de infectarse. Algunas personas tienen síntomas de gripe. El primer estadio de la enfermedad del VIH se llama “infección aguda por VIH” o infección primaria del VIH.
- Valor Nadir o Carga Viral: es la cuantificación de la infección por virus que se calcula por estimación de la cantidad de partículas virales en los fluidos corporales, como por ejemplo ARN viral por mililitros de sangre.
- Seropositivo: se aplica a un estado inmunitario caracterizado por la presencia de un anticuerpo específico en la sangre, creado frente a un antígeno, que puede provenir de un agente infeccioso (parásito, bacteria, hongo, virus e incluso priones) al que se ha visto expuesto el organismo, o frente a un agente no infeccioso (sobre todo en padecimientos de origen autoinmune).

- Prueba Elisa: es una técnica que se usa en muchos laboratorios para determinar si un anticuerpo particular está presente en la muestra de sangre de un paciente. Aunque el procedimiento es rutinario y sencillo, involucra a un gran número de variables, tales como selección de reactivo, temperatura, medición de volumen y tiempo, que si no se ajustan correctamente, puede afectar los pasos sucesivos y el resultado de la prueba.
- Terapia antirretroviral (TARGA): es la combinación de tres o cuatro tipos de medicamentos antirretrovirales que controla la cantidad de virus en la sangre y mejora el sistema de defensas del organismo.
- Los inhibidores de la transcriptasa reversa: son fármacos que inhiben a la polimerasa de DNA dependiente de RNA y codificada por el VIH que convierte al RNA vírico en DNA provírico, que luego se incorpora en un cromosoma de la célula hospedadora.
- RNA: es el ácido ribonucleico formado por una cadena de ribonucleótidos. Está presente tanto en las células procariotas como en las eucariotas, y es el único material genético de ciertos virus (virus ARN). El ARN celular es lineal y de hebra sencilla, pero en el genoma de algunos virus es de doble hebra.
- Inhibidores de la proteasa: Estos fármacos actúan sobre la enzima proteasa inhibiéndola. La proteasa es la responsable de la segmentación de una proteína del VIH en unidades con capacidad infecciosa.
- Proteasa: son enzimas que rompen los enlaces peptídicos de las proteínas. Para ello, utilizan una molécula de agua por lo que se clasifican como hidrolasas.
- Inhibidores de fusión: Se trata de fármacos que dificultan o impiden la unión del VIH a los receptores que los linfocitos CD4 tienen en su superficie.
- Hepatotoxicidad: se refiere a las lesiones del hígado causadas por los medicamentos y otras sustancias químicas.
- Células hepáticas (Hepatocito): Célula del hígado de forma poliédrica y núcleo voluminoso que se dispone alrededor de un vaso venoso. Sus funciones son la metabolización de las sustancias nutritivas, transformación de la glucosa en glucógeno (forma de reserva energética), fabricación de proteínas, degradación de las sustancias tóxicas presentes en la sangre y segregación de la bilis.
- Ziagen (Abacavir): es un fármaco sintético análogo de los nucleótidos, inhibidor de la transcriptasa inversa, que es utilizado en el tratamiento contra el VIH, causante del sida.
- Viaramune (nevirapine): es en un inhibidor de la transcriptasa reversa no análogo de los nucleósidos (INNTR) empleado en el tratamiento de la infección por VIH tipo 1.
- Aptivus (tipranavir): pertenece a un grupo de medicamentos llamados inhibidores de proteasa y se utiliza en el tratamiento de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).
- Prezista (darunavir): es un fármaco antirretroviral que se emplea para el tratamiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana de tipo 1 (VIH-1)

- Efavirenz: es un fármaco inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo a los nucleósidos (ITRNN, NNRTI, por sus siglas en inglés) que se emplea como parte de la terapia antirretroviral altamente activa (TARAA, equivalente al inglés HAART) en el tratamiento de la infección por virus de inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1).
- Mitocondria celular: son orgánulos celulares encargados de suministrar la mayor parte de la energía necesaria para la actividad celular (respiración celular). Actúan, por lo tanto, como centrales energéticas de la célula y sintetizan ATP a expensas de los carburantes metabólicos (glucosa, ácidos grasos y aminoácidos).
- Lactato: es un compuesto orgánico que ocurre naturalmente en el cuerpo de cada persona. Además de ser un producto secundario del ejercicio, también es un combustible para ello. Se encuentra en los músculos, la sangre y varios órganos como hígado, corazón en menor porcentaje.
- Acidosis láctica: Se conoce como la acumulación excesiva de ácido láctico en condiciones anaerobias, debido a que el cuerpo trata de producir energía en condiciones aerobias, pero cuando este se ve insuficiente, el cuerpo repone energía a través de la formación de ácido láctico.
- Lipodistrofia: es una combinación de cambios en el cuerpo que se observan en personas que toman medicamentos antirretrovirales (ARVs). “Lipo” significa grasa y “distrofia” significa crecimiento anormal. Estos cambios pueden ser metabólicos o pérdida y/o depósitos de grasa.
- Neuropatía periférica: es una insuficiencia de los nervios que llevan la información hasta y desde el cerebro y la médula espinal, lo cual produce dolor, pérdida de la sensibilidad e incapacidad para controlar los músculos.
- Interferon: son unas proteínas producidas naturalmente por el sistema inmunitario de la mayoría de los animales como respuesta a agentes patógenos, tales como virus y células cancerígenas. Los interferones son glicoproteínas de la clase de las citocinas.

Anexos

Anexo 1

Nombre:

Edad:

Ocupación:

1. ¿A qué edad se enteró que había sido infectado por el virus?
2. Al enterarse de los resultados, ¿Cómo se sintió? ¿Qué cruzó por su mente?
3. ¿Conoce usted como fue infectado?
4. ¿Contactó alguien inmediatamente después de enterarse de los resultados? Si fue así, ¿a quién(es) y cual fue (fueron) su(s) reacciones?
5. ¿Cómo tomo su familia la noticia de su condición?
6. ¿Cómo tomaron la noticia sus amigos y conocidos?
7. ¿Qué cambios ha notado en su estilo de vida desde que se enteró de su diagnóstico?
8. ¿Ha sufrido de algún tipo de discriminación (trabajo, casa, amigos, familia, etc.)?
9. ¿Actualmente trabaja?
10. En caso de encontrarse bajo algún tratamiento, especifique cual y como lo hace sentir.
11. ¿Cómo calificaría su estado de salud en general en la actualidad?
12. ¿Cómo calificaría su estado de ánimo en general en la actualidad?
13. ¿Cómo describiría su vida de pareja y sexual a raíz del VIH?
14. ¿Qué palabras de aliento ofrecería usted a personas que han sido infectadas por el virus?
15. ¿Ha bajado de peso durante el transcurso de la enfermedad? Si es así ¿Cuáles han sido las causas (anímicas, medicas, etc.)?
16. ¿Tiene problemas del sueño (duerme mucho o poco)?
17. ¿Ha dejado de hacer cosas que realizaba antes de conocer su diagnóstico?
18. ¿Disfruta de hacer las cosas que hacía antes?

Anexo 2

Efavirenz
tenofovir
emtricitabina

Nombre: Teodora Vasquez Vasquez

Edad: 55 años

Ocupación: Ama de Casa

1. ¿A qué edad se enteró que había sido infectado por el virus?

50 años

2. Al enterarse de los resultados, ¿Cómo se sintió? ¿Qué cruzó por su mente?

Ella iba enferma al hospital, tenía miedo a la discriminación cuando le dijo, quería que se abriera tierra, ella tenía miedo que la discriminaran.

3. ¿Conoce usted como fue infectado?

Transmisión sexual

4. ¿Contactó alguien inmediatamente después de enterarse de los resultados? Si fue así, ¿a quién(es) y cual fue (fueron) su(s) reacciones?

A sus hijos que le mostraron apoyo y le dijeron que no se preocupara.

5. ¿Cómo tomo su familia la noticia de su condición?

Lo han tomado bien, la apoyan con el medicamento están pendientes de ella.

6. ¿Cómo tomaron la noticia sus amigos y conocidos?

Escondieron el diagnóstico a sus amigos y lo hacían pasar por cáncer, solo le contó a una amiga y ella lo tomó natural y la apoyó. Decía enferma la desanimaba porque ella debía apoyar en un hospital

7. ¿Qué cambios ha notado en su estilo de vida desde que se enteró de su diagnóstico?

- Se cuida más, tiene mejor alimentación, no trasnocha
- Se unió a la iglesia, dejó la bebida

8. ¿Ha sufrido de algún tipo de discriminación (trabajo, casa, amigos, familia, etc.)?

No recibió según ella

9. ¿Actualmente trabaja?

Es ama de casa, lavaba ajeno a veces, y ella aprendió a hacer bisutería y la vende.

10. En caso de encontrarse bajo algún tratamiento, especifique cual y como lo hace sentir.

No ha notado cambios y siente que es

Ella se hizo análisis y transmitió su ... a sus hijos y familia para evitar infectar a ellos

11. ¿Cómo calificaría su estado de salud en general en la actualidad?

Bueno pienso ella ya que cuida se cuida de otra cosa lo puede controlar sin problemas

12. ¿Cómo calificaría su estado de ánimo en general en la actualidad?

Ella cree esta bien, y siempre anda según ella a buen estado

13. ¿Cómo describiría su vida de pareja y sexual a raíz del VIH?

Ella tenia rencor hacia los hombres, y tiene recaya hacia la sexualidad

14. ¿Qué palabras de aliento ofrecería usted a personas que han sido infectadas por el virus?

15. ¿Ha bajado de peso durante el transcurso de la enfermedad? Si es así ¿Cuáles han sido las causas (anímicas, medicas, etc.)? Los primeros años, perdio peso, ella sentia que si comia se hacia daño ya que le daba vomito y diarrea.

16. ¿Tiene problemas del sueño (duerme mucho o poco)?

Todo igual

17. ¿Ha dejado de hacer cosas que realizaba antes de conocer su diagnóstico?

Su vida de fiesta, porque cree que ya no es apropiada ya que el contagio y en que tipo de vida en que se pueda enfermar los pensamientos

18. ¿Disfruta de hacer las cosas que hacía antes?

Si, siempre mientras no sea de esa vida

Esta de amor: ella al principio ella se sentia triste por que no sabia como iba a superar eso, pero que en la ayuda de su familia cambio rapido

Nombre: Bilma Leticia Hernandez de Palacios

Edad: 58 años

Ocupación: ~~[illegible]~~ Costurera

1. ¿A qué edad se enteró que había sido infectado por el virus?

41 años

2. Al enterarse de los resultados, ¿Cómo se sintió? ¿Qué cruzó por su mente?

Ella sintio que se moriría / verguenza por lo que pensaran los demás, y deseos de quitarse la vida.

3. ¿Conoce usted como fue infectado?

Mediante transmisión sexual, el que la infecto lo hizo adrede y eso la decepcionó, se quería morir y tenía miedo de decirle a sus hijos

4. ¿Contacto alguien inmediatamente después de enterarse de los resultados? Si fue así, ¿a quién(es) y cual fue (fueron) su(s) reacciones?

~~A su hijo~~ Su hijo le dijo el diagnóstico porque el medico a el se lo había dicho; solo le molesta que su ex pareja lo supiera pero se lo tomo ella muy adentro y un grupo de lucha

5. ¿Cómo tomo su familia la noticia de su condición?

Los hijos la apoyaron. Solo una hermana de 4 lo sabe porque la trata con compasion, pero sus otras hermanas no se los dice por que no cree que lo comprendan.

6. ¿Cómo tomaron la noticia sus amigos y conocidos?

Ella no comenta su condición y se pone a la defensiva cuando alguien le dice que tiene ese diagnóstico, porque según ella no es problema de ellos, ya que la van a discriminar.

7. ¿Qué cambios ha notado en su estilo de vida desde que se enteró de su diagnóstico?

Se ha disciplinado en cuanto a su salud, y considera que se ha hecho más consciente de sus actos ya que ahora sabe que posee algo diferente así (según ella)

8. ¿Ha sufrido de algún tipo de discriminación (trabajo, casa, amigos, familia, etc.)?

En el mercado compañeras si la han discriminado, como que no le compran, o no le hablan, le dicen cosas discriminatorias (vieja sidosa)

9. ¿Actualmente trabaja?

Trabaja vendiendo [illegible]

10. En caso de encontrarse bajo algún tratamiento, especifique cual y como lo hace sentir.

Desde el 2005

nevirapina, sidobudina < AZT 3TC

no tiene ganas de hablar, cansancio, cansada, cambios de humor

11. ¿Cómo calificaría su estado de salud en general en la actualidad?

Ella cree que está al 95% bien, porque si se siente mal físicamente en ocasión por su CD4 bajo

12. ¿Cómo calificaría su estado de ánimo en general en la actualidad?

Se siente triste y deprimida

13. ¿Cómo describiría su vida de pareja y sexual a raíz del VIH?

Tiene un pareja sexual pero se protege siempre y es consciente de eso y siempre busca cuidarse y si no [illegible]

14. ¿Qué palabras de aliento ofrecería usted a personas que han sido infectadas por el virus?

15. ¿Ha bajado de peso durante el transcurso de la enfermedad? Si es así ¿Cuáles han sido las causas (anímicas, medicas, etc.)? Ella se sentía triste por la enfermedad y dejó de comer, dice que ella se jugaba sola a no comer y pasaba hasta 25 días sin comer solo un cierto fruta

16. ¿Tiene problemas del sueño (duerme mucho o poco)?

Dice que cree padecer de insomnio

17. ¿Ha dejado de hacer cosas que realizaba antes de conocer su diagnóstico?

Cree que sí ha dejado de hacer cosas pero es por la edad, ya que no tiene la misma energía que antes

18. ¿Disfruta de hacer las cosas que hacía antes?

Si las disfruta

Ella se considera al 95% normal pero que ese 5% es la parte que entiende que las cosas no son iguales

Nombre: Delmy

Edad: 34

Ocupación: vendedora

1. ¿A qué edad se enteró que había sido infectado por el virus?
   2004
2. Al enterarse de los resultados, ¿Cómo se sintió? ¿Qué cruzó por su mente?
   Se quería matar
3. ¿Conoce usted como fue infectado?
   su esposo la infecto.
4. ¿Contactó alguien inmediatamente después de enterarse de los resultados? Si fue así, ¿a quién(es) y cual fue (fueron) su(s) reacciones?
   A su mamá, hizo la bulla,
5. ¿Cómo tomo su familia la noticia de su condición?
   Nos le tenían asco, ahora la apoyó
6. ¿Cómo tomaron la noticia sus amigos y conocidos?
   No tenía amigos
7. ¿Qué cambios ha notado en su estilo de vida desde que se enteró de su diagnóstico?
8. ¿Ha sufrido de algún tipo de discriminación (trabajo, casa, amigos, familia, etc.)?
   Sí, de la gente donde trabajaba la enhechaba.
9. ¿Actualmente trabaja?
   Sí, vendedora
10. En caso de encontrarse bajo algún tratamiento, especifique cual y como lo hace sentir.
    No se sabe los nombres.

11. ¿Cómo calificaría su estado de salud en general en la actualidad?

Excelente

12. ¿Cómo calificaría su estado de ánimo en general en la actualidad?

bien.

13. ¿Cómo describiría su vida de pareja y sexual a raíz del VIH?

Se acompañó pero se dio cuenta q' era gay.

14. ¿Qué palabras de aliento ofrecería usted a personas que han sido infectadas por el virus?

Q' siga adelante q' cuare, puede vivir con
q' siga su tratamiento. medicamentos.

15. ¿Ha bajado de peso durante el transcurso de la enfermedad? Si es así ¿Cuáles han sido las causas (anímicas, medicas, etc.)?

137 pesaba desde dic.
163 pesa ahora.

16. ¿Tiene problemas del sueño (duerme mucho o poco)?

Duerme poco, se queda viendo TV

17. ¿Ha dejado de hacer cosas que realizaba antes de conocer su diagnóstico?

No.

18. ¿Disfruta de hacer las cosas que hacía antes?

Siga disfrutando

Nombre: M.H.

Edad: 38

Ocupación: Mecanico

1. ¿A qué edad se enteró que había sido infectado por el virus? (98 17 años

2. Al enterarse de los resultados, ¿Cómo se sintió? ¿Qué cruzó por su mente?

   tranquilo ya no se le habia desarrollado

3. ¿Conoce usted como fue infectado?

   Por medio de relaciones

4. ¿Contactó alguien inmediatamente después de enterarse de los resultados? Si fue así, ¿a quién(es) y cual fue (fueron) su(s) reacciones?

   su mamá supno, lo despidieron.

5. ¿Cómo tomo su familia la noticia de su condición?

   lo apoyaron

6. ¿Cómo tomaron la noticia sus amigos y conocidos?

   no saben.

7. ¿Qué cambios ha notado en su estilo de vida desde que se enteró de su diagnóstico?

   Antes hacia de todo, no puede salir en cualquiera. Antes tomaba y drogaba. cocaina, crack, Marihuana

8. ¿Ha sufrido de algún tipo de discriminación (trabajo, casa, amigos, familia, etc.)?

   solo. cuando lo despidieron

9. ¿Actualmente trabaja?

   trabajo independiente como mecanico.

10. En caso de encontrarse bajo algún tratamiento, especifique cual y como lo hace sentir.

    Recayo en el 2008

    fabuvenz
    siduduvina

    ~~[illegible]~~
    fluconasol
    dormir

11. ¿Cómo calificaría su estado de salud en general en la actualidad?

2 años de tener me infectado,

12. ¿Cómo calificaría su estado de ánimo en general en la actualidad?

7

13. ¿Cómo describiría su vida de pareja y sexual a raíz del VIH?

una pareja, duro 3 años, tambien infectada.

14. ¿Qué palabras de aliento ofrecería usted a personas que han sido infectadas por el virus?

tomarse los medicamentos y seguir como q'si nada

15. ¿Ha bajado de peso durante el transcurso de la enfermedad? Si es así ¿Cuáles han sido las causas (anímicas, medicas, etc.)?

60 Kg 5 meses
113 Peso inicial no tenia apetito.

16. ¿Tiene problemas del sueño (duerme mucho o poco)?

Duerme menos por Pesadillas de muerte, susto.

17. ¿Ha dejado de hacer cosas que realizaba antes de conocer su diagnóstico?

—

18. ¿Disfruta de hacer las cosas que hacía antes?

es + callado
subirse a los arboles, ha perdido fuerzas,

Referencias Bibliográficas

AIDS meds. (Febrero, 2011). *¿Te sientes cansado? (fatiga y anemia)*. Recuperado de: http://www.aidsmeds.com/articles/Fatiga_7629.shtml

AIDS Meds. (Febrero, 2011). *Los riesgos para el hígado (hepatotoxicidad).* Recuperado de: http://www.aidsmeds.com/articles/Hepatotoxicidad_7633.shtml

AIDS meds. (Octubre, 2009). D*epresión y VIH.* Recuperado de: http://www.aidsmeds.com/articles/Depresion_7661.shtml

American Psychological Association (s.f). *Enfermedades crónicas.* Recuperado de: http://www.apa.org/centrodeapoyo/cronicas.aspx

Apoyo Positivo.(s.f) *¿Qué tratamientos existen para el VIH/Sida? ¿Por qué es tan importante tomarlos correctamente?*. Recuperado de: http://www.apoyopositivo.org/preguntas/archivo/29182.html

Buela Casal, Gualberto; Bermúdez, María; Ramiro, María Teresa. (Enero, 2012). Situación epidemiológica actual del VIH/SIDA en Latinoamérica en la primera década del siglo XXI Análisis de las diferencias entre países. En: *SCIELO Revista médica de Chile*. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000100007

Dowshen, Steven. (Agosto, 2009). VIH y SIDA. En: *Teens Health*. Recuperado de: http://kidshealth.org/teen/en_espanol/sexual/std_hiv_esp.html

Equipo del Área de Psicología del Programa de Atención Psicosocial Asociación de Apoyo Positivo. (Diciembre, 2007). *Efectos psicológicos de las personas afectadas por VIH-SIDA: Líneas de actuación. Infocop*. Recuperado de: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1651

Fundación DESCIDA.(s.f). *Aprendiendo sobre el SIDA*. Recuperado de: http://www.descida.org.ar/aprendiendo2.htm

Geosalud.(s.f) *Ansiedad y fobias*. Recuperado de: http://geosalud.com/Salud_Mental/ansiedad_fobias.htm

Grochocinski, Jennifer. (Enero, 2010). *La ansiedad depresión y el VIH*. Fundación Toronto People With AIDS. Recuperado de: http://www.pwatoronto.org/spanish/pdfs/topic-anxiety-depression+HIV.pdf

Grupo de trabajo sobre tratamiento del VIH. (Noviembre, 2007). *Efectos secundarios de efavirenz: Cambios de humor, ansiedad, mareos, alteraciones del sueño*. Recuperado de: http://gtt-vih.org/aprende/enfermedades_y_sintomas/sintomas/efectos_efavirenz

Info SIDA. (2005). *Efectos secundarios de los medicamentos contra el VIH*. Recuperado de:
http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/efectossecundariosdelosmedicamentoscontraelvih_fs_sp.pdf

Info SIDA. (Agosto, 2012). *La infección por el VIH y su Tratamiento*. Recuperado de:
http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/elvihysutratamientoquedebesaberusted_fs_sp.pdf

InfoRed SIDA. (Julio, 2014). *La depresión y el VIH. AIDS infonet*. Recuperado de:
http://aidsinfonet.org/fact_sheets/view/558?lang=spa

Infosida. (2014). *Base de datos de medicamentos Efavirenz*. Recuperado de:
http://infosida.nih.gov/drugs/269/efavirenz/0/patient

Medline Plus. (Agosto, 2015). Medicinas para el VIH/SIDA. En: *U.S. National Library of Medicine*. Recuperado de:
http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/hivaidsmedicines.html

Ministerio de trabajo y prevención social. (2011). *Ley de prevención y control de la infección*
provocada por el VIH. Recuperado de:
http://www.mtps.gob.sv/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=8:leyes&download=175:ley-de-prevencin-y-control-de-la-infeccin-provocada-por-el-vih-sida&Itemid=139.

Molina, B. (Noviembre, 2013). 30 años del origen del SIDA ¿Cuál es la situación actual?. En: *EFE*
Salud. Recuperado de: http://www.efesalud.com/noticias/a-30-anos-del-origen-del-sida-cual-es-la-situacion/

Organización mundial de la salud. (Julio, 2014). *Preguntas y respuestas sobre el VIH/SIDA*.
Recuperado de: http://www.who.int/features/qa/71/es/

Organización mundial de la salud. (Octubre, 2013). *VIH/SIDA Datos y cifras*. Recuperado de:
http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/

Villa, Isabel Cristina; Vinaccia, Stefano. (Enero, 2006). Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA. *Catálogo de revistas Universidad Veracruzana*. Recuperado de:
http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/792/1436