

**DISEÑO DE UN PROYECTO SOCIAL PARA PERSONAS CON VIH/SIDA:
“EMPRESA OUTSOURCING DE ORIENTACIÓN Y APOYO PSICOLÓGICO A
PERSONAS CON VIH/SIDA”**

Campo, Y; Herrera, L; Triviño, Y

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE BOLÍVAR
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
MINOR EN PSICOLOGIA DE LA SALUD
JUNIO DEL 2004.**

Titulillo: VIH/SIDA

**DISEÑO DE UN PROYECTO SOCIAL PARA PERSONAS CON VIH/SIDA:
“EMPRESA OUTSOURCING DE ORIENTACIÓN Y APOYO
PSICOLÓGICO A PERSONAS CON VIH/SIDA”**

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de Psicología.

Palacios, X*

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE BOLÍVAR
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
MINOR EN PSICOLOGIA DE LA SALUD
JUNIO DEL 2004.**

Titulillo: VIH/SIDA

***Directora**

Cartagena de Indias, D, T y C, Junio 9 del 2004.

Señores

Universidad Tecnológica de Bolívar.

Cartagena, D, T y C.

Asunto: autorización para el uso de material monográfico.

Nosotras **Yessenia Triviño Miranda, Liliana Herrera Machacón, Yanilis Campo**, identificada con numero de cedula 45.553.641, 45.687.912, 45.692.901, respectivamente, autorizamos a la Universidad Tecnológica de Bolívar para hacer uso del presente material monográfico y publicarlo en el catalogo online de la biblioteca.

Yessenia Triviño Miranda
45.553.641 de Cartagena
Psicóloga en Formación

Liliana Herrera Machacón
45.687.912 de Cartagena
Psicóloga en Formación

Yanilis Campo
45.692.901 de Cartagena
Psicóloga en Formación

Agradecimientos

Cuando llegas a la meta te llevas la satisfacción de haber contado con personas tan maravillosas que te dan la mano para seguir adelante y esas personas son nuestros padres los cuales permitieron que fuera posible el sueño de llegar hasta el final, pero sin duda alguna, es Dios quien se merece nuestro mayor agradecimiento por darnos la vida, la salud y una familia con quien contar en todo momento.

En la memoria de cada una de nosotras esta el recuerdo de amigas que nos dieron una sonrisa y la dicha de haber compartido con ellas este sueño.

A todos los que estuvieron a nuestro lado le damos muchas gracias y un especial agradecimiento a Ximena quien nos condujo a construir este trabajo en cada paso que dábamos, para lograr lo que es hoy, el resultado de esfuerzo y entusiasmos.

Yessenia Triviño, Liliana Herrera y Yanilis Campo.

Tabla de Contenido

JUSTIFICACION

INTRODUCCION

MARCO TEORICO

Instituciones que Trabajan con VIH/SIDA

METODO

EVALUACION DE NECESIDADES

Objetivo General

Objetivo Especifico

RESULTADOS

DISCUSION

REFERENCIAS

FICHA DE INTENCIONES

PORTAFOLIO DE SERVICIOS

ANEXOS

Anexo A. Evaluación de aspectos físicos, psicológicos y sociales de las personas con VIH (ASFIPSI-VIH).

Anexo B. Árbol de Causa y Efectos

Anexo C. Árbol de Objetivos.

Justificación

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) sigue prepagándose por todo el mundo, aparece en comunidades anteriormente poco afectadas por la enfermedad y se afianza en zonas donde el SIDA es causa principal de mortalidad entre los adultos (personas entre 15 y 49 años de edad) En total, se estima que en América Latina y el Caribe hay aproximadamente 1,3 millones de personas que viven con el VIH.

De acuerdo a los datos registrados en el DADIS de la ciudad de Cartagena en el año del 2002 se reportaron 146 casos de personas con VIH con una tasa de 100.000 habitantes, a su vez las tasas de mortalidad incrementaron del 2001 al 2002 de un 41% al 80%, respectivamente. Y según el sexo la enfermedad es más predominante en los hombres con un 70% y las mujeres con un 30 %.(Chaparro, 1998).

Los expertos responsabilizan el índice creciente a la constante exposición al sexo en los medios de difusión que envían mensajes confusos a la juventud. A los jóvenes se les advierte del **SIDA** y de las enfermedades sexualmente transmisibles, pero a la vez están expuestos diariamente a la televisión y a Internet.

Los adolescentes más jóvenes tienen contacto sexual mucho antes que en otras épocas. Esto es peligroso para los adolescentes que aún están en desarrollo y que no están preparados para las consecuencias emocionales de la sexualidad.

Es necesario tener en cuenta que los programas de prevención fracasarán si sólo tienen en cuenta una forma de prevención como la abstinencia o la fidelidad y no tienen en cuenta del contexto de la vida de los hombres. Fracasarán en las sociedades donde hay pocas o ninguna oportunidad de hablar de sexo y de la sexualidad ya sea

en un contexto público, en la privacidad del hogar o del dormitorio. En muchas sociedades, los niños y los adultos no reciben educación sexual. Se argumenta frecuentemente que la educación sexual empuja a los jóvenes a iniciarse en el sexo a una edad temprana. Sin embargo, las investigaciones sobre educación sexual en el mundo confirman todo lo contrario (Chaparro, 1998).

La desinformación en materia de salud, es la mejor aliada de la enfermedad. Si de SIDA se trata, no estar al tanto de las vías de transmisiones una de las ignorancias más frecuentes. Desconocer cómo opera el virus y cómo puede dársele batalla, es una de las lagunas culturales más habituales de los colombianos.

El conocimiento que el enfermo deberá tener de temas como antivirales, nutrición, infecciones oportunistas, recuento celular, transcriptasa reversa, inhibidor de la proteácea, terapias alternativas por nombrar algunos - formará parte de su terapia y de su bagaje de conocimientos que le permitirán no sólo entender qué le está pasando, sino también le dará la posibilidad de elegir. En efecto, el paciente deberá intervenir activamente, a través de sus conocimientos, en el diseño de una terapéutica en la cual pueda creer. Para eso, necesita información. Tendrá que saber qué debe comer y qué debe evitar; cómo prevenir y reaccionar ante una enfermedad oportunista. Para eso, también necesita información. (Soto, 2003)

Está comprobado que la contención psíquica y el apoyo afectivo de los familiares y amigos del enfermo actúan de manera importante en el resultado de los tratamientos. Del mismo modo, las condiciones socio – económicas de los pacientes tienen fuerte incidencia en el desarrollo de la enfermedad.. Hay algo que es claro: los virus se refuerzan cuando hay miseria o angustia."

El trabajo eficaz con respecto al SIDA depende, del entorno social y político, y de que sólo es posible en lugares donde se acepte la diversidad de comportamientos y valores, y donde exista la posibilidad de una verdadera organización comunitaria y de un apoyo gubernamental frente a la acción de grupos o manejo de programas.

La transmisión por VIH, al igual que muchos problemas de salud es producto de muchos factores que operan a múltiples niveles. El comportamiento personal, las relaciones familiares y con amigos, la cultura de la comunidad, el acceso a cuidados médicos y las leyes locales tienen efectos sobre las tasas de infección por VIH. Para obtener beneficios en la prevención del SIDA es necesario entonces que los programas traten el factor de riesgo en todo nivel: individual, familiar, parejas o amigos, comunitario, médico y legal (Soto, 2003)

Por último, hay que destacar que el SIDA no es una enfermedad que se limite a un contexto en particular, una clase social o grupo étnico. Por lo tanto, teniendo en cuenta las implicaciones que tiene esta enfermedad sobre la persona es necesario que las acciones estén dirigidas en mejorar la calidad de vida de la comunidad seropositiva, a través de tres líneas fundamentales: primero, capacitación y entrenamiento para aprender a vivir con el VIH/SIDA; segundo, servicio de apoyo emocional y social, consejería familiar y psicología, asesoría social y nutricional y por último, promoción y formación de Grupos de Ayuda Mutua (GAM), pues comprenden que estar juntos y organizados es la mejor arma.

Este proyecto permitirá a nivel social que las personas reconozcan las dimensiones del impacto que el VIH/SIDA tiene en el mundo y en su región. Así mismo, les permitirá comprender que su carácter crónico no exime a quien es portador del virus o a quien ha desarrollado el SIDA de tener un pronóstico alentador. Igualmente, permite que se de un paso para comenzar a romper toda esa serie de prejuicios y discriminaciones con respecto a esta población tanto en el ámbito social, laboral, y familiar. Además, es importante que la persona con VIH/SIDA aprenda a vivir con la enfermedad y que posea las estrategias adecuadas para enfrentar las situaciones propias del curso de ésta y de la estigmatización.

La ciudad de Cartagena, así como muchas otras en Colombia, carece de programas especializados en el manejo de los aspectos psicológicos asociados a esta enfermedad, promoviendo así el mantenimiento del estigma que se ha generado a

partir de ella. Así mismo, a partir de este proyecto se espera que otros profesionales de la salud se interesen en la investigación y desarrollo de estrategias eficaces que permitan que estas personas no sean más olvidadas sino apoyadas durante el proceso de su enfermedad.

Introducción

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es una enfermedad resultante de la infección causada por el VIH, caracterizada por el quebrantamiento de las defensas inmunológicas del cuerpo, lo que finalmente lleva a una vulnerabilidad ante las infecciones oportunistas y la muerte. (Masters, 1997).

El VIH se transmite principalmente por tres vías: contacto sexual, transmisión sanguínea (compartir una aguja hipodérmica, o mediante transfusiones de sangre infectadas), y por vía prenatal, de la madre infectada al hijo. El coito anal tanto si es homosexual o heterosexual, es el contacto sexual mas peligroso, pero el coito vaginal y sexo bucogenital también puede transmitir el VIH mas no se trasmite por contacto social (estrechar la mano de una persona infectada), ni a través de los mosquitos.

Las relaciones sexuales completamente seguras solo son posibles en un reducido número de circunstancias, como la abstinencia, restringir el contacto sexual solamente a actividades que no impliquen el intercambio de fluidos corporales, o las relaciones monógamas mutuas en el contexto de una relación entre dos personas no infectadas. No obstante, el uso constante y correcto de preservativos reduce el riesgo de transmisión de VIH durante la actividad sexual. Limitar el número de parejas sexuales reduce también de manera práctica el riesgo de infección (Romo, 1997).

La infección del VIH puede ser detectada a través de determinados análisis de sangre. Las más frecuentes son: la prueba ELISA y WESTERN BLOT. Mediante la utilización de ambas pruebas combinadas los casos falsos positivos son ahora muy poco frecuentes.

Una vez infectada la persona, el virus pasa por diferentes etapas la primera es la infección inicial que pasa con frecuencia completamente inadvertida, esto es generalmente seguido por un estado de portador asintomático en el que la persona se siente sana pero es portadora del VIH y capaz de infectar a otros. La etapa siguiente

de enfermedad es la infección sintomática del VIH en la que la destrucción del sistema inmunológico comienza a manifestarse mediante infecciones molestas. La última etapa es la infección del VIH es la SIDA plenamente declarada, la cual puede ir acompañada del sarcoma de Kaposi. (Masters, 1997).

A pesar de que la infección del VIH y el SIDA no son curables, si son tratables. La AZT (también conocida como zidovudina) prolonga la vida de los enfermos de SIDA y retrasa la progresión hasta la etapa del SIDA en las personas infectadas por el VIH. Existen otras sustancias que resultan eficaces en el tratamiento de las infecciones oportunistas que atacan a las personas enfermas de SIDA, y en la actualidad se combina distintas drogas antiretrovirales llamadas comúnmente “COCTEL”, con el fin de obtener resultados más óptimos con los pacientes. No solo es suficiente el tratamiento médico con estos pacientes sino también un tratamiento psicológico que le permita a este, manejar sus emociones y sentimientos así como también de la familia, debido al impacto que la enfermedad genera en el momento que se le da el diagnóstico a la persona. (Masters, 1997).

Partiendo de la información expresada anteriormente los temas que se tratarán en este proyecto es:

- Que es el SIDA.
- Origen del VIH.
- Biología.
- Sexo.
- Nutrición.
- Como se transmite.
- Transmisión de madre-hijo.
- Epidemiología.
- Pruebas diagnósticas.
- Etapa de la infección.
- Tratamiento.
- Aspectos Psicológicos del paciente.

Empresa Outsourcing de Orientación y Apoyo Psicológico a personas con VIH/SIDA y sus familiares.

La más reciente y atemorizadora enfermedad de transmisión sexual, descubierta hasta hoy, fue documentada por primera vez en 1981. Conocida como SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) esta devastadora enfermedad es el resultado de la infección de inmunodeficiencia humana VIH. (Masters, 1997).

Los datos suministrados por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), indican que a comienzos de 1998, había más de 30 millones de personas infectadas por el VIH, y que 11.7 millones de personas en el mundo habían ya fallecido por esta enfermedad. En la actualidad, si bien uno de cada 100 adultos perteneciente al grupo de la edad sexualmente más activa (15-45 años) ésta viviendo con VIH, Tan sólo una ínfima parte de ellos saben que están infectados. En algunos lugares el VIH ha duplicado la tasa de mortalidad de adultos, y en muchos otros es la principal causas de mortalidad de adultos. Efectivamente el SIDA se encuentra entre las 19 primeras causas de defunción en todo el mundo. (Informe de ONUSIDA, 2000).

Aunque en el momento actual no existe certeza de cómo se originó el virus del SIDA, se cree que ha habido tres fases. La primera fase comenzó en África central. Una posibilidad es que un virus ligeramente diferente al del SIDA que infectó en primer lugar a las colonias de monos de las zonas, se propagaba subsecuentemente a los seres humanos. Es probable que los diferentes tipos del VIH, como las sepas del virus del SIDA que infectaron a los monos desciendan de un ancestro vírico común (Cohen, Sande y Volberding, 1.990). Cualquiera que haya sido el inicio, un estudio de investigación realizado con muestras de sangre congeladas, en el año de 1.959, halló pruebas de que el virus existía en África central (Nahmia y otros, 1.986). Desde allí, el VIH/SIDA, podría ser transportado por el océano Atlántico por los haitianos

que visitaron África central o vivieron allá. Desde Haití, el sida pudo propagarse a los E. U por dos rutas: los inmigrantes haitianos y los homosexuales estadounidenses que viajaban constantemente a Haití. Partiendo de esto, en los E. U. algunos médicos epidemiólogos junto con la comunidad homosexual habían reconocido una enfermedad denominada "el cáncer o peste de los homosexuales", la cual corresponde a la segunda fase. Y por último, la tercera fase ocurre ahora en las personas con mala situación socio-económica en países desarrollados y en los países en vía de desarrollo el sudeste asiático, Sudamérica y el caribe, donde la transmisión es mediante conductas heterosexuales, homosexuales y de uso de drogas (Montañés, 2002)

El agente del sida fue descubierto por eminentes investigadores: el norteamericano Robert C. Gallo y el francés Montagnier, del Instituto Pasteur de París en el año de 1983. Este último, según resultado obtenido al examinar un enfermo de sida, identificó un virus que, en su opinión, era el causante de la enfermedad. En ese entonces, sin embargo, muy pocos científicos le creyeron y, ante la falta de recursos para seguir estudiando el virus, el doctor Montagnier congeló las muestras.

Por su parte, en 1984, el doctor Robert Gallo, del Instituto Nacional de Cáncer de los E. U, aisló un virus que para él era el causante del SIDA. Los dos científicos tenían razón, pero el hecho es que aún actualmente (2003), continúa la batalla legal por los derechos sobre el descubrimiento (Chaparro, 1998).

Con el transcurrir del tiempo, el nuevo agente patógeno fue denominado virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el cual ataca especialmente a los linfocitos T4 (una de las células que juega un papel importante en nuestro sistema de defensa). El comienzo de la infección VIH, se caracteriza, precisamente, por una disminución de células T4, coincidente con la replicación explosiva del VIH. Una vez contrarestando la viremia resultante, se recupera un tanto las células T4, aunque siempre alcanza menor cantidad que la habida en su estado previo. Es el momento en que comienza el deterioro de los sistemas inmunológico y nervioso, el llamado SIDA explosivo, el cual significa: síndrome (conjunto de síntomas que caracterizan una enfermedad); inmuno (relacionado con el sistema de defensa de nuestro cuerpo contra las

enfermedades); deficiencia (indica que el sistema de defensa no funciona correctamente); Adquirida (no hereditaria, sino adquirida en vida) (Masters, 1997)

Una vez en el interior del organismo, el virus ataca de una forma selectiva a dos tipos de células sanguíneas, las células T auxiliares y los macrófagos: las células T auxiliares, son las coordinadoras claves del sistema inmunológico, envían señales químicas que estimulan la producción de anticuerpos y controlan una gran parte del desarrollo de otros tipos de células que componen este sistema; los macrófagos, por otra parte, recorren el torrente sanguíneo como exploradores con dos misiones primordiales: detectar, capturar sustancias invasoras y sacarlas de la circulación sanguínea. Dado que literalmente devoran a los intrusos, los macrófagos están clasificados dentro de un grupo de células conocidas como fagositos, palabra derivada del griego “PHAGHEIN”, comer. Los macrófagos no solo buscan a los microbios invasores y los envuelven, sino que envían una señal de alarma al resto del sistema inmunológico mediante la secreción de unas proteínas mensajeras llamadas LYMPHOKINES o linfoquinas. Tras adherirse a la superficie interior de la célula T auxiliar mediante un proceso bioquímico, que se parece mucho a la forma en que una llave encaja en la cerradura, el VIH inyecta su núcleo en el interior de la célula y establece así una infección permanente (el núcleo del VIH, consiste en dos espirales de ARN (ácido ribonucleico) así como en un conjunto estructural de proteínas y enzimas que son importantes para los pasos siguientes del ciclo vital del virus). Una vez que esto ha tenido lugar, el virus copia su información genética del ADN de la célula huésped, convirtiéndose realmente en una parte de la estructura genética de esa célula. De esta forma, puede permanecer escondido o inactivo durante muchos años (Rdefield y Burke, 1.988); sin embargo, si el sistema inmunológico se ve activado como respuesta a otro invasor, las células T auxiliares infectadas proliferan, produciendo grandes cantidades de nuevas partículas del VIH, que son luego liberadas por las células, estos nuevos virus no solamente atacan a otras células T, sino a otras células del sistema inmunológico y del cerebro (Masters, 1997).

Por lo expuesto anteriormente cabe resaltar la importancia de conocer como se tramite el VIH/SIDA. Esta se trasmite de una persona a otra, a través de la sangre,

los tejidos, el moco vaginal, el semen o cualquier otro líquido contaminado con sangre de la siguiente forma: por contacto sexual vaginal o anal con una persona infectada (el sexo oral como particularmente si el semen llega a la boca. Corren especial peligro que tienen relaciones sexuales con varias parejas; por transfusión de sangre infectada con el virus, o por derivados plásmicos contaminados; por el contacto de heridas, por material usado que no ha sido óptimamente esterilizado como cuchillas de afeitar, equipos para perforar orejas o para hacer tatuajes, o agujas de acupuntura; equipo odontológico. Corren especial peligro aquellas personas que abusan de las drogas intravenosas, más cuando se comparten agujas hipodérmicas contaminadas; por transplantes de órganos infectados por el virus; también se transmite de una madre infectada al feto, por medio de la placenta. El virus de SIDA se encuentra en escasa cantidad, en la leche materna, en la saliva, las lágrimas; razón por la cual cualquier contacto con dichas secreciones (lactancia o besos) no es causa de infección, así como tampoco por los alimentos, el agua, el aire, el compartir vajillas o utensilios de cocina, toser, estornudar, o escupir, por contactos ocasionales que se tienen al convivir o trabajar con otras personas, al darles la mano, correr con ellas, por picaduras de insectos, por el uso compartido de sanitarios, lavamanos, tinas, baños o piscinas entre otros (Parra, 1998).

De acuerdo con estos mismos autores, el periodo de incubación de la enfermedad fluctúa de unos meses a varios años, durante este periodo no se presentan síntomas ni señales que indiquen que la persona está infectada. Por lo tanto, a estas personas infectadas por el VIH y que están asintomáticas, se les denomina portadores y juegan un papel importante en la propagación de la enfermedad, pues a veces no saben que portan el virus o aun sabiéndolo, tienen relaciones sexuales sin preservativo, donan sangre o emiten otros comportamientos de riesgo.

Sin embargo, a medida que pasa el tiempo la persona comienza a tener síntomas como fiebre con o sin causa aparente, aumento de la sudoración nocturna, debilidad permanente, pérdida progresiva del peso, diarrea prolongada, presencia de ganglios en el cuello y axila, presencia de neumonías graves, trastornos neurológicos

como alteraciones visuales, meningitis y encefalitis (inflamación del cerebro), trastornos psiquiátricos como psicosis y depresión (Parra, 1998).

Para la detección de la infección por VIH, existen varios tipos de análisis sanguíneos, el más frecuentemente utilizado es el denominado ELISA (enzyme-linked immunoabsorbent assay) se denomina pruebas serológicas a las realizadas sobre el suero, uno de los componentes de la sangre, para detectar anticuerpos. De este modo existen análisis serológicos para detectar distintos tipos de enfermedades: hepatitis B, sífilis, chagas, toxoplasmosis y VIH. Habitualmente se usa la expresión "seropositivo" como sinónimo de VIH positivos, pero ambos términos no significan lo mismo: la persona VIH positiva es seropositiva para el VIH.

La primera prueba que suele hacerse para detectar la presencia del virus es conocida como ELISA - Enzyme Linked Immuno-sorbent Assay (prueba de inmunoenzimática)-. Existen otras similares pero esta es la más frecuente. Esta prueba, como toda prueba serológica no reconoce el virus, sino los anticuerpos generados por el organismo para defenderse de él. Es decir, si hay anticuerpos, hay virus.

Toda prueba diagnóstica posee dos características: la sensibilidad y la especificidad. La primera se refiere a la capacidad de detectar la presencia de determinada sustancia; la segunda se refiere a la capacidad de excluir toda sustancia que no sea la efectivamente buscada. (Soto, 2003).

ELISA es una prueba muy sensible, ya que ante la mínima presencia de anticuerpos del virus, e incluso elementos similares, dará un resultado positivo. Si el estudio da negativo es porque efectivamente el virus no está presente. La alta sensibilidad de esta prueba puede dar como resultado "falso positivo" ante anticuerpos similares, lo que obliga a realizar una prueba confirmatoria. A las personas con resultado positivo, se les realiza una segunda prueba, más específica y menos sensible, para confirmar la presencia de anticuerpo de VIH y eliminar del grupo de los "positivos" a las personas que no están infectadas por el virus.. La más frecuente es la Western-blot. (Prueba occidental de la mancha). Pues de hecho,

cuando ambas se usan de manera combinada, la exactitud de la prueba de los anticuerpos del VIH es mucho mejor pero aún así, no es perfectamente preciso

Hay un período que se denomina "período ventana" y se utiliza para dar cuenta del tramo inicial de la infección durante el cual los anticuerpos generados por el organismo no son detectados por las pruebas serológicas habituales. Es necesaria una determinada cantidad de anticuerpos para que las pruebas puedan detectarlos. Este período se extiende desde el ingreso del virus al organismo hasta el momento en que este genera el número de anticuerpos necesario para ser captados por las pruebas de laboratorio. Puede durar tres meses, o más. Por esta razón es aconsejable reiterar las pruebas cada tres meses a lo largo de un año.

Durante el "período ventana" las personas infectadas son seronegativas ya que el resultado de los estudios es negativo. Pero más allá de que no se detecten los anticuerpos en sangre, el período ventana es un período de alta contagiosidad durante el cual el virus se está multiplicando de manera muy rápida. (Soto, 2003).

Por este motivo, es necesario hacer hincapié en que un resultado positivo confirmado, es un motivo de inquietud y debe ser seguido por una evaluación médica exhaustiva. Además, todas las personas que tienen anticuerpos del VIH, tanto si son asintomáticas como si están enfermas, deben ser consideradas potencialmente infecciosas para los demás (Consensos conferencia, 1986).

Así mismo, es importante comprender que el hallazgo de anticuerpos del VIH en la sangre de una persona no significa, de por sí que esa persona tenga SIDA. El diagnóstico de SIDA se hace cuando una enfermedad grave como la neumonía *Pneumocystis Carinii* o el Sarcoma de Kaposi, que denotan una deficiencia subyacente del sistema inmunológico, aparecen en ausencia de otras condiciones conocidas como factores de riesgo para estas enfermedades. El SIDA también puede ser diagnosticado si una persona da un resultado positivo de la prueba de anticuerpos, presenta muestras de inhibición del sistema inmunitario (como por ejemplo recuentos bajos de células

T), y al menos una de las enfermedades de la lista de infecciones menores asociadas con el SIDA, está presente. (Romo, 1997).

Adicionalmente, es importante considerar la totalidad del espectro de la enfermedad por el VIH en lugar de centrarse simplemente en el SIDA, dado que el VIH es un virus de acción lenta. Las personas que se infecten hoy, podrían no presentar síntoma alguno durante 10 años o más, aunque a veces enferman en un periodo de tiempo más breve. A pesar de esta variabilidad, está claro que la enfermedad del VIH es una enfermedad crónica y progresiva (Cohen, Sande y Volberding, 1.990). Luego, el conocimiento de la clasificación de la enfermedad, que se explica a continuación, puede ayudar tanto a comprender a la gente con VIH, como a saber qué hacer para evitar dicha infección.(Romo, 1997).

Grupo 1: Hace referencia a la enfermedad primaria, expresa la sintomatología que se produce a consecuencia de la respuesta del organismo a la replica inicial del VIH, tras un periodo de incubación de tres a seis semanas, a partir del momento en que el virus entra por primera vez a éste. Se caracteriza por un cuadro febril de tipo gripal con cefalea, diarrea, dolores abdominales, músculo articulares y faringitis, que dura cerca de tres semanas; en esta etapa, la demostración de anticuerpos es a menudo, negativa, pero suele ser posible demostrar el antígeno.

Grupo 2: Desaparecidas las manifestaciones primarias, independientemente de la presencia de anticuerpos contra HIV, el individuo infectado pasa a la etapa asintomático de la infección, en la cual, se recalca, infecta a los demás. En este estado permanece por tiempo indefinido hasta el umbral clínico.

Grupo 3: La linfadenopatía generalizada persistente en más de dos grupos ganglionares, excluyendo los inguinales y en ausencia de otra causa, es la característica de esta etapa. Los ganglios deben ser palpables, de un centímetro o más de un diámetro y, con el tiempo pueden desaparecer o no.

Grupo 4: En este grupo se incluyen pacientes con síntomas y signos de enfermedad causados por el propio VIH, por otros agentes infecciosos oportunistas o no, neoplasias, relacionadas con al sistema linfoide y sarcoma de Kaposi o bien, por la combinación de estos entre si. Según Romo y Salido (1.997), este grupo se divide en

5 subgrupos de la A ala E dependiendo de las infecciones y neoplasias que se indiquen de manera positiva como sigue:

IVA: Emaciación con pérdida de peso de más del 10 % del total, con uno o más de los datos siguientes: fiebre persistente (más de un mes), diarrea crónica (más de un mes) en ausencia de enfermedad o infección fuera del VIH que la explique.

IVB: Enfermedad neurológica caracterizado por demencias, mielopatias o neuropatías periféricas, en ausencia de enfermedad o infección fuera del VIH que las explique.

IVC1: Pacientes con síntomas o invasión causados por uno o más de los siguientes agentes patógenos: P. carinii, cryptosporidium, T. gondii, strongiloidosis extraintestinal, isospora belli, candidiasis (esofágica, bronquial o pulmonar), cryptococosis, histoplasmosis, infecciones por microbacterias atípicas (complejo avium o kansasii) citomegalovirus diseminado, herpes simple mucocutáneo crónico o diseminado y leucoencefalopatía multifocal progresiva.

IVC2: Pacientes con síntomas o invasión causada por uno o más de los siguientes cuadros clínicos: leucoplasia vellosa vocal, herpes zoster de más de un dermatoma, bacteriemia recurrente por salmonella, nocardiosis, tuberculosis extrapulmonar o candidiasis bucal., siendo este último un marcador importante de inmunodeficiencia, pero como dato aislado no basta para clasificar al paciente dentro de este grupo.

IVD: Neoplasias relacionadas con el VIH diagnosticadas mediante histopatología, sarcoma de Kaposi, linfoma no Hodgkin indiferenciado de células pequeñas y núcleo no hendido, sarcoma inmunoblástico o linfoma primario de cerebro.

IVE: Otros diagnósticos, no incluidos antes, de enfermedades relacionadas con la inmunodeficiencia adquirida.

Por otra parte, la prevención de esta enfermedad es de vital importancia; para ello, de acuerdo con Parra (1998), es necesario tomar en cuenta las consideraciones que se mencionan a continuación.

Para la transmisión por vía sexual hay que limitar el número de compañeros sexuales; evitar las relaciones sexuales con personas que tienen muchos compañeros

sexuales; usar condones (preservativos o profilácticos) en el acto sexual ocasional; después de cualquier relación ocasional hacer lavado genital con agua y jabón.

Para evitar la transmisión por contacto con sangre hay que exigir que la sangre de una transfusión haya sido debidamente examinada con la prueba del SIDA; exigir que cualquier inyección se aplique con jeringa y aguja desechables, en casos extremos, cuando no es posible reemplazar los elementos, se debe buscar la forma de lograr una óptima esterilización de los mismos; evitar el uso de prácticas en las que intervengan elementos cortantes y punzantes tales como cuchillos y agujas; si se sospecha de contagio a través de una herida, lavarla con abundante agua y jabón; usar siempre guantes en caso de realizar cualquier curación o manipular objetos con sangre, vómito o semen. Así mismo, para evitar la transmisión por transplante hay que exigir que el órgano transplantado se haya examinado debidamente para confirmar que no está infectado por el VIH.

Con respecto a cómo hacer para controlar el riesgo de transmisión madre-feto, es necesario evitar que la madre infectada o con alto riesgo de infección quede embarazada, debido a que el VIH se puede transmitir de una mujer VIH positiva a su hijo o durante el embarazo, o durante el parto y el nacimiento, así como también por la lactancia.

En la mayoría de los casos, se cree que el VIH se trasmite durante las últimas semanas del embarazo o durante el parto; un bebé tiene más probabilidades de contraer el VIH si su madre tiene la infección en estado avanzado o ha desarrollado SIDA; si la carga viral de la madre es alta y el recuento de CD4 es bajo; si rompe aguas al menos cuatro horas antes del parto; si tiene un parto vaginal; si el parto es complicado y requiere de episiotomía; si tiene una infección vaginal; si consume drogas durante el embarazo; o si amamanta al bebé. También se incrementa el riesgo de transmisión si la madre queda infectada por el VIH durante el embarazo.

El riesgo de infección se ve incrementado aproximadamente de uno a tres si la madre amamanta a su hijo, por lo que se recomienda evitar dar al niño la leche materna y sustituirla por biberones con leches formuladas (Keith, 2003).

Se ha mostrado que el fármaco antirretroviral AZT reduce el riesgo de transmisión. En un estudio, se dio pastillas de AZT a mujeres embarazadas durante los últimos seis meses de embarazo y AZT intravenoso durante el parto y el nacimiento, mas AZT en jarabe para sus bebés durante las primeras seis semanas después del nacimiento. También se les aconsejó que no amamantaran a sus hijos. Estas mujeres tuvieron mucho menos probabilidades de transmitir el VIH a sus bebés que las mujeres que no tomaron AZT. El uso de AZT durante el embarazo a reducido la tasa de transmisión a niveles más bajos en el Reino Unido, así como a algunos lugares de Europa y los Estados Unidos.

Los estudios en países con pocos recursos mostraron que, incluso si se empieza a tomar AZT en un estado avanzado del embarazo, o más o menos en un momento cercano al parto, este aún podía reducir casi a la mitad el riesgo de transmisión.

Usar el AZT como monoterapia es un tratamiento inadecuado para la mujer misma y podría limitar sus futuras opciones de tratamiento si desarrolla resistencias al fármaco. No obstante, los estudios sugieren que esto no ocurre con frecuencia cuando el AZT se usa solo durante el embarazo.

Ensayos más recientes realizados en África han encontrado que, suministrando una única dosis de nevirapina a la madre en el parto y otra dosis única al bebé después del nacimiento se puede reducir sensiblemente las posibilidades de que la madre transmita el VIH a su bebé. Sin embargo, hay cierta preocupación acerca de la posible aparición de resistencia a este medicamento, por lo que si una mujer está recibiendo TARGA, no se le debería dar una dosis única de nevirapina.

El riesgo de transmisión se reduce si el bebé nace por medio de un parto por cesárea que por parto vaginal. Este procedimiento se denomina cesárea electiva y se programa para la semana 38 del embarazo o bien se prepara antes si el parto se adelanta. Por lo tanto es importante que la mujer embarazada esté informada todo lo referente a su estado y así reducir los índices de infectados por el VIH/SIDA (Keith, 2003).

La importancia de prevenir, controlar y en términos generales, evitar la infección por VIH, no redundará únicamente sobre los aspectos biológicos del individuo sino que también implica un impacto significativo sobre los aspectos sociales, emocionales y conductuales del mismo, lo que significa un evidente deterioro de su calidad de vida. De hecho, en relación con lo anterior, el impacto de la epidemia del VIH en la sociedad colombiana, así como en el mundo, ha venido provocando efectos negativos como es el hecho de que el comportamiento epidemiológico de esta entidad clínica sea una excusa hecha a la medida para sus intensos prejuicios contra los homosexuales, particularmente entre los desinformados que creen por ejemplo, que estrecharle la mano a uno de ellos puede transmitirles la infección. Algunas personas han llegado a sugerir que todos los infectados con el VIH deberían ser puestos en cuarentena, concepto que no solamente es inhumano, sino económicamente imposible ya que requeriría un aislamiento forzado durante un periodo de muchos años y además los índices de personas infectadas se ha proliferado en los últimos años. Otros se muestran indiferentes hacia esta tremenda crisis de la salud pública. Afortunadamente, la conciencia de la sociedad y la sensibilización respecto a la epidemia han aumentado considerablemente en los últimos años a causa de un conjunto de pequeños pasos que han conseguido humanizar y desmitificar esta epidemia (Masters, 1997).

En la comunidad homosexual masculina, que ha sido claramente la más directamente afectada durante la primera década de la epidemia del VIH, el miedo y la consternación iniciales cedieron paso rápidamente a los esfuerzos educativos muy bien organizados y combinados con el cuidado compasivo de las personas con SIDA (The New York Times, 13 de octubre 1985). Lo cierto es que la comunidad, en la actualidad más vulnerable son los heterosexuales, en el caso de éstos, la inquietud respecto al SIDA va aumentando a medida que la gente va reconociendo que no solo es una enfermedad de homosexuales sino que todos estamos en riesgo de desarrollarla y de experimentar sus efectos a nivel biológico y psicológico.

En relación con el aspecto emocional, algunas de las reacciones típicas vividas por el individuo infectado son el llanto histérico, la inhibición emocional, la

tensión, la pérdida de esperanza, el pánico, el temor a la muerte, la realización de preguntas tales como ¿me ha indicado la prueba cuánto tiempo me queda de vida? Igualmente, algunos pacientes intentan salir corriendo del consultorio, otros dicen que estaban preparados para eso y tienen un plan de acción o tratamiento, otros pueden ponerse de mal humor consigo mismos y con los demás, ignorar las recomendaciones médicas, tener sensación de falta de control, y depresión; en general, la mayoría de los pacientes tienen reacciones irracionales

Los anteriores, son mecanismos de defensa perfectamente normales, que pueden inicialmente amortiguar el impacto provocado por un diagnóstico semejante. De hecho, en la semanas o meses posteriores al diagnóstico, esta reacción inicial pasa generalmente por la culpabilidad, la tristeza y la resignación frente al propio destino; una especie de triste aceptación de la realidad. Sin embargo, y por supuesto, las personas reaccionan de maneras muy distintas (Masters, 1997).

Por lo general, a los que se le diagnostica una infección por VIH o la enfermedad del SIDA suelen ser jóvenes que normalmente están sanos, por lo que no se haya en lo absoluto preparado para enfrentarse con una enfermedad de pronóstico muy grave. Como si eso fuera poco, aquellos que están infectados tienen que enfrentarse con una sociedad hostil, asustada y llena de prejuicios. Muchos se ven aislados en el lugar de trabajo, rechazados por sus familias y amigos y acaban en una situación de aislamiento social (Volberding, 1.985).

Por tal motivo es probable que las personas con VIH presenten problemas de salud mental que son comunes en pacientes con cáncer o enfermedades terminales, aunque en el caso de enfermos de SIDA, se dan con una mayor frecuencia una serie de problemas psicológicos que los que ocurren en otras enfermedades de pronóstico similar. El que aparezcan estos trastornos puede deberse entre otras causas: al impacto social que produce esta enfermedad; a que se dé esta patología en personas tan jóvenes; a la gran vulnerabilidad psicológica de estas personas, así como a la posible afectación del sistema nervioso central, etc. (Gómez, 2003).

Por otra parte, la atención que prestan los medios de comunicación a esta epidemia, la ansiedad que produce y los miedos hipocondríacos respecto a su posible contagio, hace que muchas personas acudan a la consulta del psiquiatra, aunque sólo sea con el motivo de esclarecer su caso.

Y en cuanto a la patología psiquiátrica hay que señalar: En primer lugar son muy frecuentes los cuadros severos de angustia y depresión. Los cuadros depresivos de moderada intensidad pueden aparecer en cualquier momento en el curso de la infección por VIH, pero son más severos, sobre todo, cuando se notifica al enfermo su seropositividad. No es extraño que en ese momento haya un gran riesgo de suicidio.

Este elevado riesgo de suicidio, en este momento, es bastante mayor que el que aparece en la población en general. Así, Marzuc y colaboradores, examinando las muertes acaecidas en New York a mediados de los años ochenta, encontraron que el riesgo de suicidio entre varones con VIH era 35% mayor que el de la población en general.

La ideación suicida puede ser manifestación de una enfermedad depresiva, pero también puede ser expresión del deseo del paciente de tener el control último sobre su vida, cuando los síntomas se vuelven intolerables. Es lo que se ha dado en denominar "suicidio racional" como entidad distinta a la acción suicida llevada a cabo en el contexto de un intenso distrés emocional, una depresión o de un delirio orgánico.

Este concepto es muy cuestionado ante el convencimiento por muchos clínicos de que ningún suicidio es "racional". En la literatura científica, respecto a los pacientes terminales, que han llegado a cometer suicidio, se ha podido demostrar como la mayoría de ellos presentaban una depresión clínica o una alteración en sus funciones cognitivas, que les impedía tomar decisiones adecuadamente (Gómez, 2002).

Es frecuente también encontrarse con síndromes maníacos que pueden ser secundarios al trastorno del sistema nervioso central. Es decir, secundarios a trastornos cerebrales orgánicos, posiblemente por la infección del VIH de las zonas subcorticales del cerebro que intervienen en la regulación de los estados afectivos, y que, a su vez, provocan oscilaciones en el estado de ánimo junto a un deterioro cognoscitivo.

Otros trastornos psiquiátricos de aparición frecuente en estos pacientes lo constituyen los cuadros psicóticos con clínica alucinatoria (visual o auditiva) y a veces delirios de contenido persecutorio o de grandeza. Estos trastornos pueden ocurrir en el contexto de un deterioro cognitivo o pueden constituir la única manifestación psicopatológica.

La clasificación diagnóstica de los cuadros psicóticos de aparición en estos pacientes plantea diversos problemas. Muchos de ellos estarían dentro de las categorías del DSM-III. R y del CIE-10 como trastornos mentales orgánicos. (Gómez, 2002).

Se requiere un abordaje multidisciplinario, en el que el psiquiatra forme parte del equipo terapéutico, para lo cual debe estar familiarizado con la evolución y el tratamiento psicoterapéutico, conductual y psicofármaco lógico de pacientes con complicaciones médicas. En la práctica clínica, es cada día más frecuente la administración de psicofármacos a este tipo de pacientes: neurolépticos, antidepresivos, benzodiazepinas, etc.

Junto a los avances en el tratamiento médico de la infección por VIH, se ha hecho evidente la importancia que tienen los aspectos psicoterapéuticos como elemento central en la asistencia sanitaria de tales pacientes. Quizá es en esta enfermedad, más que ninguna otra de la historia reciente, donde se ha visto la gran relación que existe entre los síntomas físicos y psicológicos.

En este marco ha cobrado gran importancia técnica lo que en el mundo anglosajón se ha denominado "counselling", término que hace referencia a los procedimientos psicoeducativos y psicoterapéuticos que deben utilizarse para el manejo de estos casos.

La OMS recomienda una serie de medidas a tener en cuenta cuando se trata de actuar con enfermos de SIDA, aunque las técnicas a seguir con estos enfermos son en general muy sencillas y estandarizadas.

Se recomienda que los agentes de salud que se dedican a esta tarea tengan un adiestramiento especial. No basta la buena voluntad. Es necesario estar preparado para saber lo siguiente: a) Los temas que deben abordarse; b) Los planteamientos que deben hacerse a tales enfermos, dada la situación psicológica especial que atraviesen una vez detectada la enfermedad.; c) Tratar de modificar sus hábitos de conducta. (Gómez, 2002).

Las intervenciones psicoterapéuticas son cada vez más necesarias en el manejo del paciente seropositivo, aunque esté asintomático: En definitiva, alrededor del SIDA se suscitan muchas reacciones cargadas de afectividad que es necesario ir controlando; y el comprender la complejidad de las reacciones emocionales que despierta el SIDA, prever sus consecuencias y tratar de ir creando en los enfermos un deseo de asumir su enfermedad, es una de las tareas primordiales del psicoterapeuta.

El objetivo general de estas intervenciones es el facilitar los mecanismos adaptativos para afrontar la enfermedad. Muchas de estas técnicas están especialmente orientadas a intentar resolver los conflictos que siempre están presentes en estos enfermos o en sus familiares.

Para poder llegar a asumir la enfermedad, el paciente necesita recibir un gran apoyo familiar. Si todo el mundo necesita cariño y atención, estas personas lo requieren más especialmente. También en la medida de lo posible, hay que tratar de

inculcarles valores que les permita sobrellevar mejor su situación, y cumplir las prescripciones terapéuticas. Hay que abordar también las nuevas circunstancias sociales y familiares que pueden presentarse. Y en la medida de lo posible, dada la complejidad de variaciones emocionales que aparecen en esta enfermedad del SIDA, hay que intentar que asuman valores que puedan dar sentido a su vida. Los grupos de autoayuda de pacientes o de familiares también han sido utilizados con éxito en este campo de la asistencia en salud mental (Gómez, 2002).

Así como el apoyo familiar y la aceptación de la enfermedad es de suma importancia para que el paciente tenga una estabilidad emocional, también el tratamiento médico cumple un papel primordial en el paciente con VIH/SIDA.

El común denominador de los tratamientos aplicados en la actualidad es la combinación de distintas drogas antiretrovirales, comúnmente llamada "cóctel". Estos "cócteles" reemplazaron a las terapias tradicionales de una sola droga, que sólo se mantienen en el caso de las embarazadas VIH positivas. Las diferentes drogas tienden a impedir la multiplicación del virus y, hacen más lento el proceso de deterioro del sistema inmunitario. El "cóctel" se compone de dos drogas inhibidoras de la transcriptasa reversa (las drogas: AZT, DDI, DDC, 3TC y D4T) y un inhibidor de otras enzimas, las proteásicas.

Al inhibir diferentes enzimas, las drogas intervienen en diferentes momentos del proceso de multiplicación del virus, impidiendo que dicho proceso llegue a término. La ventaja de la combinación reside, justamente, en que no se ataca al virus en un solo lugar, sino que se le dan "simultáneos y diferentes golpes". Los inhibidores de la transcriptasa inversa introducen una información genética "equivocada" o "incompleta" que hace imposible la multiplicación del virus y determina su muerte. Los inhibidores de las proteásicas actúan en células ya infectadas impidiendo el "ensamblaje" de las proteínas necesarias para la formación de nuevas partículas virales (Soto, 2003).

Los estudios de carga viral miden la cantidad de virus en la sangre (no los anticuerpos) y no constituyen pruebas eficaces para el diagnóstico de la enfermedad

sino que son útiles, en combinación con el recuento de linfocitos CD4, como indicadores de la evolución de los pacientes. En este momento existen tres métodos reconocidos para estudiar la carga viral (NABSA, BDNA, y PCR). Para comparar los resultados a lo largo del tiempo conviene utilizar siempre el mismo método. Los estudios de linfocitos CD4 como los de carga viral, deben realizarse estando el paciente sin ningún proceso infeccioso en curso, no habiendo recibido una vacuna durante el último mes, y en un estado psicológico no alterado, pues estas situaciones alteran sensiblemente el resultado de los análisis.

A partir del momento en que se detecta la infección, lo más importante es averiguar cuál es el estado inmunológico del paciente a través el recuento de linfocitos CD4 (indicadores de la capacidad de defensas del organismo) y de la cantidad de virus circulante en la sangre (lo que se denomina carga viral). La caída de linfocitos CD4 por debajo de un valor límite – que se ha fijado actualmente en 500/mm³ - marca un deterioro inmunológico que hace prever la aparición de las enfermedades oportunistas.

El análisis viral sirve entonces como un factor pronóstico que orienta sobre cuál debe ser el tratamiento específico y cuándo comenzarlo. El consenso mayoritario es comenzar el tratamiento cuando los linfocitos CD4 estén por debajo de las 500 células/mm³, y la carga viral entre 5.000 y 10.000 copias/ml, aunque no hayan aparecido aún síntomas menores (diarreas, fiebre inexplicable, candidiasis, herpes zoster) o las enfermedades oportunistas. (Soto, 2003)

Las razones por las cuales estas drogas no erradican totalmente el virus son de distinto tipo. Para multiplicarse el virus utiliza el sistema reproductivo de las células en que se introduce. Cabe ahora agregar que no todas las células tienen la misma velocidad de reproducción (algunas tardan horas; otras, semanas, y otras, como las neuronas, no se reproducen). Se establece entonces la siguiente cadena: 1) las drogas sólo pueden actuar cuando el virus se está multiplicando; 2) a su vez, el virus sólo puede multiplicarse cuando la célula se está reproduciendo y 3) por lo tanto, las

drogas podrán actuar en aquellas células que se estén reproduciendo y les será imposible entrar en aquellas que estén en período de latencia.

Existen órganos, como por ejemplo los que componen el sistema nervioso central o los testículos, conocidos como "santuarios" que poseen barreras naturales que hacen prácticamente imposible el ingreso de las drogas. El hecho de que en los cócteles se mantenga el AZT obedece a que es la única que actúa eficazmente en el sistema nervioso central adonde no llegan las drogas más modernas.

Las investigaciones han detectado varios "sitios blancos" en el ciclo evolutivo del virus que, en teoría e incluso en experimentos "in Vitro" - constituyen lugares clave en los cuales podrían actuar diferentes tipos de antiretrovirales. Sin embargo, sólo los inhibidores mencionados anteriormente que actúan en dos de esos sitios se encuentran probados efectivamente en el tratamiento de pacientes. (Soto, 2003)

En los últimos tres años y a partir del uso de las terapias múltiples, se redujo significativamente la mortalidad y la aparición de enfermedades oportunistas en enfermos de SIDA bajo tratamiento. No es posible dar una receta única de combinación de antiretrovirales ya que cada paciente es un caso particular en función de su historia clínica individual y de la sepa del virus con el cual se halla infectado. A medida que transcurre el tiempo, el virus muta y se hace resistente a determinadas drogas, por lo cual, estas dejan de ser efectivas para dicho paciente, aunque sean eficaces para otros.

Es importante asegurar la regularidad de las tomas de medicación en los tratamientos combinados actuales, pues la discontinuidad permite que el virus se haga resistente. A la continuidad suele verse afectada tanto por dificultades en la provisión de drogas como por el abandono temporal del tratamiento por parte del paciente: uno de los principales inconvenientes es que los cócteles implican tomar entre 10 y 15 pastillas diarias, en diferentes horarios y formas de ingesta.

El único caso que en se mantiene el tratamiento con una sola droga lo constituyen las embarazadas VIH positivas. En la Argentina la normativa vigente con relación al tratamiento de las mujeres embarazadas VIH positivas, y que además es similar a la de otros lugares del mundo, establece que las madres seropositivas deben recibir AZT a partir de la semana 14 del embarazo hasta el momento del parto (momento en que se les suministra por vía endovenosa), pues no están comprobados los efectos de la combinación de drogas sobre el bebe en gestación. Luego del parto, la madre puede retomar la terapia triple, y debe evitar el amamantamiento (siempre que existan alternativas alimentarias adecuadas). Por su parte, el recién nacido recibe AZT por seis semanas consecutivas. Con estas precauciones, la transmisión del virus de madre a hijo se reduce del 30% al 8%. (Soto, 2003)

En los últimos tiempos, y como consecuencia de las terapias antiretrovirales, se difundieron algunos conceptos erróneos como: a) "Negativización" o para referirse a las personas infectadas a quienes no se les detecta virus en la sangre mediante los estudios de carga viral. Un proceso de Negativización implicaría la desaparición de los anticuerpos detectados con las pruebas serológicas, no la disminución del virus en la sangre que es lo que mide la carga viral. No es cierto que por tener menor cantidad de virus desaparezcan los anticuerpos; mucho menos que se haya eliminado el virus del organismo; b) "Eliminación o erradicación del virus" o para referirse a las personas infectadas a quienes no se les detecta virus en sangre mediante los estudios de carga viral. La disminución de la cantidad de virus no implica la desaparición de la infección, sino su control relativo a partir del tratamiento. Esto quiere decir que se retrasa la aparición de las enfermedades que implican el SIDA, lo que efectivamente mejora la calidad y esperanza de vida de las personas portadores; c) "Cronificación de la enfermedad" o la esperanza en las investigaciones sobre nuevos tratamientos es la de transformar la enfermedad en crónica (Como otras, también incurables, pero que preservan la vida del paciente a través de terapias permanentes). Sin embargo, no hay que confundir la esperanza con algo ya conseguido. (Soto, 2003)

Vacunas En Estudio otras el congreso internacional realizado en Vancouver en 1996, con la participación de 15 mil expertos y miembros de organizaciones no gubernamentales de todo el mundo, el Dr. Montaner aporta su opinión en el marco de la polémica: "Dudo en la efectividad clínica de la vacuna GP120". Se refirió así al tipo de compuesto proteínico que estimula a las células defensivas y a la vez crea anticuerpos contra el virus.

Desde mediados de los 80 se trabajó sobre la GP120 en lo Estados Unidos, pero en 1994 el Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas, que tenía a su cargo la aprobación del presupuesto de investigación vetó el inicio de la última fase de ensayos clínicos en 10.000 voluntarios. Un diario de Chicago había publicado que cinco personas vacunadas en la primera fase presentaban el virus en la sangre. Algunos de los nuevos portadores eran drogadictos y aparentemente se habían infectado con agujas contaminadas. La negativa norteamericana tuvo el siguiente fundamento: "Las vacunas deben servir inclusive para prevenir el contagio en situaciones de 'algo riesgo'". Al margen del veto norteamericano, la Organización Mundial de la Salud abrió el camino para continuar los estudios de la GP120 en otros países. Tailandia y Uganda apuestan al ensayo clínico, con este compuesto producido por las compañías norteamericanas Genevax y Chiron

En la actualidad, se lleva a cabo el análisis de otro tipo de vacunas de las cuales se destacan: a) Basadas en el ADN, estos productos que se están investigando a nivel de laboratorio, consisten en "fragmentos virales", que al ser inyectados en el organismo pasan a formar parte de la maquinaria celular. Una vez incorporados, los fragmentos producen proteínas típicas del virus, que no son infectivas, porque no se trata del virus completo, sino de una parte, pero resultan suficientes como para activar el batallón inmunitario. (Soto, 2003)

De este modo, un individuo sano genera anticuerpos control el VIH y en caso de infectarse, su sistema inmunitario estará preparado de antemano para el ataque. Los laboratorios norteamericanos Merck y Apollon llevan realizados estudios en

monos "con buenos resultados" – según informaron - y la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) de los Estados Unidos ya dio luz verde para iniciar la primera etapa clínica en individuos sanos.

De origen combinado: La compañía francesa Pasteur-Merieux-Connaught está evaluando la efectividad de una combinación de GP120 y ALVAC (otro tipo de vacuna de ADN). Los resultados obtenidos hasta ahora son auspiciosos.

· Cepas Resistentes a Drogas: Tres equipos de investigación han encontrado pruebas de que cepas del VIH resistentes a las drogas se están diseminando en la actualidad en los Estados Unidos y en Europa entre personas sexualmente activas.

Desde el momento en que los tres grupos de investigación descubrieron formas de virus altamente resistentes a las multidrogas que han surgido a la superficie en los últimos 18 meses, surge el temor de que se trata del comienzo de una tendencia que puede convertir en inútiles a los tratamientos para aquellas personas que se infectarán en el futuro. Esto significa que es necesario identificar tempranamente aquellos casos resistentes a las drogas. (Soto, 2003)

El Dr. Martín Markowitz, del Aaron Diamond Research Center de Nueva York condujo un equipo de investigadores de Nueva York y de Los Ángeles quienes analizaron el VIH hallado en 77 hombres y tres mujeres que se habían infectado, en promedio, en menos de dos meses. Esto significa que los científicos pudieron recuperar de la sangre de los pacientes las mismas cepas de virus que ingresaron originariamente en sus organismos a través del contacto sexual. El 16% de las personas eran portadores de virus que poseían mutantes conocidas que confieren resistencia a las drogas utilizadas en la Terapia Antirretroviral Altamente Activa (HAART). Inclusive, más pacientes - el 26.8% - tenían virus capaces de crecer en tubos de ensayo a pesar del bombardeo de varias drogas antiVIH. Eso equivale a afirmar que existen más tipos genéticos de resistencia en el VIH de lo que los científicos creyeron hasta el momento. Existen evidencias de que los miembros de la

población con tratamiento HAART pueden transmitir el VIH a sus compañeros sexuales, y en algunos casos pasando formas del virus altamente resistente a las drogas. Las implicancias que esta situación tiene en materia de salud pública en el tratamiento con drogas pueden ser mucho menos triunfantes.

Nutrición: Muchos pacientes con VIH se ven afectados por el síndrome de desgaste cuyos síntomas incluyen una gran pérdida de peso, diarrea crónica o debilitamiento, y fiebre constante o intermitente por lo menos por 30 días. El síndrome es clasificado como una enfermedad que define el SIDA. Todas las personas con el VIH deberían seguir las prácticas de seguridad alimenticia, debido a que sus sistemas inmunes debilitados las hacen especialmente vulnerables a enfermedades causadas por alimentos. La diarrea causada por estas enfermedades puede conducir al síndrome de desgaste o empeorarlo.

Para prevenir enfermedades causadas por alimentos, las personas con el VIH deben evitar productos lácteos no pasteurizados, lavarse las manos y lavar los utensilios con agua caliente y jabón al preparar comidas, y cocinar bien los alimentos para matar bacterias dañinas. No deben comerse huevos crudos ni pescados o mariscos crudos como ostras, y almejas.

Contexto Social y Afectivo: La contención psíquica y el apoyo afectivo de los familiares y amigos del enfermo actúan de manera importante en el resultado de los tratamientos. Del mismo modo, las condiciones socioeconómicas de los pacientes tienen fuerte incidencia en el desarrollo de la enfermedad. Hay algo que queda claro: los virus se refuerzan cuando hay miseria o angustia. Está demostrado que pacientes desafectivizados y discriminados muestran niveles bajos de linfocitos y de CD4, elementos utilizados para medir el nivel de las defensas del organismo.

Enfoques Terapéuticos No Convencionales: Estos enfoques, conocidos también como terapias alternativas, se han multiplicado sorprendentemente en nuestro país, particularmente en personas con VIH. La Ciudad de Buenos Aires, por ejemplo,

ofrece disciplinas que van desde la homeopatía, el reiki, o la programación neurolingüística, hasta el naturismo y la acupuntura.

Carlos Blanco es un terapeuta alternativo argentino y plantea que estas disciplinas trabajan con los planos físico, espiritual y emocional, intentando restablecer la armonía supuestamente rota por la enfermedad. Plantea que hay factores que determinan una baja de las defensas y que estos son: el miedo, la desolación, la desesperanza. Estos enfoques se proponen ayudar a levantar las defensas y mejorar el equilibrio emocional del individuo. Estas formas de terapia no se oponen a las terapias convencionales, sino que son complementarias.

Reiki: Blanco plantea que el reiki logra actitudes diversas. "Quien realiza los ejercicios está más sensible a lo que le toca vivir, ya se trate de su propia sexualidad, la discriminación que inevitablemente sufren quienes viven con el VIH, o las colas interminables para obtener medicamentos gratuitos en el Ministerio de Salud y Acción Social" Sostiene que una de las mayores virtudes del reiki es la armonización de la energía: libera lo que está bloqueado, permite expresarse emocionalmente a través del llanto y la palabra, ayudada a liberar pesadas cargas de encima.

Homeopatía: Es una disciplina aceptada por la medicina tradicional. Surgió a fines del siglo XVIII cuando un alemán, Samuel Hahnemann, descubrió que un enfermo con fiebre se curaba con la quinina, mientras que si por error se suministraba quinina a una persona sana, se enfermaba. Hahnemann pensó que todas las sustancias que producían determinados cuadros en personas sanas, tenían un efecto curativo en la persona enferma con esos mismos síntomas. Se trataba de la curación por los semejantes. El doctor Carlos Grosso, homeópata argentino, práctica esta disciplina que ayuda también a las personas que viven con SIDA. El Dr. Grosso plantea que la homeopatía, en el caso del SIDA, funciona como cualquier otra enfermedad, él homeópata toma los síntomas y trata de averiguar todo lo posible acerca de cada uno de ellos y deduce qué remedio conviene aplicar. Sostiene que: "... no pueden curar el

efecto del SIDA que es ir derrumbando el sistema inmunológico, pero sí logran contenerlo, en gran parte."

Visión Naturista: En Buenos Aires, la doctora Beatriz Rodríguez atiende personas con VIH, a partir de una concepción alimentaria que se remonta a la antigua escuela de medicina Occidental, la de Hipócrates. Según Hipócrates, hay una fuerza curadora de la naturaleza. En relación con el SIDA el naturismo trabaja esa fuerza vital curadora que todo individuo posee. Para los naturistas si se intenta llevar esa fuerza vital a su máxima potencia hay que respetar los principios vegetarianos. Por ejemplo, la carne es considerada como un alimento tóxico que el organismo no puede tolerar y contribuye a que el sistema inmunológico se debilite. (Soto, 2003)

Si bien los elementos externos introducidos por medio de terapias alternativas no tienen un efecto físico directo sobre el organismo, colaboran para que éste active su propia capacidad de reparación de daños. Es por esta razón que la comunidad científica mira con interés las terapias alternativas para ayudar a distinguir y fortalecer aquellos que han contribuido a mejorar la calidad de vida de personas que viven con el VIH y otras enfermedades.

Instituciones que trabajan con personas con VIH/SIDA

- **Fundación EUDES Cartagena:**
Sede Administrativa: Centro, Iglesia de Santo Toribio. San Diego.
Esta fundación cuenta actualmente con 18 personas con VIH/SIDA, en edades comprendidas entre 17 y 45 años. La fundación les ofrece un hogar para morir dignamente; está conformada por un grupo reducido de voluntarios pero en la mayoría de los casos son ellos mismos quienes se atienden. Es una entidad que no cuenta con el apoyo del Estado, razón por la cual estas personas solo reciben ayuda psicológica cada 8 días. Tiene 8 años de estar funcionando y cuentan con un hogar de acogimiento ubicado en Bayunca – Bolívar, llamado “Quédate conmigo”. La mayoría de las personas que conforman el hogar viven en la miseria y han huido de sus hogares y barrios.
- **Clínica del Seguro Social: IPS CAA.**
Ubicación: Av. El Bosque, Frente al Centro Recreacional Napoleón Perea.
Está conformado por médicos en distintas especialidades, pero solo 3 médicos internistas son los que trabajan con las personas con SIDA. Cuentan con un psiquiatra y una psicóloga. Está funcionando desde el año 1993; inicialmente empezaron realizando una campaña de prevención, pero por inconvenientes, se limitaron a trabajar solo con los pacientes con VIH/SIDA. Actualmente en la IPS no hay un trabajo interdisciplinario; solo en casos que consideren necesarios, son remitidos los pacientes a psicología externa. En 1993 tenían 359 personas vinculadas, pero en la actualidad solo cuentan con 200, ya que la mayoría ha fallecido.

- Fundación Misioneros de SAI BABA.

Ubicación: Barrio El Recreo, frente al Cementerio Jardines de Cartagena.

Esta entidad es una ONG y realiza diferentes actividades que persiguen llegar a toda la población, no solo de la ciudad de Cartagena, sino del país. Para ellos su principal preocupación son los niños; por ello, se visitan periódicamente las zonas donde ellos creen que la población es más vulnerable, visitas que son realizadas por estudiantes de universidades de la misma ciudad. La fundación lleva en funcionamiento 10 años, la cual se caracteriza por trabajar en la prevención del VIH/SIDA.

Método

Población

El cuestionario se aplicó a pacientes con VIH/SIDA que hacen parte de la Corporación Fénix. En total hay 36 pacientes pero solo se le aplicó a 30 de ellos (8 mujeres y 22 hombres) por que los demás se rehusaron a realizarlo. La edad de estos pacientes oscila entre los 20 a 56 años de edad con un estrato socioeconómico medio bajo.

Instrumento

Se realizó una evaluación cuantitativa (cuestionario ASFIPSI-VIH/SIDA) el cual abarcó las siguientes áreas: personal, sexual, familiar, social, salud y emocional. Una evaluación cualitativa en la que se recogió información por parte del personal médico con respecto a su experiencia con los pacientes Y la observación directa de cada paciente por parte de las evaluadoras.

Procedimiento

Inicialmente se habló con un médico internista del Seguro Social para conocer la población que asiste a esta institución y la posibilidad de realizar el Proyecto Social. Luego se diligenció una carta (ver anexo) por parte de la Universidad solicitando el permiso para la realización del trabajo en esta EPS. Al ser aprobado el permiso se prosiguió a reunir a los pacientes con VIH/SIDA el día 2 de marzo del presente año.

En este día se le aplicó el cuestionario ASFIPSI-VIH/SIDA y finalizado el mismo se habló con ellos con el fin de interactuar y establecer empatía con ellos. Por último, se procedió a tabular toda la información suministrada por los pacientes a través del cuestionario.

Evaluación de Necesidades

Objetivo General

Determinar cuáles son los aspectos que mas repercuten en la vida de los pacientes con VIH/SIDA partiendo de la perspectiva Bio- Psicosocial.

Objetivos Específicos.

- Aplicar el cuestionario ASFIPSI-VIH/SIDA a los pacientes que asisten a la Corporación Fénix del Seguro Social.
- Conocer la experiencia del personal medico con los pacientes con VIH/ SIDA de la Corporación Fénix.
- Observar la conducta de los pacientes durante y después de la aplicación del cuestionario ASFIPSI-VIH/SIDA

Resultados

El Cuestionario **ASFIPSI-VIH7SIDA** (ver anexo A), fue aplicado en el Instituto Seguro Social de Cartagena, a pacientes con VIH/SIDA, los cuales hacen parte de la Corporación Fénix, coordinada por médicos del Seguro Social.

El cuestionario arrojó los siguientes resultados:

Área Personal

Figura 1. Según el grupo de edades, el 50% equivale a los pacientes con VIH/SIDA que tienen entre 31-40 años de edad, seguido por el grupo de 41-56 años edad que obtuvo el 40%, y un 10% a los pacientes con edades comprendidas entre 20-30 años de edad.

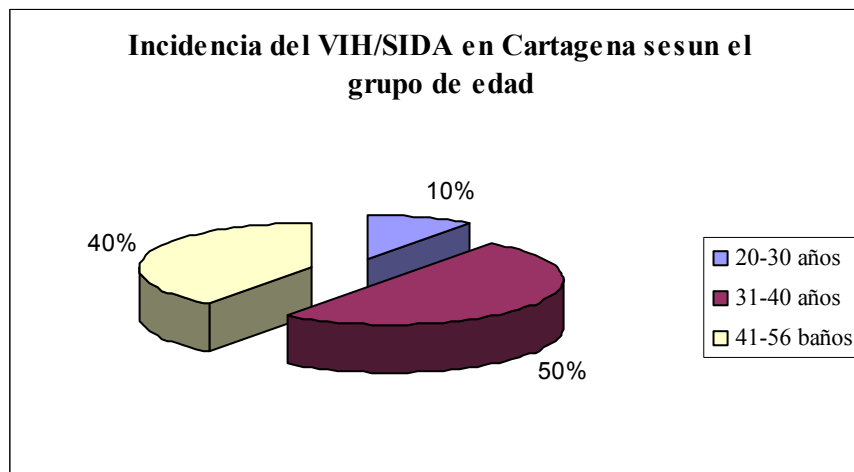


Figura 2. Según el sexo los hombres obtuvieron mayor porcentaje en cuanto a la incidencia de tener VIH/SIDA representado por un 73% y las mujeres con un menor porcentaje de 27%.

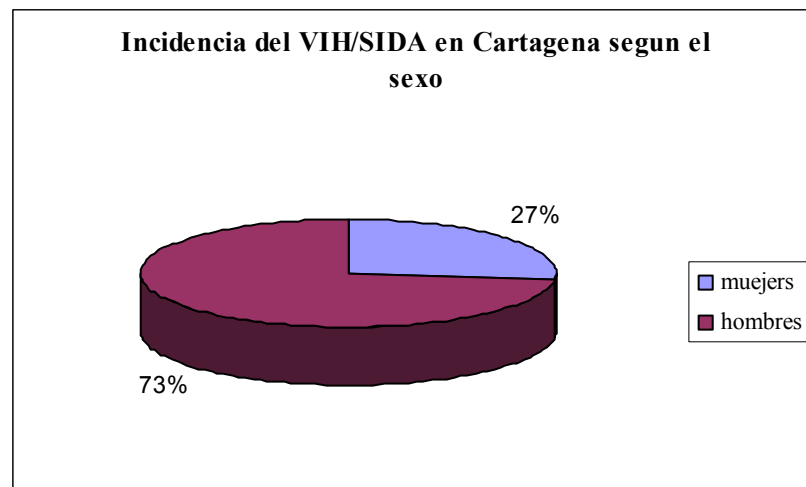


Figura 3. Según el estado civil los pacientes solteros alcanzaron un 67%, los cuales obtuvieron el mayor porcentaje, seguido por el grupo de los casados con un 27% y los que obtuvieron el mismo porcentaje fueron el grupo de los pacientes con estado civil de separados y unión libre.

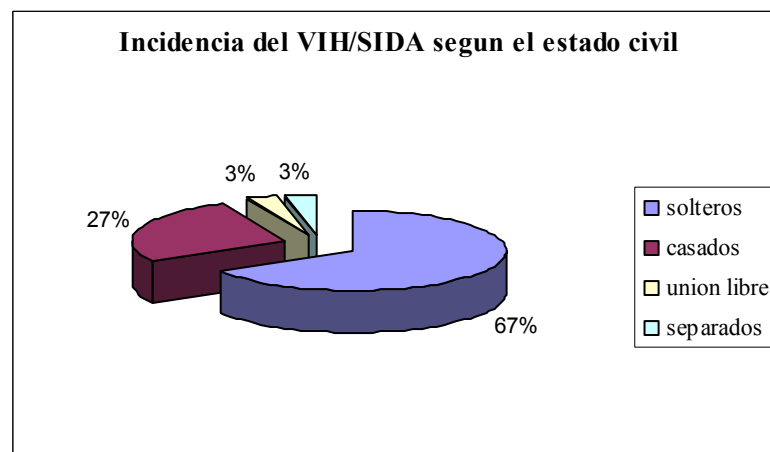
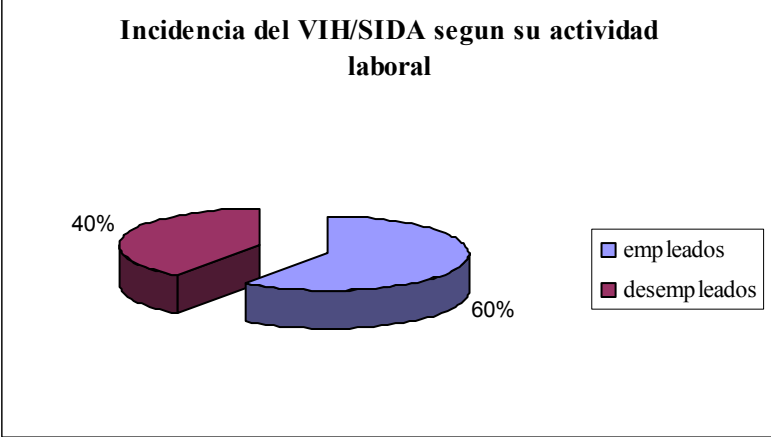


Figura 4. Según su actividad laboral el 60% esta representado por lo pacientes empleados, es decir, que tienen cualquier tipo de trabajo y el 40% por los desempleados. Entre estos empleados y desempleados hay: profesionales como ingenieros, contadores públicos, abogados, administradores, psicólogos y tecnólogos

como secretarias, auxiliares de sistemas; contables, de acuerdo a la grafica unos lo ejercen y otros no.



Entre los pacientes con VIH/SIDA, 21 de ellos tienen hijos, 9 están infectados con la enfermedad. La mayoría de estos hijos infectados ocupan entre el segundo, tercer y cuarto hijo de la familia

Figura 5. El 70% de los pacientes tienen pareja infectada y el 30% no tienen pareja infectada.

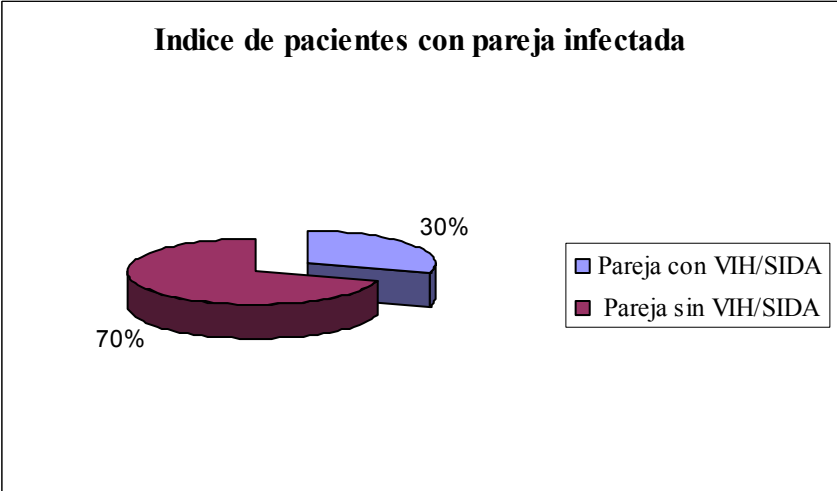
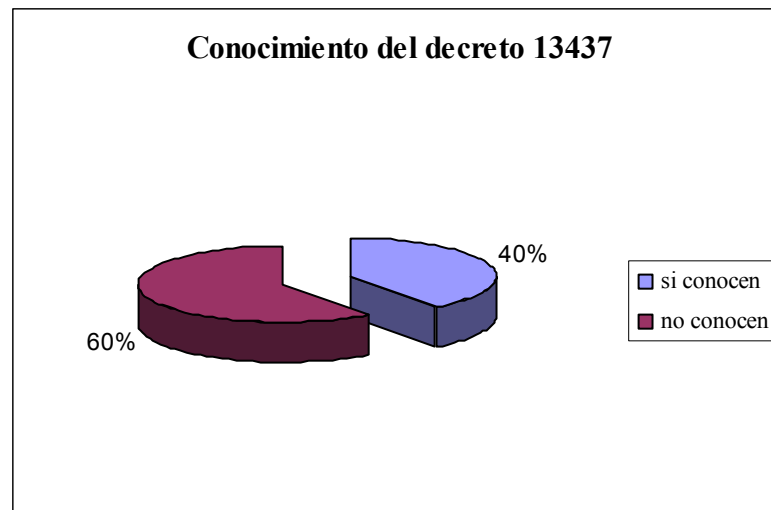


Figura 6. El 60% no tiene conocimiento del decreto 13437 del Ministerio de Salud y el 40% si tienen conocimiento del decreto, lo cual significa que el mayor porcentaje de los pacientes no conocen de los derechos que tienen a los servicios de salud, por tener la enfermedad.



Área Sexual

Figura 7. El 58% de los pacientes tienen vida sexual activa con una sola persona y el 42% tienen vida sexual con varias personas.

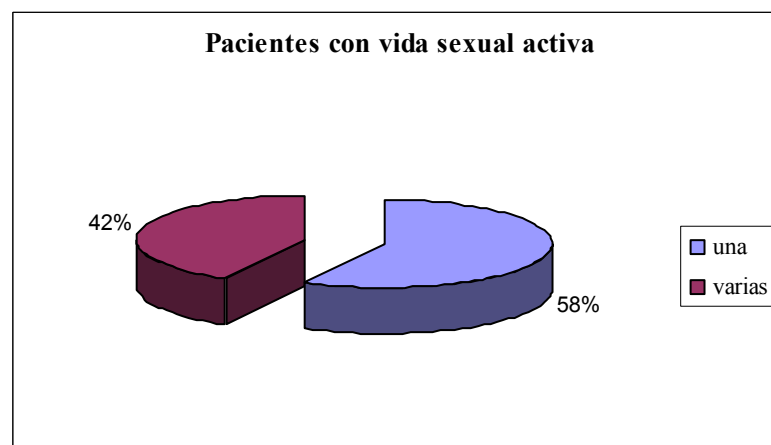


Figura 8. La inclinación sexual de los pacientes esta representada por un 40% heterosexuales, 33% homosexuales y el 27% bisexuales

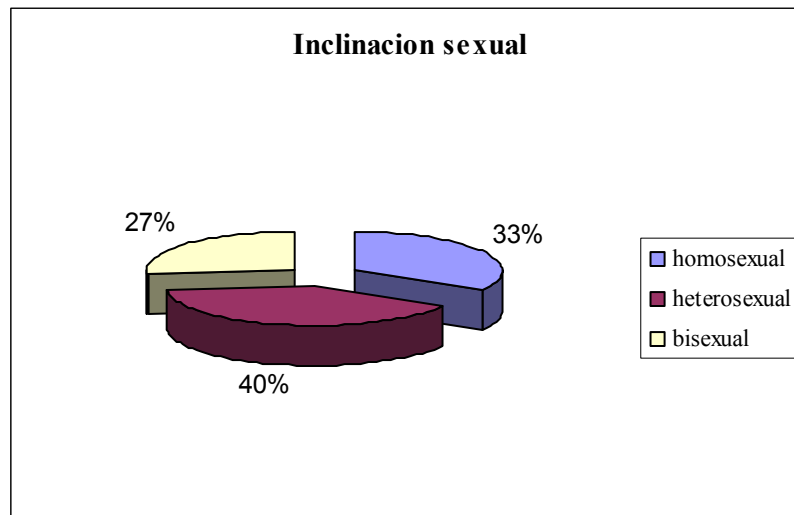
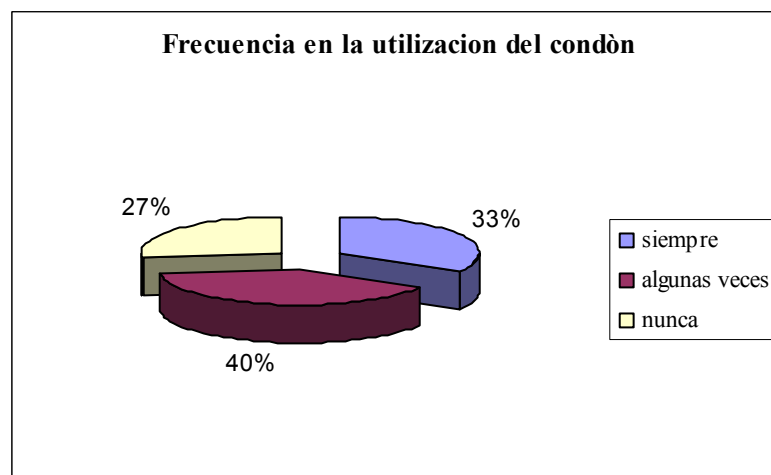


Figura 9. Los pacientes utilizan el condón un 40% algunas veces, 33% siempre y el 27% nunca, teniendo en cuenta que el 27% equivale a 8 personas, lo cual es una cifra considerable.



Razones para el uso del condón	Numero de personas
No contagiar a la pareja.	19
Recomendaciones médicas.	1
Protección de otra enfermedad.	1
Prevenir embarazos.	8
Prevenir que la enfermedad aumente.	1

Tabla 1. Se expone las razones o el porque los pacientes utilizan el condón y una de las razones que obtuvo mayor numero de personas es por no contagiar a la pareja, seguida por la razón de prevenir embarazos y las razones que obtuvieron el mismo numero de personas son: por recomendaciones medicas, protección de otra enfermedad y prevenir que la enfermedad aumente.

Razones del cambio	Numero de personas
La apariencia física ya no es la misma	7
Mucho temor.	4
He tomado conciencia de la enfermedad.	4
Tener la obligación del uso del condón.	10
Malestar físico (debilidad, mareo y cansancio)	5

Tabla 2. Un aspecto considerable dentro de los resultados es que los 30 pacientes contestaron que su vida sexual a cambiado, desde que se enteraron que tenían la enfermedad y las explicaciones del por que había cambiado son: por tener la obligación de usar el condón, lo cual esta representado por 10 personas que contestaron de esta forma, 7 personas por que la apariencia física no es la misma, 5 personas por malestar físico y el mismo numero de personas contestaron por que han tomado conciencia de la enfermedad y por que tienen mucho temor.

Área Familiar/Social

Grafico 10. El 67% de los familiares si saben que los pacientes tienen la enfermedad y el 33% no saben que los pacientes tienen la enfermedad.

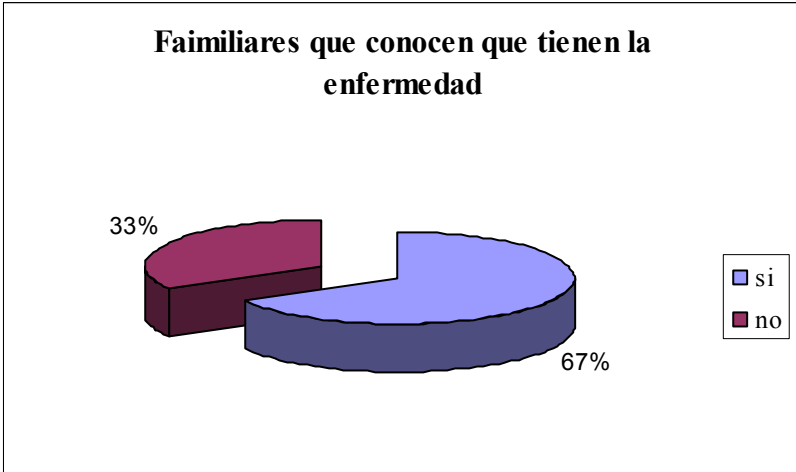


Grafico 11. La relación de los pacientes con sus familiares es buena en un 67%, lo cual equivale a 20 pacientes, y es regular en un 33%, lo cual equivale a 10 pacientes.

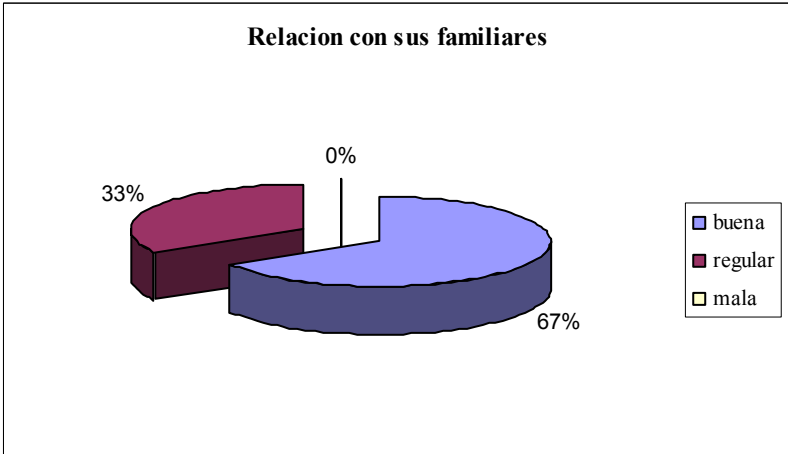
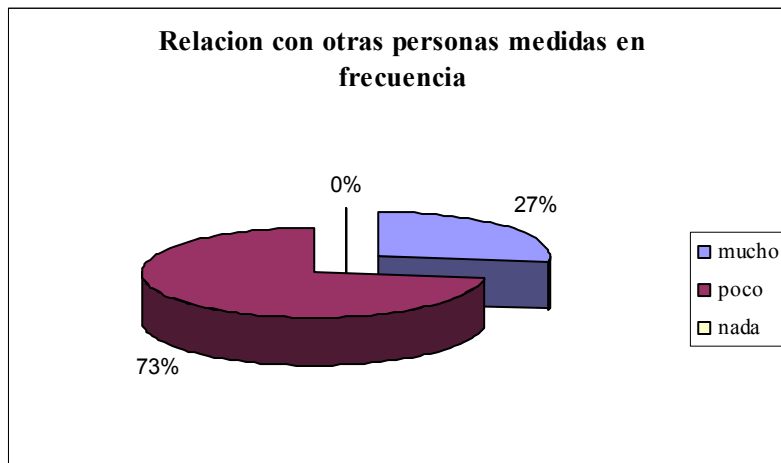


Grafico 12. Los pacientes se relacionan poco en un 73% con otras personas y se relacionan mucho en un 27%.



Área De La Salud

Grafico 13. La sustancia adictiva que mas consumen los pacientes es el alcohol representado en 50%, seguida por el cigarrillo con un 33% y el 17% consume SPA.

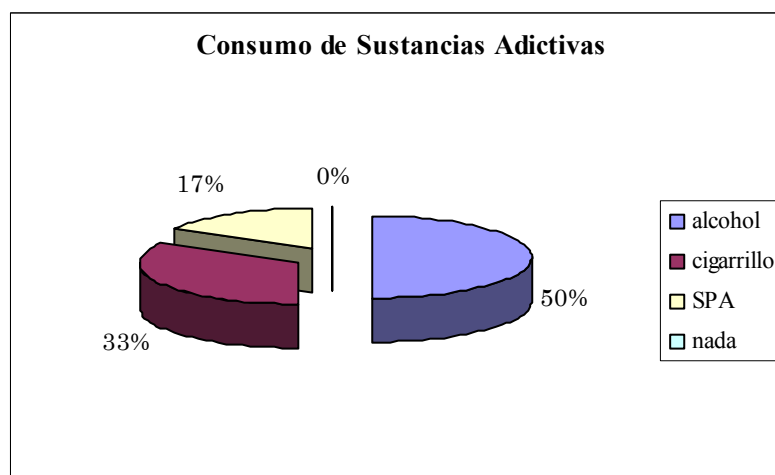


Grafico 14. El 100% de los pacientes contestaron que si reciben atención médica apropiada,

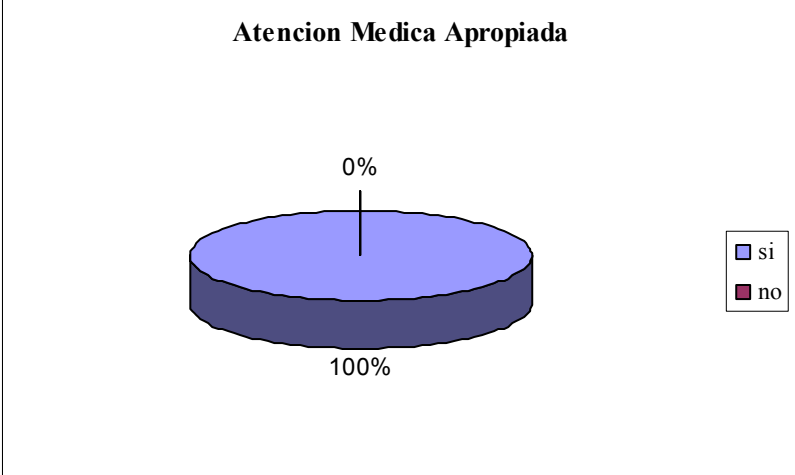
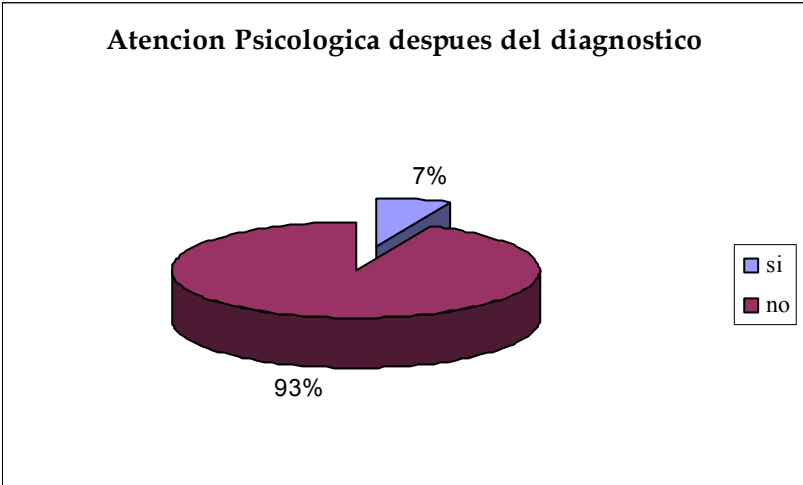


Grafico 15. El 93% de los pacientes no han recibido atención psicológica después del diagnostico y el 7% si han recibido atención psicológica, siendo una diferencia considerable.



Aspectos en los que ayuda el psicólogo	Número de pacientes
Aconsejando a como vivir y llevar la enfermedad	8
Desahogarse	7
No respondieron	15

Tabla 3. Los pacientes contestaron que el psicólogo los podría ayudar en aconsejando a vivir y llevar la enfermedad y para desahogarse pero 15 personas no respondieron.

Grafico 16 Los pacientes que contestaron que el grado de conocimiento que tienen acerca de la enfermedad es medio, el cual esta representado por un 67%, seguido de bajo con un 23% y alto el 10% que equivale a 3 pacientes, y los rango de muy alto/muy bajo resultaron con un 0%.

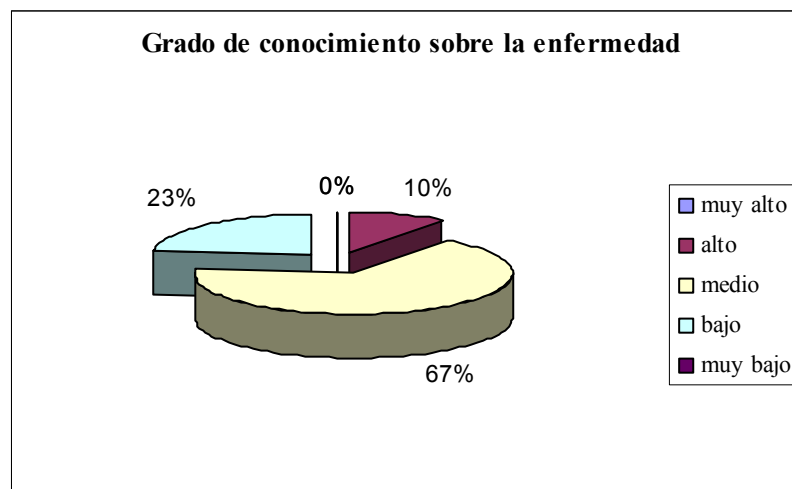
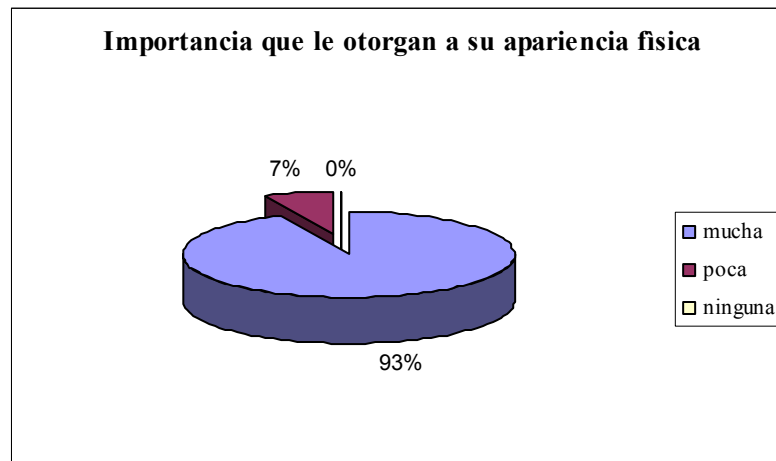


Grafico 17. El 93% de los pacientes le otorgan mucha importancia a su apariencia física y el 7% de los pacientes le otorgan poca importancia.



Área Emocional

Sentimientos	No de personas
Preocupación	12
Miedo	10
Angustia	4
Ansiedad	3
Desesperación	2
Deseos de morir	0

Tabla 4. La mayoría de los pacientes sintieron preocupación al recibir el diagnóstico, seguido por miedo representado por 10 pacientes y ninguno de ellos sintió deseos de morir.

Aspectos de la vida	Satisfecho	Insatisfecho
Relaciones familiares	21	9
Relaciones con la pareja	21	9
Relaciones con los compañeros de trabajo	22	8
Relaciones con el medico	30	0
Relaciones con el equipo de profesionales de la salud	30	0
Vida sexual	22	8
Estado de salud	20	10
Capacidad de producción laboral	16	14
Servicios obtenidos por su EPS.	16	14

Tabla 5. Indica el grado de satisfacción o insatisfacción en cuanto a los aspectos de la vida por el que pasan los pacientes.

Emociones	Nunca 1-4	Algunas veces 5-6	Siempre 7-10
Miedo	16	0	14
Angustia	10	0	20
tristeza	16	0	14
Rabia	16	0	14
Desesperación	8	7	15
Alegría/felicidad	9	16	5
Tranquilidad	13	7	10
Confía en el tratamiento	4	4	22
Confía en el medico	5	2	23
Odio	30	0	0
Deseo de venganza	30	0	0
Ganas de llorar	12	8	10
Ganas de estar solo	30	0	0
Ganas de morir	17	3	10
Soledad	20	4	6
Mal genio	19	7	4
Estrés	4	6	20

Tabla 6. Indica el grado en el que el paciente ha experimentado las diversas emociones durante la última semana

Temores	No de pacientes que opinan
Hospitalización y recaídas fuertes	9
Deterioró físico	7
Discriminación de la sociedad	8
Muerte	6

Tabla 7. Indica los diversos temores que tiene los pacientes relacionado a su enfermedad

Situación	No de pacientes que opinan
Mantener en reserva la enfermedad.	9
Tener un hijo(s) infectado(s).	9
Tutelas para exigir la atención de la EPS.	5
Malestares físicos.	13
Soledad.	4

Tabla 8. Indica lo mas complejo que han tenido que afrontar desde que han estado enfermos

Discusión

Los resultados obtenidos muestran que la mayoría de la población infectada con VIH/SIDA son hombres, al menos son los casos que se registran en la Corporación Fénix del Seguro Social, este aspecto está muy relacionado con el machismo que se presenta en la ciudad de Cartagena, puesto que los hombres costeños casi nunca dejan pasar un momento de placer sumado también el hecho de que consumen alcohol constantemente los fines de semana sin tener motivo alguno y sobre todo no emplean métodos de protección por que consideran que esto resta placer y le quita la "hombria", este aspecto se ve reflejado en las respuestas del área sexual, precisamente cuando comentan que su vida sexual ha cambiado por que tiene que utilizar el condón en cada relación sexual y para ellos significa un cambio drástico por que antes no hacían uso de este.

La mayoría de las personas oscilan entre los 20 a 56 años de edad. Los jóvenes adultos mostraron cierta resistencia para colaborar en la aplicación del cuestionario pero los adultos mayores colaboraron inmediatamente que se le explico el objetivo del proyecto. De igual forma la colaboración de los médicos internista fue esencial para que los pacientes realizaran el cuestionario puesto que ellos manifiestan en sus respuesta una alta confianza en su medico y el equipo de profesionales que los atiende, pero se evidencio que poseen poco conocimiento sobre el papel y rol del psicólogo en el tratamiento de enfermedades crónicas, lo mismo que el decreto 13437 del Ministerio de Salud sobre los derechos de las personas con VIH/SIDA y sobre conceptos claves, tales como: homosexualidad, bisexualidad y heterosexualidad.

En el área familiar y social casi todos manifestaron que los familiares tenían conocimiento de su enfermedad, por el contrario tratan de ocultar la enfermedad ante su grupo social (amigos y compañeros de trabajo) por tal motivo tenían buenas relaciones laborales. Todos los pacientes tienden a estar muy satisfechos con los servicios de su EPS y en la gran confianza en el tratamiento y la estrecha relación

medico-paciente permitiendo un mayor cumplimiento y compromiso con el tratamiento.

En el área de la salud es impresionante como los pacientes con VIH/SIDA consumen alcohol, cigarrillo y drogas, sin tener en cuenta lo perjudicial que es para el curso de la enfermedad, lo cual suele ser contradictorio con su respuesta ya que ellos afirman que tiene conocimiento del cuidado de su enfermedad. En cuanto a los tratamientos psicológicos antes y después del diagnóstico muy poco de los pacientes han recibido atención psicológica. Entre los pocos pacientes que la han recibido, opinaron que la experiencia fue muy positiva y que la orientación psicológica sería necesaria durante todo el curso de su enfermedad.

En cuanto al área emocional los pacientes están envueltos en una gran gama de emociones una de la más frecuente es la preocupación con respecto a su enfermedad y de lo que piensen los otros con respecto de la misma; otras emociones muy comunes son: el miedo, la angustia y el estrés.

Los mayores temores con respecto a su enfermedad son: la hospitalización y recaídas fuertes dicen que estas son dos situaciones deprimentes para ellos; la otra es el deterioro físico y mal aspecto, lo cual incide en su estado de ánimo y en sus relaciones interpersonales; otro temor es la muerte, el pensar constantemente cuando esta va a llegar y cuanto tiempo les queda de vida. De igual forma lo más difícil de afrontar para los pacientes es el hecho de mantener en reserva la enfermedad ante su grupo social; y para las personas que tienen hijos infectados ver crecer a sus hijos sin posibilidades de estudiar, de relacionarse con otros niños y sobre todo de vivir con la enfermedad. Otro aspecto muy común es la soledad, por que sienten que cada vez están más solos y que en el fondo las personas te rechazan y te discriminan.

Finalmente no dejo de sorprendernos el estado de salud de algunos de los pacientes y antes que nada sensibilizarnos y darnos cuenta que esta es una enfermedad mundial que puede padecer cualquier persona incluyéndonos, sin importar la raza, el sexo, edad, nivel socioeconómico, nivel educativo etc. De igual forma nos sorprendió, la poca colaboración de los pacientes con VIH/SIDA por el miedo a revelar sus nombres pero cuando se les dijo que el cuestionario era anónimo

y confidencial, accedieron a colaborar; aunque se observó poca sinceridad al responder las preguntas lo cual le quita validez al cuestionario. Pero no solo fue difícil el manejo de los pacientes sino también de los familiares que los acompañaban a la consulta pues estos últimos influyeron en que algunos pacientes nos contestaran el cuestionario. Un aspecto esencial en ellos fue la gran unión y compañerismo que hay entre el grupo.

Un aspecto a mejorar en cuanto al cuestionario es que las preguntas deben estar de acuerdo a la población ya que muchos se les dificultó el desarrollo de algunas preguntas y otros de un nivel educativo bajo (no sabían leer), por lo cual es necesario utilizar otros medios de evaluación como la entrevista, los grupos focales entre otros, del mismo modo tener contactos previos con la población a fin de establecer el rapport con ellos ya que ellos tienden a esconder sus verdaderos pensamientos y sentimientos.

De acuerdo a lo anterior cabe resaltar que los resultados de la evaluación de necesidades arrojaron información pertinente sobre el proceso de afrontamiento de los pacientes con VIH/SIDA, lo cual nos permitió elaborar el árbol de causas-efectos y el árbol de objetivos. (ver anexo B)

Nuestro proyecto social se fundamentará específicamente, en dotar a las personas con VIH/SIDA de herramientas para el manejo adecuado del estrés, al igual que la ansiedad. Del mismo modo es preciso trabajar en los pacientes técnicas de autocontrol para modificar conductas inapropiadas y perjudiciales para la salud como es el consumo de alcohol y cigarrillo. Finalmente es importante trabajar la autoestima, sobre todo la autoimagen y el autoconcepto.

Referencias.

Chaparro, V. (1998). *El SIDA, un enfoque didáctico hacia la educación sexual*. CAJANAL EPS (Entidad Promotora de Salud), Santa Fe de Bogota: Danger Impresiones.

Gómez, C. (2002). *Aspectos Psiquiátricos*. [Documento WWW].

http://www.vidahumana.org/vidafam/sida/aspectos_sida.html

Keith, A. (2003). *Transmisión de madre a hijo*. [Documento PDF].

<http://www.aidsmap.com/publications/factsheets/index.asp>

Masters, W; Johnson, V, y Kolodny, R (.1997). *La sexualidad humana*. Barcelona: Grijalbo

Montañés, F, (2002). *Problemas Médicos Psicológicos en el SIDA*. [Documento WWW].

http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html/informacion_sociedad/manual/a7n5.htm

Parra, R. (1998). *Promoción de la salud, por prevención de la enfermedad*. CAJANAEPS (Entidad Promotora de Salud), Colombia: Printer Colombiana SA

Romo, J; y Salido, F. (1997). *SIDA. Manejo del paciente con VIH, manual moderno*. Santa Fe de Bogota: Manual Moderno SA

Soto, P. (2003). *El Sida*. [Documento WWW].

http://www.monogreafiass.com/secciones/psicologia_2.html

Ficha De Intención

Nombre Del Proyecto

Empresa Outsourcing de Orientación y Apoyo Psicológico para personas con VIH/SIDA.

Institución Beneficiaria

- Clínica del Seguro Social: IPS CAA u otras IPS, EPS y comunidad en general.

Localización Geográfica

La empresa por ser Outsourcing, no contara de instalaciones físicas ya que nuestros servicios se brindaran a cualquier institución que los requiera.

Localización Administrativa

Los servicios que prestara nuestra entidad están dirigidos a:

- Instituciones Prestadoras de Salud (IPS).
- Empresas Promotoras de Salud (EPS).

Servicios

- Diseño e implementación de programas relacionados con el VIH/SIDA.
- Proporcionar apoyo psicológico a los pacientes por medio de la psicoterapia individual
- Entrenar al personal de salud en el manejo de las demandas emocionales del paciente con VIH/SIDA y su familia
- Capacitación y entrenamiento para aprender a vivir con el VIH/SIDA
- Formación de Grupos de Ayuda Mutua (GAM).

Población.

Pacientes con VIH/SIDA, sus familiares, equipo de profesionales de la salud y comunidad en general

Responsables del Proyecto.

Yanilys del Carmen Campo Carmona

Liliana Maria Herrera Machacón

Yessenia Triviño Miranda

Duración Del Proyecto.

El proyecto tiene una duración indefinida, por que el propósito de este es ser una empresa Outsourcing que prestará sus servicios a una amplia población, tanto a pacientes con VIH/SIDA como también a instituciones que requieran del servicio.

Acciones a Emprender.

- Brindar información sobre la empresa a través de la pagina Web, y medios de comunicación.
- Recoger información relacionada a la problemática de la enfermedad VIH/SIDA.
- Brindar psicoterapia de manera individual-grupal tanto a pacientes como a sus familiares.
- Desarrollar conferencia y talleres con el personal de la salud acerca de la complejidad de la enfermedad, con el fin de concienciar la importancia de su participación en el tratamiento
- Brindar información adecuada sobre todas las implicaciones que tiene la enfermedad.
- Entrenar a los pacientes en habilidades de autocontrol en conductas de alto riesgo para la enfermedad.
- Organizar grupos de apoyo para pacientes que favorezcan un mejor afrontamiento de la enfermedad

Antecedentes.

En la ciudad de Cartagena no se han desarrollado aun proyectos sociales encaminados a la atención psicológica de pacientes con VIH/SIDA, solo se brindan servicios médicos, los cuales son muy escasos por los recursos que cuenta la EPS (Seguro Social) u otras entidades prestadoras de salud. Hasta la fecha se han realizado censos para conocer los índices de enfermedad, confirmando que las estrategias de prevención no han sido efectivas.

Por lo anterior, surgió la necesidad de realizar un diagnóstico en cuanto al aspecto social y emocional de los pacientes con VIH/SIDA, por lo tanto se aplicó un cuestionario denominado AFIPSI-VIH/SIDA y los resultados que arrojó fue que la mayoría de la población infectada con VIH/SIDA son hombres, al menos son los casos que se registran en la Corporación Fénix del Seguro Social, este aspecto está muy relacionado con el machismo que se presenta en la ciudad de Cartagena, puesto que los hombres costeños casi nunca dejan pasar un momento de placer sumado también el hecho de que consumen alcohol constantemente los fines de semana sin tener motivo alguno y sobre todo no emplean métodos de protección por que consideran que esto resta placer y le quita la "hombría", este aspecto se ve reflejado en las respuestas del área sexual, precisamente cuando comentan que su vida sexual a cambiado por que tiene que utilizar el condón en cada relación sexual y para ellos significa un cambio drástico por que antes no hacían uso de este.

La mayoría de las personas oscilan entre los 20 a 56 años de edad. Los jóvenes adultos mostraron cierta resistencia para colaborar en la aplicación del cuestionario pero los adultos mayores colaboraron inmediatamente que se le explicó el objetivo del proyecto. De igual forma la colaboración de los médicos internista fue esencial para que los pacientes realizaran el cuestionario puesto que ellos manifiestan en sus respuestas una alta confianza en su médico y el equipo de profesionales que los atiende, pero se evidenció que poseen poco conocimiento sobre el papel y rol del psicólogo en el tratamiento de enfermedades crónicas, lo mismo que el decreto 13437

del Ministerio de Salud sobre los derechos de las personas con VIH/SIDA y sobre conceptos claves, tales como: homosexualidad, bisexualidad y heterosexualidad.

En el área familiar y social casi todos manifestaron que los familiares tenían conocimiento de su enfermedad, por el contrario tratan de ocultar la enfermedad ante su grupo social (amigos y compañeros de trabajo) por tal motivo tenían buenas relaciones laborales. Todos los pacientes tienden a estar muy satisfechos con los servicios de su EPS y en la gran confianza en el tratamiento y la estrecha relación medico-paciente permitiendo un mayor cumplimiento y compromiso con el tratamiento.

En el área de la salud es impresionante como los pacientes con VIH/SIDA consumen alcohol, cigarrillo y drogas, sin tener en cuenta lo perjudicial que es para el curso de la enfermedad, lo cual suele ser contradictorio con su respuesta ya que ellos afirman que tiene conocimiento del cuidado de su enfermedad. En cuanto a los tratamientos psicológicos antes y después del diagnóstico muy poco de los pacientes han recibido atención psicológica. Entre los pocos pacientes que la han recibido, opinaron que la experiencia fue muy positiva y que la orientación psicológica sería necesaria durante todo el curso de su enfermedad.

En cuanto al área emocional los pacientes están envueltos en una gran gama de emociones una de la más frecuente es la preocupación con respecto a su enfermedad y de lo que piensen los otros con respecto de la misma; otras emociones muy comunes son: el miedo, la angustia y el estrés.

Los mayores temores con respecto a su enfermedad son: la hospitalización y recaídas fuertes dicen que estas son dos situaciones deprimentes para ellos; la otra es el deterioro físico y mal aspecto, lo cual incide en su estado de ánimo y en sus relaciones interpersonales; otro temor es la muerte, el pensar constantemente cuando esta va a llegar y cuanto tiempo les queda de vida. De igual forma lo más difícil de afrontar para los pacientes es el hecho de mantener en reserva la enfermedad ante su grupo social; y para las personas que tienen hijos infectados ver crecer a sus hijos sin posibilidades de estudiar, de relacionarse con otros niños y sobre todo de vivir con la

enfermedad. Otro aspecto muy común es la soledad, por que sienten que cada vez están más solos y que en el fondo las personas te rechazan y te discriminan.

Instrumentos y Recursos.

Para la evaluación de necesidades se utilizó el cuestionario ASFIPSI-VIH/SIDA) el cual abarco las siguientes áreas: personal, sexual, familiar, social, salud y emocional, con el fin de identificar los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que interfieren en la vida de los pacientes con VIH/SIDA. Además, la implementación de una página Web a través de la cual podrán obtener mayor información personas que tiene el VIH o el SIDA, familiares y el resto de la comunidad tanto regional como nacional, sobre los servicios que ofrece la empresa, igualmente folletos informativos, y el portafolio de servicios.

Problema

Altas tasas de ansiedad, preocupación y miedo de los pacientes frente al VIH/SIDA.

Descripción de la Idea

Resultados esperados del proyecto

A través del desarrollo de este proyecto, se espera que los pacientes puedan tener una vida saludable, un adecuado manejo de sus emociones, afrontamiento adecuado de la enfermedad, puedan desempeñar su rol dentro del ámbito familiar y laboral. Además satisfacer las necesidades de las instituciones que requieran nuestros servicios (IPS-EPS) y ampliar nuestra cobertura a toda la costa atlántica.

Objetivo General

Generar una institución especializada en la atención psicológica del paciente con VIH/SIDA y sus familiares.

Objetivos específicos

Objetivos	Actividades	Tareas	Metas
Promover y estructurar la empresa	Brindar información sobre la empresa a través de la pagina Web, y medios de comunicación.	Diseñar los mensajes publicitarios	Para Julio de 2004, haber diseñado tres mensajes publicitarios
		Realizar los contactos pertinentes para la difusión de los mensajes	Para Noviembre de 2004, haber realizado una visita de promoción del Centro al 80% de las EPS e instituciones que manejan pacientes con VIH en Cartagena
		Visitar los centros educativos	Para Septiembre 30 de 2004, haber visitado 30 colegios de Cartagena y el 80% de las Universidades

		<p>Timbrar tarjetas de presentación y otra papelería necesaria</p> <p>Distribuir en las empresas el portafolio de servicios</p>	<p>Para Julio de 2004, haber timbrado 3000 tarjetas de presentación</p> <p>Para Agosto de 2004, haber entregado el portafolio de servicios al 100% de las instituciones visitadas que trabajan con esta comunidad y colegios</p>
	<p>Recoger información especializada sobre VIH/SIDA</p>	<p>Consultar bases de datos especializadas</p> <p>Consultar artículos y textos especializados</p>	<p>Consultar 3 bases de datos especializadas</p> <p>Consultar 30 artículos científicos y 3 libros de texto especializados en el tema del manejo</p>

			del paciente con VIH/SIDA
	Elaborar el material pertinente para la atención del paciente y de la comunidad	Timbrar la papelería necesaria (evolución, historia clínica, etc.)	Timbrar 5 resmas de hojas de evolución, papelería de la institución, etc.
	Elaborar paquetes de servicios	Estudiar las tarifas establecidas por la ley 100 para ofrecer paquetes de servicios asequibles	Para el 30 de Junio, tener estudiados y elaborados el 80% de los paquetes que se van a vender
	Realizar contratos con diversas EPS	Asesorarse de abogados expertos en el tema de la contratación	Entre el 1 de Julio y el 30 de Septiembre, se espera vincular por lo menos a 8 EPS a la empresa.
		Concertar citas con las personas	

		encargadas de establecer este tipo de contratos en las empresas	
	Elaborar los manuales de funciones y procesos	Determinar las funciones de los psicólogos del Centro	Para 30 de Octubre tener elaborados los manuales de funciones de cada uno de los funcionarios del Centro
		Determinar los procesos para acceder a cada uno de los servicios que ofrece el Centro	Para 30 de Octubre tener elaborados el 80% de los procesos
Prestar servicios de orientación y apoyo psicológico a pacientes con VIH/SIDA y	Realizar psicoterapia individual y grupal a los pacientes vinculados al	Diseñar los protocolos de evaluación e intervención	Para el 30 de Septiembre de 2004, haber diseñado 2 protocolos: Uno de

familiares.	centro	Conformar grupos de autoayuda	<p>intervención y otro de evaluación</p> <p>Para el primer trimestre de funcionamiento del centro se espera haber logrado la asistencia mínima de 200 pacientes y 200 familiares a la psicoterapia individual y grupal</p> <p>Conformar un grupo para niños, uno para adolescentes y otro para adultos para un total de tres grupos de apoyo.</p> <p>Se espera que para el segundo semestre del funcionamiento del Centro, mínimo 50 pacientes formes</p>
-------------	--------	-------------------------------	---

			parte de los grupos de apoyo
Entrenar al personal de salud en las demandas emocionales de los pacientes con VIH/SIDA y sus familiares.	Desarrollar conferencias y talleres con el personal de la salud acerca de la complejidad de la enfermedad, con el fin de resaltar la importancia de su participación en el tratamiento	Diseñar los talleres:: * Hacia una comunicación asertiva. * Como manejar situaciones críticas en el consultorio. *. Aprendamos a manejar las emociones del paciente con VIH/SIDA. * Habilidades Clínicas.	Para 30 de Octubre de 2004, tener diseñados el 80% de los talleres que se van a ofrecer a las instituciones En el próximo trimestre se espera haber desarrollado cuatro talleres, con una asistencia mínima de 200 personas y tres conferencias con 600 personas
Capacitar y entrenar al paciente para vivir con el VIH/SIDA	Brindar información adecuada sobre todas las implicaciones que tiene la	Diseñar cartillas informativas	Para 15 de Abril de 2005, haber diseñado 1 cartilla

	<p>enfermedad.</p>	<p>Diseñar plegables informativos</p>	<p>Para 15 de Abril de 2005, haber diseñado 3 plegables</p>
		<p>Diseñar afiches informativos</p>	<p>Para 15 de Abril de 2005, haber diseñado 3 plegables</p>
			<p>Para mayo 30 de 2005, se espera haber distribuido 200 plegables</p>
	<p>Entrenar a los pacientes en habilidades de autocontrol en conductas de alto riesgo para la enfermedad.</p>	<p>Elaborar un programa de autocontrol</p>	<p>Para Abril de 2005, se espera tener completamente listo el programa de autocontrol</p>
		<p>Desarrollar el programa de autocontrol</p>	<p>Para Julio de 2005, se espera que mínimo 100 pacientes hayan</p>

		Desarrollar talleres educativos	<p>recibido el entrenamiento en autocontrol</p> <p>Para mayo 30 de 2005, se espera haber desarrollado seis talleres con una asistencia mínima de 100 pacientes.</p>
Formar grupos de ayuda mutua con los pacientes.	Organizar grupos de pacientes que compartan preocupaciones y experiencia comunes		<p>En el próximo trimestre se espera haber conformado por lo menos cinco grupo de ayuda mutua con una asistencia de 40 personas en cada grupo</p>

INDICADORES

De gestión	*Se entregaran informes y se harán reuniones semanales, en las cuales se describirán y reportaran lo avances y actividades que se hayan realizado.
De ejecución	<p>*Diseñar mínimo 10 mensajes publicitarios, sobre la promoción del centro.</p> <p>* Haber realizado por lo menos 20 visitas de promoción del centro a las EPS o instituciones que trabajen con VIH/SIDA en Cartagena.</p> <p>*Distribuir por lo menos 300 tarjetas de presentación del centro.</p> <p>*Distribuir el portafolio de servicios del centro, al 100% de las EPS y las instituciones que trabajan con esta comunidad.</p> <p>*Consultar por lo menos 30 artículos científicos y 3 libros de texto especializados en el tema del manejo del paciente con VIH/SIDA.</p> <p>*Timbrar por lo menos 5 resmas de hojas de (evolución. Historia clínica, y</p>

	<p>papelería en general del centro).</p> <p>*Tener elaborados y estudiados el 80% de los paquetes que se van a vender.</p> <p>*Se espera haber vinculado por lo menos a 8 EPS al centro.</p> <p>*Tener elaborados el 80% de los procesos y manuales de funciones de cada uno de los empleados del centro.</p> <p>*Haber diseñado por lo menos 2 protocolos uno de intervención y otro de evaluación.</p> <p>*Se espera haber logrado la asistencia mínima de 200 pacientes y 200 familiares a la psicoterapia individual y grupal.</p> <p>*Se espera haber conformado por lo menos 3 grupos de apoyo para niños, adolescentes y adultos.</p> <p>*Se espera que por lo menos 50 pacientes formen los grupos de apoyo.</p> <p>*Se espera haber diseñado el 80% de los talleres que se van a ofrecer a las instituciones.</p> <p>*Se espera haber desarrollado 4 talleres, con una asistencia mínima de 200 personas y 3 conferencias con 600 personas.</p>
--	--

De impacto	<ul style="list-style-type: none">*Aumento del 80% del conocimiento de los pacientes sobre las implicaciones la enfermedad.*Aumento de un 80% en el manejo de las demandas emocionales de los pacientes con VIH/SIDA y sus familiares, por parte del personal de la salud.*Aumento en la cobertura de programas psicológicos relacionado con el VIH/SIDA.*Renovar contrato por lo menos con 7 entidades prestadoras de salud.

PORTAFOLIO DE SERVICIOS

Psicocenter

Psicocenter es una empresa Outsourcing de Orientación y Apoyo Psicológico para personas con VIH/SIDA y su máximo interés es ser asequible a toda la comunidad de la costa atlántica.

De acuerdo a los datos registrados en el DADIS de la ciudad de Cartagena en el año del 2002 se reportaron 146 casos de personas con VIH con una tasa de 100.000 habitantes, a su vez las tasas de mortalidad incrementaron del 2001 al 2002 de un 41% al 80%, respectivamente. Lo cual es una muestra clara de la alta necesidad de ser participes de esta gran problemática brindando apoyo y formación a aquellos que tanto lo necesitan.

La desinformación en materia de salud, es la mejor aliada de la enfermedad. Si de SIDA se trata, no estar al tanto de las vías de transmisiones una de las ignorancias más frecuentes. Desconocer cómo opera el virus y cómo puede dársele batalla, es una de las lagunas culturales más habituales de los colombianos.

Por lo anterior, la empresa Psicocenter vio la necesidad de trabajar en este campo de la salud para ser una luz de esperanza para todos y cada una de las personas con VIH/SIDA.

Misión

Somos una empresa con ánimo de lucro interesada en promover la calidad de vida de las personas que viven con el VIH/SIDA y brindar apoyo psicológico, emocional y social a través de procesos educativos y terapéuticos.

Visión

Nos vemos en el año 2006 como una empresa líder en la participación intersectorial con una amplia respuesta social organizada, para que todas las personas afectadas por el VIH/SIDA tengan acceso a una atención integral de calidad, en un marco de respeto a la diversidad y los derechos humanos.

Objetivo General

Generar una institución especializada en la atención psicológica del paciente con VIH/SIDA.

Objetivos específicos

- Prestar servicios de orientación y apoyo psicológico a pacientes con VIH/SIDA y familiares.
- Entrenar al personal de salud en las demandas emocionales de los pacientes con VIH/SIDA y sus familiares.
- Capacitar y entrenar al paciente para vivir con el VIH/SIDA
- Formar grupos de ayuda mutua con los pacientes.

Población

Pacientes con VIH/SIDA, sus familiares, equipo de profesionales de la salud y comunidad en general

Localización administrativa

Los servicios que prestara nuestra entidad están dirigidos a:

- Instituciones Prestadoras de Salud (IPS).
- Empresas Promotoras de Salud (EPS).

Servicios que ofrece:**Diseño e implementación de programas relacionados con el VIH/SIDA:**

A partir de la premisa que este diagnóstico (VIH/SIDA) compromete al individuo en su totalidad: como organismo, como persona y como ser social. La infección es vista como parte de una dinámica de constantes ajustes adaptativos entre múltiples niveles de sistemas biológicos, psicológicos e interpersonales. Por lo tanto, es necesario llevar a cabo programas que facilite la adaptación de la persona a los cambios que trae consigo la enfermedad. Los programas serán diseñados de acuerdo a las necesidades propias de la población para así establecer las estrategias adecuadas que permitan una efectiva intervención.

Proporcionar apoyo psicológico a los pacientes por medio de la psicoterapia individual:

La psicoterapia como proceso de transferencia de conocimiento y educación es sumamente importante, en tanto permite el dialogo uno a uno, creando un espacio de confidencialidad y respeto. Dentro de la dinámica de las intervenciones, se tiene la oportunidad de incluir diferentes técnicas acordes al perfil de los pacientes que permita promover un espacio de socialización, fundamental para el bienestar emocional de los mismos.

Promover la creación de redes de apoyo de pareja familiar, amigos y allegados de las personas con VIH/SIDA:

La construcción de la red, para todos los involucrados, pareja familiar, amigos y allegados tiene por objeto incluir el aspecto Psicosocial, ya que está presente independientemente de ser nombrado, y repercute en la cotidianidad y la aceptación del entorno respecto del diagnóstico.

Muchas veces los pacientes con VIH/SIDA no sienten el derecho de acudir a los vínculos familiares ni extrafamiliares, independientemente de su efectividad.

Lo interesante aquí, es que muchas veces aquel núcleo que no fue participado, al enterarse, (generalmente es con la aparición de la enfermedad) se sienten excluidos, lo consideran tarde y lamentan no haber podido participar, colaborar o simplemente haber estado cerca durante toda la etapa anterior. Esto se puede evitar, en la medida en que los pacientes con VIH/SIDA, motivado por el equipo de salud, comprendan el beneficio de compartir la situación con alguna persona significativa, y de este modo ayudarlo a establecer su propia red. A su vez, para estas personas, que apoyan al paciente, existe también un espacio donde compartir, a través de los Grupos para familiares, amigos, pareja.

Estos grupo de apoyo contara con la asesoría por parte de las psicólogas las cuales brindaran información referente a la enfermedad como ¿que es la enfermedad?, el cuidado tanto nutricional como higiénico que requiere el familiar, amigo o pareja, así también el manejo adecuado de las reacciones comportamentales y emocionales, reconociendo el papel que ellos tienen sobre su ser querido que padece de la enfermedad.

Entrenar al personal de salud en el manejo de las demandas emocionales del paciente con VIH/SIDA y su familia:

El objetivo primordial de este servicio es desarrollar conferencias y talleres con el personal de la salud acerca de la complejidad de la enfermedad, con el fin de resaltar la importancia que estos tienen en la atención de la población afectada por el VIH/SIDA. La tarea de los mismos, implica una sobrecarga emocional que convive con la responsabilidad profesional. Por lo anterior, las conferencias estarán enfocadas en brindar información sobre el *como* estimular al paciente en tomar la responsabilidad de su propia situación, ya sea para aliviar, mejorar, resolver, aceptar o convivir con el diagnóstico; A su vez los talleres contarán con diversa información que beneficiara al personal de la salud. Tales como:

- Comunicación asertiva del medico - paciente o del medico -familiar.
- Manejo de situaciones como el llanto, histeria, rabia, de los pacientes en el consultorio.
- Toma de conciencia del efecto emocional que tiene la enfermedad sobre la persona con VIH/SIDA.
- Entrenamiento en habilidades clínicas como la empatía para que el paciente se sienta comprometido con el tratamiento.

Capacitación y entrenamiento para aprender a vivir con el VIH/SIDA:

El VIH/SIDA es una enfermedad que trae consigo, el deterioro físico el cual afecta directamente la parte emocional de la persona, por lo tanto es de suma importancia contar con un espacio para conocer y ampliar información sobre todo lo relacionado con la enfermedad y el manejo de la misma. Los aspectos a tratar en los talleres son los siguientes:

- Que es la enfermedad, el tratamiento y los cuidados tanto de nutrición como de higiene.

- Manejo de las emociones negativas que pueden aparecer en el transcurso de la enfermedad
- Entrenamiento en autocontrol para aquellas conductas de alto riesgo (fumar, tomar alcohol, consumo de drogas, etc.); por medio de talleres educativos.
- Modificación de creencias irracionales que han sido producto de la cultura
- El autoconcepto y autoimagen.

Formación de Grupos de Ayuda Mutua (GAM):

Como seres sociales, todos necesitamos aceptación cuidado y apoyo emocional. También encontramos satisfacción de cuidar y apoyar a quienes nos rodean. Los grupos de ayuda mutua es un grupo de personas con una misma problemática que se reúnen para compartir experiencias y formas de manejar las situaciones, en un intento por ayudarse así mismos, a mejorar sus propias habilidades para controlarlas. Se basan en la creencia de que algunos problemas se pueden resolver por medio del apoyo mutuo por parte de quienes han experimentado las mismas dificultades.

Los beneficios que poseen estos grupos son:

- Compresión y apoyo emocional.
- Grupo de referencia que ofrece aceptación y disminuye el aislamiento social.
- Información y asesoría.
- Modelos sobre como afrontar el estrés en forma efectiva y aumenta la conciencia de los miembros de las alternativas que están disponibles para manejar los problemas.

Incidencia financiera

Recursos humanos	Cantidad	Valor unitario	Valor total
Psicólogas	3	2.000.000	6.000.000
Medico	1	2.500.000	2.500.000
Enfermera	1	1.200.000	1.200.000
Contador	1	1.500.000	1.500.000
Subtotal			11.200.000

Rubros	Cantidad	Financiado	Valor unitario	Valor total
Plegables informativos	250		150	37.500
Folletos educativos	250		200	50.000
Cartillas informativas	200		3.000	600.000
Cinta pegante	3		1500	4.500
Tinta de impresión	1		150.000	150.000
Clips	1 caja		400	400
Cosedora	1 caja		6500	6500
Ganchos de Cosedora	2 cajas		3500	3500
Saca ganchos	1		4500	4500
Perforadora	1		4700	4700
Resma de papel	5		11.500	11.500
Subtotal				10.486.000
Total de Costos				21.686.000

Equipos audiovisuales	Cantidad	Financiado
Televisor	1	IPS / EPS
Películas	1	IPS I / EPS
VIH	1	IPS / EPS
Retro proyector	1	IPS / EPS

ANEXO

Anexo A**ASFIPSI-VIH****Evaluación de aspectos físicos, psicológicos y sociales de las personas con VIH**

Agradecemos de antemano su colaboración en el diligenciamiento de este cuestionario. No hay respuestas correctas ni incorrectas por lo tanto, solo le solicitamos marcar con una X la opción de respuesta que corresponda a su caso. Toda la información que usted consigne en este cuestionario es de carácter completamente ANÓNIMO Y CONFIDENCIAL, por lo que agradecemos igualmente la mayor sinceridad posible en sus respuestas.

Área personal.

1. Edad: _____ años
 2. Sexo: F ___ M ___
 3. Estado civil: casado (a)___ soltero(a)___ viudo(a) ___ unión libre(a) ___
separado(a) ___
 4. Ocupación: _____
 5. ¿Trabaja actualmente? Sí ___ No ___
 6. ¿El trabajo actual es el mismo de antes de desarrollar la enfermedad?
Sí ___ No ___
 7. ¿Tiene UD hijos? Sí ___ No ___
- ¿Cuántos?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	más
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	-----
8. ¿Sabe usted si alguno de sus hijos tiene VIH/SIDA? Si ___ No ___
 9. Describa la ubicación cronológica de este hijo

1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°
----	----	----	----	----	----	----	----

10. ¿Su cónyuge o pareja tiene VIH/SIDA? Sí ____ No ____
11. ¿Tiene UD. conocimiento del decreto 13437 del Ministerio de Salud sobre los derechos de los pacientes con VIH/SIDA? Si ____ No ____

Área sexual

12. ¿Tiene UD. en la actualidad actividad sexual? Si ____ No ____
13. ¿Con cuántas persona? Una ____ Varias ____
14. Tiene UD. relaciones: Homosexuales ____ Heterosexuales ____
Bisexuales ____
15. En su actividad sexual actual UD. utiliza condón:
Siempre ____ Algunas veces ____ Nunca ____
16. ¿Por qué?

17. ¿Su vida sexual ha cambiado desde que usted supo que está enfermo?
Sí ____ No ____
18. ¿Porque?

Área familiar-social

19. ¿Sus familiares tienen conocimiento de su enfermedad? Sí ____ No ____
20. Su relación con sus familiares es: Buena ____ Regular ____ Mala ____
21. ¿Con que frecuencia visita a los miembros de su familia?
Muchas veces ____ Pocas veces ____ Rara vez ____
22. ¿Fuera de su familia, que tanto se relaciona usted con otras personas?
Mucho ____ Poco ____ Nada ____

23. ¿Considera que las relaciones laborales son iguales ahora que antes del diagnóstico?

Sí _____ No _____

Área de salud

24. Consume usted: Drogas _____ Alcohol _____ Cigarrillo _____ SPA _____

25. ¿Está UD. afiliado a una Entidad Promotora de Salud? Si _____ No _____

26. ¿Recibe UD. atención médica apropiada? Si _____ No _____

27. ¿Tiene conocimiento de las precauciones necesarias para su cuidado?

Si _____ No _____

28. ¿Ha recibido atención psicológica después del diagnóstico? Si _____ No _____

29. ¿Ha recibido tratamiento psicológico antes? Sí _____ NO _____

30. ¿Mencione cómo fue esa experiencia? Positiva _____ Negativa _____

31. ¿Cree usted que un psicólogo podría colaborarle de alguna manera?

Sí _____ No _____

32. ¿Cómo?

33. ¿Cómo calificaría el grado de conocimientos que tiene acerca de su enfermedad? Muy alto _____ Alto _____ Medio _____ Bajo _____ Muy bajo _____

34. La importancia que le doy a mi apariencia física es:

Mucha _____ Poca _____ Nada _____

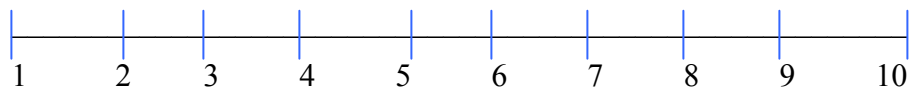
Área emocional

35. Cuando recibió el diagnóstico de VIH/SIDA usted sintió:

	Si	No
Ansiedad		
Desesperación		
Miedo		
Preocupación		

Angustia		
Deseo de morir		
Que no podía ser cierto, que no le podía estar pasando esto a usted		
Rabia		

36. Indique su grado de satisfacción con los aspectos que se mencionan a continuación, considerando que 1 es muy insatisfecho y 10 completamente satisfecho

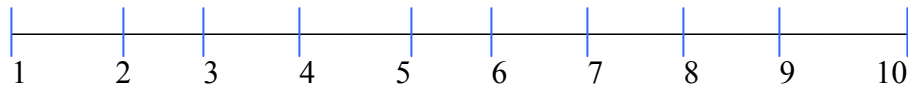


Muy insatisfecho

Completamente satisfecho

- a. En las relaciones con mi familia, me siento:
- b. En las relaciones con mis amigos, me siento:
- c. En las relaciones con mi pareja, me siento:
- d. En las relaciones con mis compañeros de trabajo o estudio, me siento:
- e. En las relaciones con mi médico tratante, me siento:
- f. En las relaciones con el equipo de profesionales de la salud que me trata, me siento:
- g. En mi vida sexual, me siento:
- h. Con mi estado de salud, me siento:
- i. Con mi capacidad de producción a nivel laboral, me siento:
- j. Con los servicios obtenidos de mi EPS, me siento:
- k. Con el tratamiento que estoy recibiendo para controlar la enfermedad, me siento:

37. Indique el grado en el que usted ha experimentado las siguientes emociones durante la última semana, considerando que 1 es nunca y 10 es siempre (es decir, todo el tiempo)



Muy insatisfecho

Completamente satisfecho

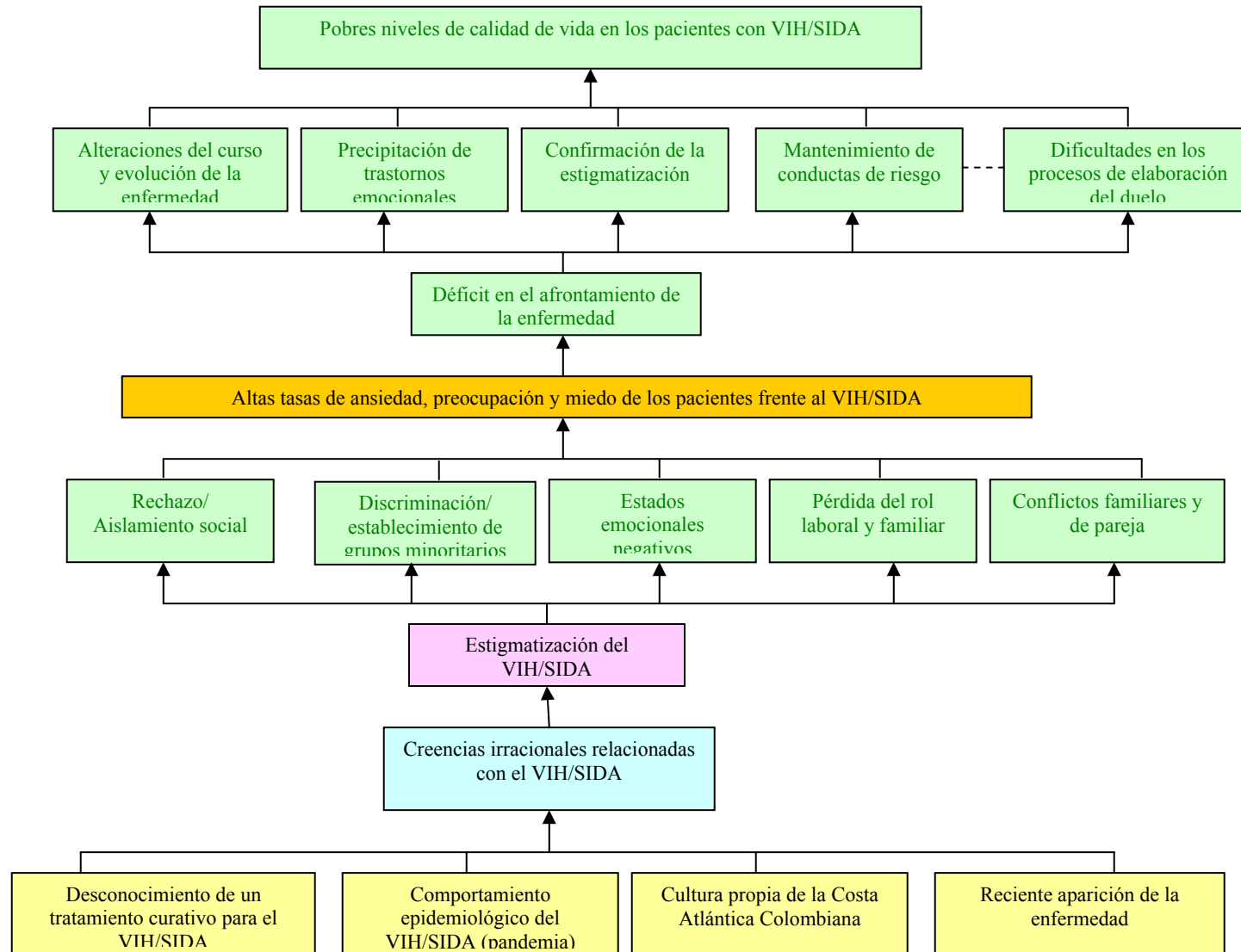
- a. Miedo
- b. Angustia
- c. Tristeza
- d. Rabia
- e. Desesperación
- f. Alegría/felicidad
- g. Tranquilidad
- h. Confianza en el tratamiento
- i. Confianza en su médico
- j. Odio
- k. Deseos de vengarse de otros por tener esta enfermedad
- l. Ganas incontrolables de llorar
- m. Ganas de estar solo, aislado del mundo
- n. Ganas de morirse
- o. Soledad
- p. Mal genio
- q. Estrés

38. Mencione cuál es su mayor temor en este momento en relación con su enfermedad:

39. Mencione qué ha sido lo más complejo de afrontar para usted desde que está enfermo:

Anexo B

ARBOL DE CAUSA - EFECTO



Anexo C

ARBOL DE OBJETIVOS

