

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Enfoque psicológico para el tratamiento de personas que viven con VIH/sida

Psychological approach for the treatment of people living with HIV/AIDS

Camilo Macías Bestard¹, Moraima Isalgué Marsillí², Nadine de las Mercedes Loo Muñoz³, Javier Acosta Sardina⁴

¹ Licenciado en Psicología y Pedagogía. Máster en Investigaciones y en Longevidad Satisfactoria. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba. Email: cbestard@infomed.sld.cu

² Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Máster en Longevidad Satisfactoria. Asistente. Hogar Materno Provincial "Cristina Pérez Pérez". Guantánamo. Cuba. Email: misalques@infomed.sld.cu

³ Licenciada en Psicología. Especialista de I Grado en Psicología de la Salud. Instructora. Facultad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba. Email: nloo@infomed.sld.cu

⁴ Licenciado en Psicología. Instructor. Facultad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba. Email: jas2908@nauta.cu

RESUMEN

Se proponen algunas consideraciones teóricas sobre el tratamiento psicológico de las personas con VIH/sida, a partir de los criterios de varios autores y la revisión bibliográfica según los métodos del nivel teórico de la investigación: análisis-síntesis, inducción-deducción, modelación y enfoque sistémico. De esta manera se pueden guiar a profesionales y estudiantes del sector de la salud acerca de cómo enfocar el proceso de atención psicológica de estos pacientes.

Palabras clave: enfoque psicológico; VIH/sida; tratamiento; psicología

ABSTRACT

Some theoretical considerations on the psychological treatment of people with HIV/AIDS are proposed, based on the criteria of several authors and the bibliographic review according to the methods of the theoretical level of the research: analysis-synthesis, induction-deduction, modeling and approach systemic. In this way, professionals and students of the health sector can be guided on how to approach the psychological care process of these patients.

Keywords: psychological focus; HIV/AIDS; treatment; psychology

INTRODUCCIÓN

La ayuda psicológica es esencial para que una persona afectada por el VIH/sida y su familia pueda afrontar la enfermedad. La consulta y las sesiones con un terapeuta profesional se revelan como una herramienta fundamental en el tratamiento de la enfermedad. Estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) calculan que en el año 2010 se dieron 2,7 millones de casos nuevos de infección por VIH y, según estimaciones para finales de ese mismo año, 34 millones de personas vivían con el virus. Durante la enfermedad, estas personas presentan alteraciones emocionales y padecen aislamiento, discriminación y rechazo social.¹

El cuidar al ser humano desde su integralidad se constituye en un reto y en un propósito, es decir, que desde el acompañamiento a la persona enferma se alcance un equilibrio a pesar de su malestar, que comprenda y acepte que como paciente puede recibir o rechazar el cuidado, a pesar de su condición física. La infección por el VIH, aunque se considera de carácter crónico, implica para el paciente que la vivencia, unos niveles altos de incertidumbre dada la alta estigmatización que rodea al sida y la noticia del diagnóstico les lleva a preocuparse por las posibles reacciones en su entorno social.¹⁻²

Desde que comenzó la epidemia hasta la actualidad, el concepto de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, en adelante VIH, se ha modificado desde ser concebida como una enfermedad mortal, ha pasado a ser entendida como una enfermedad crónica y tratable clínicamente. Este cambio ha contribuido a mejorar la calidad de vida y la supervivencia de las personas.¹⁻²

La infección por VIH es una de las enfermedades emergentes más importante para la salud a nivel mundial, desde que en 1981 se diagnosticó el primer caso del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, en adelante sida, cuya etiología fue descubierta en 1983, desde entonces se ha convertido en una pandemia mundial.¹

A más de 35 años de la epidemia, se vuelven necesarias e imperativas las orientaciones para la atención desde los programas establecidos por el Ministerio de Salud Pública al respecto, y donde la psicología desempeña un papel insustituible. Aunque la problemática sanitaria del VIH-sida es considerada en nuestro país como una cuestión relevante y grave, la producción académica local sobre el tema sigue siendo escasa.¹

DESARROLLO

Aunque el problema ya no es nuevo (el Virus de Inmunodeficiencia Humana o VIH, fue identificado y caracterizado en 1983) sigue siendo el día de hoy la aceptación personal y social, y una cuestión psicológica para la mayoría de los profesionales de la salud.

Las reflexiones presentes en esta comunicación procuran sistematizar la experiencia clínica desde la psicología, acumulada desde 2005 hasta comienzos del año 2009, en la cual participaron Colaboradores Honorarios del Área de Psicología de la salud y más indirectamente (realizando algunas entrevistas y observaciones) estudiantes avanzados y profesionales de la psicología sobre el abordaje de esta pandemia.¹

Cabe aclarar que las consideraciones desarrolladas en este trabajo refieren a la población muy específica de pacientes ya diagnosticados.

Estrategias de intervención psicológica para el VIH

Según nuestra experiencia, las actividades más importantes y necesarias a desarrollar por los psicólogos frente a esta problemática del tratamiento a estos pacientes son: la prevención; el potenciamiento (mediante diversas estrategias informativas, de consejería y de educación) del desarrollo de diagnósticos precoces; y el fortalecimiento de las adherencias a los tratamientos médicos específicos, en especial los que incluyen medicación.

Etapas que caracterizar las estrategias de intervención:

- **Inicio** (en la primera etapa de confirmación de la seropositividad).
- **Educación, información y consejería** (resulta particularmente útil trabajar en la capacitación de voluntarios que ofician de multiplicadores sociales en servicios generales y específicos).
- **Evaluación** psicológica y social de la situación y la problemática; evaluación de las funciones cognoscitivas afectadas por la infección.
- **Seguimiento** de los procesos de tratamiento.
- **Emergencia** frente a crisis.
- **Rehabilitación** cuando la patología ha afectado sensiblemente la vida familiar y social. Eventual instrumentación de estrategias rehabilitadoras y/o compensatorias frente al déficit de cualquier función psicológica.¹⁻³

Por otra parte, al realizar una intervención directa con el psicólogo debería trascender la mera oferta de contención emocional (necesaria sin lugar a dudas) para brindar además y fundamentalmente, posibilidades de esclarecimiento y comprensión de la dimensiones psicológicas y sociales del problema, propiciando nuevas perspectivas de elaboración simbólica de los conflictos inmanentes y de gestión empírica de las dificultades.

No olvidemos que se trata de un virus neurotrópico; es decir que puede afectar al sistema nervioso central provocando cuadros neurológicos (encefalopatías, demencias y delirium) en aproximadamente el 30 % de los casos.⁴

Los profesionales de la salud guiados por los psicólogos deben tener en cuenta como condición básica que 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.⁵

Diagnóstico de la enfermedad. Caracterización psicosocial

A partir del diagnóstico de esta enfermedad, la persona y su 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, debido 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).⁶⁻⁷

El VIH despoja al enfermo su autonomía psicológica, el control de sus disposiciones; debilita su vida mental, su identidad y su autoestima. El VIH sobresalta al sistema nervioso en diversas formas y desde el inicio, manifestándose en alteraciones de atención, memoria, función ejecutiva y en casos de fases avanzadas de sida, cuadros complejos de demencia.

Los temores más ansiógenos y frecuentes son:⁷⁻¹⁰

- Discapacidad, deficiencia física o minusvalía que pueda sobrevenir como consecuencia de la evolución de la enfermedad.
- Desfiguración corporal (Sarcoma de Kaposi; etc.).
- Rechazo y abandono social debido a la estigmatización del VIH como puede ser el abandono por parte de familiares, parejas o amigos debido al diagnóstico.
- Infectar a otras personas o a sufrir una reinfección.

Los motivos de enojo y frustración más comunes suelen estar referidos a:⁷⁻¹⁰

- Incertidumbres inherentes a la evolución de la infección.
- Déficits informativos de asesoramiento y de atención social.
- Incierta eficacia de los tratamientos.
- Complejidad de los tratamientos (cantidad de pastillas; tiempo que se invierte en el mismo, entre otros).
- Calidad de los tratamientos y fármacos (según se le esté suministrando originales, genéricos o copias).
- Juicio social acerca del modo en que contrajo el virus.

Las dificultades psicológicas y sociales asociadas a la enfermedad del VIH-sida se podrían concretar en las siguientes:⁷⁻¹⁰

- Disminución gradual de la autoestima: con sentimientos de culpabilidad, autorrechazo, automarginación.

- 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 extra-matrimoniales, relaciones homosexuales), que favorecen la desestabilización familiar.
- No aprovechamiento de los recursos públicos en menor medida, 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 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.

Estas reacciones suelen estar amalgamadas con un sentimiento variable de culpa debido a la relación que eventualmente pudo existir entre su comportamiento sexual o de consumo de drogas y el VIH. Sentimiento especialmente incrementado si la persona considera que propició el contagio o si teme haber puesto en riesgo o haber dañado a otra.¹¹⁻¹²

En ocasiones, cuando se verifica algún nivel de deterioro corporal ostensible o cuando no se cuenta con suficientes recursos familiares o sociales para afrontar el tratamiento y lo que este implica (tiempos de espera en la consulta médica, persecución de los medicamentos, apoyo afectivo en proceso); cuando la persona experimenta un rechazo afectivo, ocupacional o sexual; o bien cuando la propia enfermedad le impone límites sociales, corporales o sexuales suelen ingresar en un proceso depresivo que habitualmente exige apoyo farmacológico para el desarrollo de un proceso psicoterapéutico.¹³⁻¹⁵

Se debe tener presente que el desarrollo del VIH tanto en su dimensión biológica como en la simbólica, produce un desarreglo general psicológico, emocional y fisiológico y es procesado en forma *sui generis* de acuerdo a los recursos afectivos, materiales y sociales de cada programa.

Niveles de intervención

Para el psicólogo se vuelve necesario la instrumentación de coordinaciones con los médicos tratantes (infectólogo, neurólogo, psiquiatra, dermatólogo) propendiendo o instrumentando de ser posible un trabajo en equipo

Cada etapa exige encuadres y aproximaciones diferentes y requiere conocimientos específicos del psicólogo sobre esta patología y las variaciones periódicas en el modo científico de entenderla y tratarla. Es decir que a diferencia de otros ámbitos de intervención clínica requiere de una actualización permanente y del desarrollo coordinado y complementario de trabajo en todos los niveles de atención.¹⁶⁻¹⁷

En tal sentido, resulta especialmente importante en nuestro país redimensionar y reforzar los trabajos de prevención y de educación sexual. Aunque el psicólogo no es el único actor profesional que debe intervenir en este campo se debería incluir formación específica sobre estas cuestiones en la formación curricular de grado de la psicología.

La meta pues, no sería exclusivamente la habilitación de profesionales de la salud como agentes exclusivos de las estrategias preventivas sino de técnicos capaces de formar multiplicadores sociales a distintos niveles; permitiendo la instrumentación de abordajes comunitarios de la prevención.

Otros dos niveles importantes de intervención son la evaluación cognitiva del paciente y un monitoreo constante tendiente a determinar si hay algún nivel de deterioro intelectual ocasionado por la infección y consecuentemente cuando se observa este hecho diseñar alguna estrategia compensatoria de tratamiento y rehabilitación.¹⁸⁻¹⁹

Componentes terapéuticos de algunos programas de intervención para pacientes con infección por VIH/sida²⁰⁻²³

- ✓ Programa grupal de entrenamiento en técnicas de manejo del estrés.
- ✓ Terapia de grupo (ocho sesiones de dos horas de duración cada una) en las que se enfatiza el entrenamiento en relajación, el cambio de hábitos de salud como la reducción del consumo de tabaco y alcohol y el incremento del descanso y del ejercicio físico; así como otras habilidades para el manejo del estrés.
- ✓ Técnicas para el manejo del estrés, entrenamiento en relajación, habilidades de afrontamiento de estresores ambientales, valoración del estrés, afrontamiento activo, incremento de la autoeficacia y aumento de las relaciones sociales.
- ✓ Terapia grupal cognitivo-conductual que incluía estrategias para reducir la ansiedad y la depresión como la reestructuración cognitiva, la relajación muscular, la autorrevelación sobre la enfermedad, la adopción de medidas de sexo seguro y el establecimiento de una red social de apoyo, y mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- ✓ Aplicación individual de la relajación muscular y la imaginación guiada a través de grabaciones.
- ✓ Técnicas de consejo breve dirigidas específicamente a la mejora de la adherencia al tratamiento antirretroviral.
- ✓ Programa grupal dirigido a parejas heterosexuales serodiscordantes que incluye un componente educativo en el que se da información acerca de la enfermedad; un segundo componente de apoyo que incluye estrategias cognitivas y de solución de problemas; y un tercer componente que incluye el desarrollo de estrategias de afrontamiento, animar a los pacientes para la realización de actividades gratificantes y el incremento de actividades sociales.
- ✓ Programa de automanejo para mejorar la adhesión terapéutica que incluye el desarrollo de habilidades implicadas en la toma de medicación, tres visitas semanales para consultas relacionadas con la misma y el feedback mensual de la toma de medicación utilizando monitores electrónicos en los botes de fármacos.
- ✓ Programa de tratamiento grupal que incluyen un componente educativo de información al paciente, estrategias cognitivas,

entrenamiento en autoestima, relajación, solución de problemas, estrategias para el autocuidado y prevención de recaídas.

Finalmente, en el programa de tratamiento individual o grupal, se sugiere que conste de ocho a diez sesiones que incluyen un componente educativo de información al paciente, estrategias cognitivas, entrenamiento en autoestima, relajación, solución de problemas, estrategias para el autocuidado (adhesión al tratamiento, hábitos de salud y prevención de reinfecciones) y un último módulo de prevención de recaídas.

En sus resultados preliminares se han observado cambios significativos tras el tratamiento en el grado de adhesión de los pacientes, variables clínicas relevantes como la ansiedad, depresión o la autoestima y en otros aspectos como el grado de hipocondría de los mismos, su perturbación afectiva, irritabilidad, grado de interferencia de la enfermedad, apoyo social percibido y poco control sobre la salud.

CONSIDERACIONES FINALES

Es imprescindible que el psicólogo intervenga ofreciendo al paciente el siguiente dispositivo asistencial: psicoterapia individual, grupo de apoyo en adherencia, grupo de apoyo para familiares y allegados, grupo de apoyo para miembros negativos de parejas serodiscordantes. Es necesario seleccionar un terapeuta reconocido, certificado y con experiencia en el tratamiento de personas infectadas por el VIH.

Las técnicas psicoterapéuticas pueden ayudar al paciente a enfrentar los desafíos por los que atraviesa a causa de la seropositividad y/o la enfermedad. Lo importante es que al solicitar ayuda profesional acuda con una persona debidamente entrenada para el trabajo psicoterapéutico. Este entrenamiento incluye el respaldo de alguna institución acreditada y el manejo adecuado de la teoría y la técnica propias de la corriente psicológica con que se trabaje.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Osimani ML. Informe Final Investigación. Conocimientos, actitudes y prácticas (CAPs) en SIDA y drogas en Uruguay. Población de una zona de Montevideo. 2008-2009. Montevideo: IDES; 1999.

2. Alvarado W. "Manual de Consejería sobre sida para los Trabajadores y Trabajadoras de la Salud". Honduras; 2011.
3. Álvarez L. Representaciones sociales de la salud y de la enfermedad en pacientes hospitalizados de Bucaramanga y Floridablanca, Colombia. Univ Méd [Internet]. 2006 [citado 23 Mar 2018]; 9(3):328-343. Disponible en: <http://revistasnew.unab.edu.co/index.php/medunab/article/download/747/666>
4. Bartlett JG; Finkbeiner AK. "Guía Para Vivir con VIH y sida". 3ed. México: Diana; 2009.
5. Aresti L. ¿VIH=SIDA=Muerte? La construcción social de una condena. México: Fondo Cultural de Albergues; 2015.
6. Ayuso M. "Trastornos Neuropsiquiátricos en el SIDA. Madrid: McGraw Hill- Interamericana; 2015.
7. González V. Intervención psicológica en VIH/SIDA. UARICHA. Rev Psicol Univ Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. 2009; 21:49-63.
8. "Impacto del Asesoramiento y las Pruebas Voluntarias: Una revisión global de las ventajas y dificultades". Suiza: ONUSIDA; 2012.
9. Avelar VY, Cornejo IB, Torres JD. Efectos psicológicos en personas de ambos sexos entre las edades de 20 a 50 años diagnosticadas con VIH en el periodo de enero de 2006 a junio de 2010 pertenecientes a la fundación salvadoreña para la lucha contra el SIDA "María Lorena" (CONTRASIDA) del municipio de San Salvador. El Salvador: Universidad de El Salvador. Facultad de Ciencias y Humanidades; 2016.
10. Castellanos Manzo, Aguilar Jiménez A. Psicopatología del paciente con VIH-SIDA [Internet]. Guatemala: Universidad de San Carlos; 2006. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_0827.pdf
11. Arístegui I. Abordaje psicológico de personas con VIH. Argentina: Fundación Huésped; 2012.
12. Teva I, Paz Bermúdez M de la, Hernández-Quero J, Buela-Casal G. Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH/SIDA. Salud Mental [Internet]. 2005 [citado 27 Mar 2018]; 28(5):40-49. Disponible en: http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1071
13. Asociación Apoyo Positivo. Efectos psicológicos de las personas afectadas por VIH/SIDA: líneas de actuación. Infocop [Internet]. [actualizado 5 Dic 2017; citado 27 Mar 2018]. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1651
14. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de SIDA. Informe epidemiológico VIH/SIDA. Montevideo: MSP; 2004.

15. Ballester R. SIDA: Prevención y Tratamiento Psicológico en la Infección por VIH y SIDA. Madrid: UNED-Fundación; 2009.
16. Ballester R. Aportaciones desde la psicología al tratamiento de las personas con infección por VIH-SIDA. Rev Psicopatol Psicol Clín [Internet]. 2005 [citado 27 Mar 2018]; 10(1): 53-69 Disponible en: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD10062.pdf>
17. Bayés R. Información, miedo y discriminación en la pandemia por VIH/SIDA. Psicothema [Internet]. 1998 [citado 27 Mar 2018]; 10(1): 127-134. Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=148>
18. Programa Nacional de SIDA. Estudio Centinela. Primera encuesta comportamental. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2002.
19. Moscovici S. El psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires: Editorial Huemul; 2014.
20. Informe sobre la epidemia mundial de VIH/Sida. Onusida; 2017.
21. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción". Organización Mundial de la Salud; 2004. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.pdf>
22. "Modelo de Consejería Orientada a los Jóvenes en Prevención del VIH y para Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva: Una Guía para Proveedores de Primera Línea". Washington, Estados Unidos: OPS/OMS; 2015.
23. Osimani ML, Guchin M. (coord.) Usuarios de drogas inyectables. Prácticas de riesgo y prevalencia de infecciones por VIH, hepatitis B y hepatitis C en Montevideo y su área metropolitana. Montevideo: Ides-Onusida; 2014.

Recibido: 6 de febrero de 2018

Aprobado: 27 de marzo de 2018