

# Aspectos biopsicológicos de la infección por virus inmunodeficiencia humana (VIH)

M<sup>a</sup> Lourdes Aparicio Ágreda / Carlos Pablo Cuevas Jiménez\*

## Introducción

La situación epidemiológica de la infección por el VIH y el SIDA a nivel mundial a comienzos del siglo XXI es el resultado de un proceso en el que han intervenido multitud de factores demográficos, sociales, culturales, económicos y sanitarios, además de los avances en la investigación científica.

En nuestro país la rápida progresión del VIH durante la década de los ochenta tuvo lugar, de manera especial, en el colectivo de usuarios de drogas por vía parenteral (ADVP). También se extendió entre los hombres con prácticas homosexuales, aunque con una programación mucho menos abrupta. Fue el elevado número de ADVPs infectados, la mayoría adultos jóvenes y sexualmente activos, dio lugar a la transmisión secundaria del VIH por vía heterosexual y perinatal.

La iniciación de nuevos programas de prevención e intensificación de los ya existentes desde comienzos de los noventa, contribuyeron a la disminución de las prácticas de riesgo. La disminución del consumo de drogas inyectadas, su sustitución por el consumo de las drogas por otras vías (fumada, esnifada...) y el envejecimiento de la población ADVP contribuyeron al mayor control de la infección.

La extensión de terapias con fármacos antirretrovirales de alta eficacia desde 1997 supuso una mejora considerable en la situación inmunológica y el pronóstico de las personas infectadas. Sin embargo, el número de casos nuevos diagnosticados de infecciones por VIH sigue siendo elevado, y tampoco se puede descartar la posibilidad de nuevos repuntes en la transmisión.

---

\* Universidad Pública de Navarra.

El riesgo de infección por VIH se distribuye de forma muy heterogénea en la población. Las de mayor riesgo son, por este orden: uso de drogas por vía parenteral, las prácticas homosexuales en hombres y el contacto heterosexual con una pareja infectada. En los últimos años las relaciones heterosexuales de riesgo son la principal causa de nuevas infecciones que se explica porque es la exposición de riesgo más extendida en la población.

Es una enfermedad que, gracias a la investigación llevada a cabo desde su aparición, conocemos su origen, su historia natural, mecanismo de transmisión y consecuencias a nivel de salud y bienestar de la persona infectada. Como consecuencia, el proceso de diagnóstico y tratamiento ha ido mejorándose y abarcando de forma integral a la persona y su entorno.

## 1. ¿Qué es la infección por VIH?

El Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad infecto-contagiosa causada por un retrovirus que daña a la inmunidad celular y plasmática del organismo de la persona infectada.

La familia Retroviridae incluye tres subfamilias, una de ellas es la subfamilia Lentiviridae, en la que se incluye el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Los Retrovirus forman una amplia familia de agentes infecciosos, son virus RNA y contienen una enzima, la transcriptasa inversa, que permite la síntesis de ADN complementario a partir del genoma vírico tras la infección de la célula huésped.

El VIH es el virus responsable del SIDA, que actúa atacando el sistema inmunitario o de defensa de nuestro organismo, por lo que estará expuesto a agresiones externas (infecciones que en muchas ocasiones son oportunistas, es decir, que aprovechan circunstancias de disminución de inmunidad del paciente para producir patología; tumores como los linfomas, otras enfermedades...)

Explicar que una persona está infectada por el VIH no quiere decir tener el SIDA. Sólo cuando una persona seropositiva para VIH desarrolla infecciones y otras enfermedades que son debidas al deterioro de la inmunidad ocasionado por el propio virus decimos que tiene SIDA.

## 2. Mecanismo de acción e historia natural del VIH

El VIH es el agente causal del SIDA en los seres humanos. Su ciclo replicativo necesita de la integración de su material genético en el cromosoma de la célula a la que infecta, dando lugar a la forma integrada que se denomina provirus.

Se distinguen siete etapas en el ciclo replicativo: 1) adhesión y entrada en la célula; 2) síntesis de ADN; 3) integración; 4) transcripción; 5) traducción; 6) ensamblaje y salida del virus de la célula; 7) maduración.

El VIH se une en los linfocitos a un receptor celular específico, denominado CD4. Desde el momento en que el virus se une a la membrana celular y entra en el citoplasma, en un proceso de internalización, se completa la transcripción inversa del ARN vírico generándose ADN, en una etapa mediada por la transcriptasa inversa.

A continuación, el ADN es transportado al núcleo donde se integra con el genoma del huésped.

Una vez que el individuo se ha infectado son varios los mecanismos por los que el VIH puede producir inmunodepresión, siendo la destrucción de los linfocitos CD4+ por efecto citopático (lesión de la célula) directo la causa más importante de pérdida linfocitaria.

El descenso progresivo de la cifra de linfocitos CD4 es lo que provoca la inmunodepresión y, de esta forma, la mayor vulnerabilidad de la persona infectada para padecer infecciones oportunistas que provocan la progresión de la infección por VIH, el desarrollo del SIDA, y eventualmente, la muerte.

La infección VIH es, por lo tanto, un proceso clínico de progresivo deterioro del sistema inmunológico.

En este sentido, los Centres for Disease (CDS) dividen a los pacientes en cuatro grupos principales consecutivos en el tiempo:

Grupo I. Infección aguda

Grupo II. Infección asintomática

Grupo III. Linfadenopatía generalizada persistente

Grupo IV. Otras enfermedades

Existe una primera fase, también denominada “síndrome retroviral agudo”, que coincide con la infección y que da síntomas en el 30-50% de los casos (fiebre, malestar general, mialgias, sudores, náuseas, adenopatías, hepatitis, meningitis, ...), siendo el resto asintomáticos. Tiene una duración de aproximadamente 2 semanas. Tiene lugar un descenso brusco de los linfocitos CD4+, acompañándose de presencia de viremia plasmática por VIH. Todo ello sin tratamiento.

Luego le sucede una fase “asintomática” con descenso paulatino de los linfocitos CD4 a un ritmo variable. Tiene una duración de 3 a 10 años.

Va seguida la anterior fase de otra con una duración de 1 a 2 años, con caída más “acelerada” de los linfocitos CD4 y llega un momento en el que la disminución es tan pronunciada que aparecen las primeras infecciones oportunistas, síntomas y signos definitorios del SIDA.

La fase final se caracteriza por unas cifras reducidas de linfocitos CD4 por debajo de  $200/\text{mm}^3$ , un desarrollo progresivo de infecciones oportunistas, tumores, diarrea crónica, desnutrición y delgadez extrema, complicaciones neurológicas, hasta que, finalmente, acontece la muerte.

Esta historia natural se ha modificados substancialmente con el tratamiento anti-retroviral, especialmente desde 1996 con el comienzo de la “terapia de alta eficacia antirretroviral”, consiguiendo prolongar la supervivencia de forma indefinida y mejorando de forma notable la calidad de vida de estas personas.

### 3. Mecanismos de transmisión del virus VIH

Los factores predisponentes para adquirir la infección por VIH están relacionados con los mecanismos de transmisión de la infección.

Estos mecanismos son bien conocidos tras haber pasado 22 años desde que en 1981 fueron descritos los primeros casos en los Angeles y habiéndose extendido la infección a más de 40 millones de personas en todo el mundo.

La infección por VIH se trasmite a través del semen, de las secreciones cervicales y vaginales, de la leche materna, de la sangre y de los productos derivados de ésta. Por tanto, los vías de adquisición de la infección son: las relaciones sexuales sin protección, tanto heterosexuales como homosexuales; el uso de drogas por vía intravenosa compartiendo material contaminado o sangre infectada; la utilización de agujas contaminadas en tatuajes; las transfusiones de sangre o productos sanguíneos contaminados; los accidentes sanitarios por contacto con sangre o secreciones contaminadas; la transmisión vertical desde una madre seropositiva al feto durante el embarazo o el parto y al recién nacido a través de la lactancia; pinchazos en la calle con material sospechoso; etc.

La probabilidad de adquirir la infección por VIH es muy distinta en función de la práctica de riesgo. Tras una relación heterosexual se estima que es del 0,4%, mientras que en receptores de sangre contaminada ocurre en el 90%.

Si bien no siempre que una persona contacta con el VIH lo contrae, sí que aumenta la probabilidad con los contactos repetidos.

El contagio por transfusiones o transplantes en nuestro país desde 1987, fecha en que se estableció por decreto la realización sistemática de exámenes de detección de anticuerpos, es prácticamente nulo, salvo coincidencia con el “periodo ventana” (periodo existente entre el contacto con el virus VIH y la detección de anticuerpos contra el virus por los métodos de laboratorio que nos sirven de diagnóstico) en individuos que nieguen prácticas de riesgo.

En la actualidad la transmisión sexual constituye la vía más frecuente de infección por VIH en todo el mundo.

Es destacable también que diferentes estudios epidemiológicos han demostrado ampliamente que el VIH no se transmite a través de la saliva, lágrimas, sudor, tos, estornudos, piel sin heridas o picaduras de insectos.

### 4. Valoración diagnóstica

El diagnóstico de certeza de la infección por VIH sólo puede establecerse de modo definitivo por métodos de laboratorio.

Se clasifican en: métodos directos e indirectos:

- Los métodos *directos* detectan el propio virus o algunos de sus componentes (proteínas, ácidos nucleicos, etc.).

- Los métodos *indirectos* reconocen anticuerpos específicos producidos por el sistema inmune como respuesta a la presencia del virus.

En general, en la práctica clínica habitual se usan los métodos indirectos para el diagnóstico, aunque en determinadas circunstancias, donde éstos son insuficientes (primoinfección o seroconversión reciente, infección perinatal), se usan directos e indirectos combinados.

Dentro de las pruebas indirectas o serológicas de diagnóstico de la infección por VIH en el laboratorio, las siguientes son las de utilización más habitual:

- *Prueba de screening o cribaje.* Son las primeras pruebas diagnósticas a aplicar. El método más utilizado es el enzoinmunoanálisis (EIA), ya que, según la FDA, estas pruebas tienen una especificidad y sensibilidad mayor del 90%.
- *Pruebas de confirmación.* El Western blot (WB) es el método más empleado para la confirmación de los resultados obtenidos con las pruebas de screening.

Un inconveniente de las pruebas serológicas es el llamado “periodo ventana”, denominado así al tiempo que tardan en aparecer los anticuerpos que han de ser detectados por dichas pruebas. Este periodo es variable y suele rondar entre 2 semanas y 3 meses. Por ello, se recomienda la realización de dos pruebas serológicas sucesivas separadas 3 meses entre si.

#### 4.1. Solicitud de diagnóstico precoz

La solicitud para realización de un diagnóstico de la infección por VIH se debe realizar cuando se considere necesario y siempre reforzando las motivaciones, tanto si es a petición del paciente como si es por parte del profesional.

La necesidad de un diagnóstico precoz nace de la finalidad de proporcionar de forma temprana un tratamiento médico, social, autocuidados de la salud y labores de consejo y educación adecuados.

Destacamos la obligación de garantizar siempre la confidencialidad, asesorar antes y después de la prueba (consejo asistido) y actuar con cautela en la interpretación de los resultados (se debe confirmar la prueba).

Todo ello, se consideran instrumento en el que pueden beneficiarse las personas infectadas al paliarse o bloquearse el desarrollo de la infección y/o enfermedad, mejorando también la calidad de vida de estas personas.

### 5. Aspectos psicológicos del SIDA

Si bien es abundante la literatura sobre las medidas de prevención del SIDA y sobre los avances en las terapias farmacológicas, las consecuencias psíquicas que produce el diagnóstico en la persona y en su entorno familiar y social no son tan tratadas.

Sin embargo, el SIDA tiene un impacto psicosocial significativo en las personas afectadas, sus familiares y la sociedad en general, incluyendo consecuencias intelectuales, cognitivas y emocionales.

De acuerdo con las características propias de su personalidad, del medio social y de la cultura en la que se desenvuelven, las personas que viven con el VIH y SIDA asumen distintas posición ante su situación.

A pesar de la individualidad de cada caso, ante la confirmación de seropositividad la persona suele responder de forma muy negativa, con una fuerte carga emocional derivada del sentimiento de miedo a una muerte cercana, un probable curso doloroso de la enfermedad, alteración de su aspecto externo y nivel de funcionamiento autónomo. A esto se une la angustia que le genera la idea de poder perder el afecto y apoyo de sus familiares, amigo/as y compañeros más cercanos y del rechazo de la sociedad en general.

Como en otros procesos sin curación las personas afectadas de SIDA suelen evolucionar desde una primera reacción de negación e incredulidad, seguida de ansiedad y depresión y, en casos extremos, generando ideas de suicidio.

La evaluación psicológica recoge información relativa a los siguientes aspectos (Mangos y otros, 1990):

- Factores de riesgo en el pasado
- Historia familiar
- Eventos estresantes recientes
- Percepción del apoyo social
- Estrategias de afrontamiento
- Consumo de sustancias y alcohol
- Evaluación cognitiva

Por ello, el tratamiento no se limita a las terapias retrovirales destinadas a combatir el virus que causa el SIDA, sino que es imprescindible el diseño de un abordaje integral y una intervención coordinada de diferentes profesionales con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la persona HIV positivas.

## 5.1. “Counselling” y asesoramiento

La Asociación Británica del “counselling” (British Association of Counselling, 1979) describe el objetivo de este proceso como el dar la posibilidad al cliente de explorar, descubrir y clarificar formas de vivir más satisfactorias y facilitadoras de un mayor bienestar.

Así, el consejo asistido en personas con infección por VIH comprende el conjunto de actividades destinadas a informar a los usuarios (pacientes) acerca de las medidas para prevenir y tratar la morbilidad psicológica que puede resultar del desconocimiento de la infección por VIH y facilitar la información de recursos sanitarios y comunitarios disponibles. Incluye también informar a los usuarios acerca de la trans-

misión del VIH y medidas a adoptar para prevenirlas. Es, por lo tanto, un proceso que engloba elementos tanto preventivos como de asistencia y apoyo.

Según la ONUSIDA (1997), el consejo debe ser una persona con conocimientos, habilidades, estrategias y actitudes que le permitan:

- a) Escuchar al usuario.
- b) Formular preguntas con fines de apoyo.
- c) Discutir alternativas.
- d) Estimular al interlocutor a tomar sus propias decisiones informadas.
- e) Proporcionar información práctica.
- f) Proponer el apoyo complementario.

Además de las características del consejero es importante cuidar los entornos en los que tiene lugar el asesoramiento, de modo que garanticen la confidencialidad del usuario, y la creación de un sistema coordinado que relacione el asesoramiento con los servicios médicos, de apoyo social, jurídico, religioso, no gubernamental, etc.

El consejo se considera especialmente indicado en caso de:

- Personas con prácticas de riesgo.
- Personas que creen que pueden estar infectadas por VIH.
- Personas que solicitan la determinación serológica.
- Personas que se han realizado la prueba por VIH (positiva o negativa).
- Personas que han decidido no realizar la prueba si en el pasado o en la actualidad mantienen prácticas de riesgo.
- Personas con SIDA o infección por VIH y con dificultades en su vida social y/o familiar.
- Parejas, familiares y amigos de personas infectadas por VIH.
- Personas que en su trabajo tienen contactos regulares con seropositivos.

Con respecto al asesoramiento *durante la prueba serológica*, es importante constatar la voluntariedad de la prueba, siempre con el consentimiento informado, la confidencialidad y el secreto profesional

Las alteraciones emocionales que pueden surgir durante el tiempo de espera hasta tener los resultados pueden ir desde la ansiedad hasta los pensamientos de desastre (seguridad de ser positivo). Estos pensamientos van a influir en su estado de ánimo, aumentando la autoobservación, estando pendiente de cualquier síntoma que surja y relacionándolo con un posible resultado positivo. Por ello, no se debe facilitar al paciente en esta fase, información sobre síntomas y signos del proceso para evitar, en lo posible, la generación de ideas de tipo hipocondríaco, con el sufrimiento personal que esto podría conllevar.

*Si el resultado es positivo*, antes de informar sobre la infección por VIH debemos partir de cuáles son sus problemas o dudas respecto a la infección, qué conocimientos tiene del tema, qué le preocupa.

Es importante crear un ambiente de confianza, sin hacer juicios de valor y sin interrupciones, con el fin de que la persona pueda expresar sus emociones, angustias, temores, ideas, intentando percibir su situación y necesidades.

Tener claro que un resultado positivo significa infección por VIH, pero que no es diagnóstico de SIDA ha de quedar claro para el usuario, explicándole de una forma breve y sencilla la historia natural de la enfermedad y ayudándole a comprender la diferencia entre infección por VIH y SIDA.

Del mismo modo, le haremos consciente de que un resultado positivo no proporciona información sobre el pronóstico ni la gravedad de la infección.

Junto a esto, hemos de transmitir de forma clara que la persona seropositiva puede transmitir la infección VIH a otras personas.

En el supuesto de resultado positivo hay que adelantar apoyo emocional, entre otras cosas, transmitiendo el mensaje de que se pueden realizarse diversas actuaciones para mantener y mejorar la salud, siendo la actitud y práctica del usuario uno de los factores decisivos de su futuro.

### 5.3. Atención a la persona seropositiva

La interrelación entre los componentes biológico, psicológicos y social del individuo deriva en la necesidad de una atención integral a la persona seropositiva comprenda a la persona como un todo más complejo que la suma de sus partes.

Se debe garantizar un apoyo y seguimiento tanto clínico como psicosocial permanente a estas personas, de una forma multidisciplinar, requiriendo de la colaboración de distintos profesionales (trabajador social, psicólogo, psiquiatra, especialistas médicos que se requieran como neurólogos, internistas, etc.).

Importante el planteamiento de la posibilidad de involucrar a la familia o pareja con la finalidad de obtener el mejor entorno familiar o de pareja posibles, mejorando así la convivencia familiar, conducta sexual... pero siempre con el consentimiento del paciente.

En caso de que la persona seropositiva no informe a su pareja, ni tome las medidas de protección, la posibilidad de transmisión es real. Aquí la obligación ética del profesional, es tratar de disuadir al sujeto infectado, convenciéndole de la necesidad de un cambio de aptitud y de hábitos. Se le ofertará la posibilidad de servirle de mediador en la notificación.

Si a pesar de todo ello, mantiene su postura, se deberá sopesar, analizando el caso concreto, antes de tomar una decisión, si los beneficios que comparte la ruptura del secreto, van a ser mayores que los riesgos que entraña. En casos límite, se aconseja ponerlo en conocimiento de la autoridad sanitaria competente y/o del juez. Quien aplique esta condición de excepcionalidad, desde el punto de vista legal, ha de poder justificar que su opción tiene más ventajas que riesgos, ya que el médico no puede vulnerar el secreto profesional a excepción de la obligación emanada de la ley o autoridad sanitaria.

Es importante concretar un plan de cuidados de forma consensuada con la persona que vayan dirigidos a mantener su estado de salud y cambio de conductas de riesgo, siempre implicando y motivando al propio paciente.



### 5.3.1. *Atención psicológica*

Los problemas psicológicos que acompañan a las personas con SIDA comparten características con los de las personas que sufren enfermedades de carácter crónico. Además, la situación se complica de forma negativa por el hecho de sentirse obligados a ocultar su enfermedad en su entorno laboral, social e incluso familiar.

Por eso, la intervención de ayuda debe tener presente el estado de salud psíquica de la persona con SIDA, ya puede desarrollar (Bishop, 1994; Pelechano, 2000):

- Depresión, presentando un bajo estado de ánimo variable, reacciones retardadas y posibles síntomas físicos.
- Ansiedad, que junto con los ataques de pánico son estados frecuentes.
- Temor a la muerte, a la demencia por SIDA, a la pérdida de control y a la incapacidad para tomar decisiones.
- Pensamientos suicidas, en casos extremos que habrán de ser tomados en serio.
- Problemas psicosexuales, derivadas de su autculpabilidad como propagador de la infección.
- Fantasía, egocentrismo y retraimiento, como forma de refugio y evitación del contacto con la realidad.
- Problemas psicósomáticos, es decir, malestar físico como consecuencia de un trauma psicológico.

El soporte psicológico es un proceso de interacción entre el profesional y el usuario que se dirigirá a facilitar la comprensión y la resolución de los problemas con el objetivo de promover comportamientos de reducción de riesgos y establecer el tratamiento individual más adecuado mediante la derivación a las unidades de salud mental de su comunidad. Es preciso apoyar tanto en la resolución de problemas como en la toma de decisiones.

Los pacientes suelen experimentar el diagnóstico como una crisis psicológica intensa, como una intensa amenaza, colapsados por todo lo que les sucede, con sensación de parálisis emocional donde no ven una salida a sus problemas.

Hay una primera fase que coincide con la prueba de confirmación del positivo (es una de las circunstancias que más apoyo psicológico e información requiere), con el inicio de un nuevo tratamiento o con la aparición de un nuevo síntoma, donde la persona tiende a negar el problema. Es una respuesta transitoria y se considera natural. En algunos casos los síntomas descritos cederán rápidamente y se adaptarán a su nueva situación. La mayoría, sin embargo, se aislará para estar solos con su dolor. Otros evolucionarán hacia síntomas depresivos y de ansiedad.

Por eso, es preciso reforzar el concepto de vivir con infección VIH en contraposición a morir de SIDA para, de esta forma, enfatizar una mejor adhesión al tratamiento y a la prevención de las enfermedades oportunistas que pudieran surgir.

Es básico mantenerse activo en el trabajo, estudios, vida de relación para mantener la mayor independencia posible en la vida del paciente. Esto mejora las condiciones psicológicas. Todo ello si las condiciones físicas del paciente lo permiten.

En el caso de la persona con SIDA terminal, aquel diagnosticado de enfermedad de SIDA y con patologías asociadas avanzadas, progresivas e incurables, que no responden a tratamientos médicos, que provocan un grave deterioro y con un pronóstico de vida corto, el apoyo debe ser extremo y específico de esta fase.

Al tratarse de jóvenes que no han realizado los proyectos correspondientes a las etapas de su vida la falta de adaptación es importante. Han sufrido muchas pérdidas (imagen corporal, dignidad, futuro...) que, en muchos casos, las han apreciado en otros compañeros enfermos o seres queridos.

El relevo, el aislamiento y la culpa pueden agravar este proceso favoreciendo la pérdida de autoestima y la desesperanza.

El deterioro general, físico y mental, así como el miedo al dolor y a la muerte les induce un intenso sufrimiento psicológico.

A través de una relación de ayuda se deben priorizar el autocuidado, el mantenimiento (dentro de lo posible) de la imagen corporal, las relaciones sociales deseadas por el enfermo y, al mismo tiempo su nivel de autoestima.

En la fase terminal, en la que se hace necesaria la intervención de profesionales hospitalarios, resulta de gran ayuda psicológica una actitud de cercanía y disposición de escucha en los últimos momentos de vida del paciente.

No sólo ni fundamentalmente los profesionales son recursos de apoyo emocional a la persona con SIDA, sino que en este papel la red social natural es uno de los pilares básicos de apoyo a la persona.

Las personas con soporte emocional adecuado y con sus propios recursos psicológicos, pueden superar la crisis y mantener una adecuada autoestima, sentido de control y aceptación de su situación.

Por la implicación emocional que supone para la familia, la atención psicológica ha de extenderse también a ésta. El objetivo es que puedan asumir lo que supone la enfermedad, conseguir el equilibrio emocional entre todos los miembros del núcleo familiar y desarrollar funciones de apoyo.

Necesitan ser informados en todo lo referente a esta patología y al manejo de la situación, sobre todo, teniendo en cuenta que hay muchas familias que viven el proceso en solitario por temor a reacciones sociales desfavorables.

En los aspectos relacionados con la convivencia familiar hay que trabajar el temor al rechazo, miedo a dar la noticia y las medidas de una buena convivencia cotidiana.

Se debe informar que la infección por VIH no se cura pero con los tratamientos actuales (TARGA) se impide la multiplicación del virus y la recuperación de un aceptable estado inmunológico que prolonga la supervivencia (en algunos casos de forma indefinida si se inicia a tiempo) y mejora de manera evidente la calidad de vida.

Otro aspecto tratar es el entrenamiento en habilidades de escucha y comunicación tanto verbal como no verbal, incluido la interpretación y respecto de los momentos de silencio.

Los cuidadores familiares pueden necesitar descansos para poder “desconectar”, con el fin de reponerse y poder ejerciendo su labor de forma adecuada. Se considera

que la atención intensa, es el factor más importante para que aparezcan respuestas emocionales

Maslach y Kackson (1981) propone dos significados del término “burn-out”: una hace referencia al proceso de desmoralización y descompensación que ocurre bajo un stress intenso y permanente en el trabajo; la otra refiere el agotamiento emocional que aparece en las personas que trabajan con personas.

En el caso de atención a la persona con SIDA, los familiares, amigos y profesionales pueden llegar a sentir un agotamiento tanto físico, como emocional y mental originado por la circunstancia de estar mucho tiempo y además intensamente implicado en la atención y cuidado de estas personas. El “burn-out” está facilitado por las particularidades que conlleva el proceso de esta enfermedad: sobrecarga de trabajo, miedo al contagio, sufrimiento físico y moral del paciente, proceso de muerte en casos terminales, demencia y deterioro neurológico y físico en otras ocasiones, juventud de la mayoría de los pacientes con SIDA, la multitud de necesidades y demandas urgentes de estos enfermos, escasez de personal, turnos, insuficiencia de recursos materiales, etc.

También hay que tener en cuenta la preparación y el acompañamiento al duelo de los familiares.

Con respecto a los profesionales de la salud, las personas que atienden a estas personas experimentan procesos de temor a ser infectados, stress asociado a la exigencia de mantener la confidencialidad y de atender a personas jóvenes en procesos muy delicados y graves.

A ello se une el esfuerzo de adaptación constante para actualizarse en el manejo de ciertos aspectos psicológicos y del comportamiento que presentan estas personas.

Todo ello hace que aparezca el “burn-out”, conllevando una frustración crónica y respuesta al stress pasiva con consecuencias tanto en el ámbito laboral como fuera de éste con sus familiares y amigos.

Como medidas de prevención del “burn-out” en el cuidado y convivencia con estas personas se recomienda:

- Supervisión adecuada de estas personas.
- Una formación permanente.
- Mantenimiento de serenidad y equilibrio, clima de sosiego.
- Realizar las tareas con espíritu y de forma interdisciplinaria (implicando varios profesionales de diferentes ramas formativas). Se necesita para ello un reconocimiento institucional y una ayuda tanto individual como de grupo.
- Los cuidadores deben respetar la interioridad, sexualidad, cultura, valores y vivencias del paciente, no haciendo juicios de valor.
- Cuidado propio que incluye tiempo libre.
- Sesiones-taller para trabajar métodos y técnicas.
- Tener en cuenta otros recursos disponibles en la comunidad (ONGs, asociaciones, unidades de Salud mental, ...)

De todo lo anterior, podemos concluir que la infección por el VIH afecta a la persona en su globalidad y a su entorno de diferentes formas, dependientes tanto de las

características individuales como de los sistemas de apoyo con que cuenta la comunidad. Es desde una comprensión integral que abarque los componentes biológicos y psicológicos desde donde se puede intervenir con el objetivo de mejorar la calidad de vida individual de todos y cada uno de los componentes del sistema que se encuentran afectados.

## Bibliografía

- Antela, A. (2002): "Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana", en *Medicine 8<sup>a</sup> serie*, 73, 3923-3932.
- Basabe, N. y otros (1996): *El desafío social del SIDA*. Madrid, Fundamento.
- Bayes, R. (1995): *Sida y psicología*. Barcelona, Martínez Roca
- Bishop, G.H. (1994): *Health psychology. Integrating Mind and Body*. Boston (MA), Allyn & Bacon.
- Blanco, A. y Sánchez, F. (1997): "Factores psicosociales en el SIDA (II). El riesgo como valor y como norma", en *Pub. of Sesida*, 4, 49-56.
- British Association of Counselling (1979): *Definition of Terms in Use with Expansion and Rationale*. Rugby, England, British Association of Counselling.
- Glaser, R. y Kielcolt-Glaser, J. (eds.) (1999): *Handbook of stress and immunity*. San Diego (CA), Academic Press.
- Ibáñez, E. (coord.) (1990): *Psicología de la Salud y estilos de vida*. Valencia, Promolibro.
- Kaplan, R.M.; Sallis, J.F. y Patterson, T.L. (1993): *Health and human behavior*. New York, MacGraw-Hill.
- King, M.B. (1993): *AIDS, HIV and Mental Health*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Mangos, J.A. y otros (1990): "Pediatric AIDS: Psychosocial impact", en *Texas Medicine*, 86, 422-435.
- Martín, P. (1997): *Enfermar o curar por la mente. El cerebro y el sistema inmunitario*. Madrid, Debate.
- Maslach, C. y Kackson, S. (1981): "The measurement of experienced burnout", en *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 9-113.
- Mirabel, A. y otros (1996): "¿Quién cuida al cuidador? Prevención del Burn-out", en *Pub. of Sesida*, 7: 107-108.
- Onusida (1997): *Asesoramiento y VIH/SIDA: Actualización técnica*. Ginebra, ONUSIDA.
- Pelechano, V. (dir.) (1996): *Psicología clínica o psicología de la salud*. Valencia, Promolibro.
- (2000): *Psicología sistemática de la personalidad*. Barcelona, Ariel.
- Toro, C. y otros (2002): "Infecciones por Retrovirus HTLV-I/II", en *Medicine 8<sup>a</sup> serie*, 73, 3915-3922.

**RESUMEN:**

El objetivo de este artículo es ofrecer una comprensión global de la infección por VIH. Si bien es un proceso inicialmente asintomático, el avance de la infección produce consecuencias a nivel de funcionamiento, en gran medida por las implicaciones psicológicas que conlleva.

Por ello, se destaca la necesidad de una comprensión que abarque la evaluación e intervención psicológica de la persona con VIH y sus cuidadores como medio de mejorar la calidad de vida de todos ellos.

**PALABRAS CLAVE:**

VIH, SIDA, calidad de vida, salud psicología.

**ABSTRACT:**

The aim of this paper is to offer a comprehensive understanding about HIV. Although the beginning of process has not symptom, the infection progress and generates consequences at level of functioning that are carried by psychological implications.

Because of that, the need of a comprehension that includes psychological evaluation and intervention with a person suffering from HIV/AIDS and his personal support is emphasized like the best method to improve their quality of life.

**KEY-WORDS:**

HIV, AIDS, quality of life, health psychology.