

VIH: Una mirada a la luz de lo psicosocial

HIV: A look under the psycho-social light

Bernardo Ángel Tobón y John Jairo García Peña

Universidad Católica Luis Amigó¹

Autor para correspondencia: Bernardo Ángel Tobón, canajas@hotmail.com.

RESUMEN

Objetivo: Este artículo hace un recorrido por estudios relacionados con el VIH para analizar la adherencia al tratamiento farmacológico, la calidad de vida respecto a la salud y el impacto del diagnóstico en los niveles emocional, familiar y psicosocial. *Método:* Se realizó una revisión a partir de 67 artículos localizados en bases de datos de revistas indizadas, como Scielo, Redalyc, Biblioteca Virtual de la Universidad Nacional de Colombia, Google Académico y diversas revistas de la Universidad Autónoma de México (UNAM). *Resultados:* Dicha búsqueda permitió rastrear algunos aspectos relacionados con el impacto psicosocial, en términos de adaptabilidad de la persona consigo misma, con la familia y con su contexto sociocultural. *Discusión:* Se encontró que los estudios sobre el tema coinciden respecto a la importancia de un acompañamiento familiar y un equilibrio contextual para soportar las dificultades que un diagnóstico como el VIH trae consigo.

Palabras clave: VIH/Sida; Impacto psicosocial; Calidad de vida; Adherencia al tratamiento.

ABSTRACT

Background. *The present article takes a tour of HIV-related studies on adherence to pharmacological treatment, health-related quality of life, and the impact of the HIV+ diagnosis on emotional, family, and psychosocial variables.* Method. *The analysis reviewed 67 articles from databases of indexed journals such as Scielo, Redalyc, the Virtual Library of Colombia's National University, Google Academic, and the database of Mexico's National University (UNAM).* Results. *The analysis allowed for tracing aspects of the psychosocial impact, in terms of adaptability within him/herself, with the family, and their socio-cultural context.* Discussion. *Most studies converge on stressing the importance of family accompaniment and contextual balance to withstand the difficulties entailed by a HIV diagnosis.*

Key words: HIV/AIDS; Psychosocial impact; Quality of life; Adherence to treatment.

Recibido: 16/10/2020

Aceptado: 06/03/2021

¹ Facultad de Psicología y Ciencias Sociales, Transversal 51A # 67B 90, Medellín, Colombia. Correos electrónicos: canajas@hotmail.com y john.garciape@amigo.edu.co.



El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) no solo deteriora el sistema inmunológico de la persona que lo padece, sino que genera una serie de dificultades emocionales que trascienden el entorno familiar y social; por tanto, el síndrome que genera puede enmarcarse como un fenómeno del orden psicosocial. En este sentido, para su mejor comprensión vale la pena profundizar en aspectos psicosociales relacionados a este padecimiento.

Desde el descubrimiento en 1981 del VIH/Sida en Estados Unidos, hasta el año 2019, se estima que el número de personas en el mundo con el virus varía entre 35 y 39 millones (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida [ONUSIDA], 2012); se afirma, además, que hasta ese último año las personas que han muerto por su causa van de 940 mil a 1.3 millones, aproximadamente, con entre 1.8 y 2.4 millones de nuevos infectados. Esto demuestra que el VIH/Sida sigue siendo un problema de salud pública en el mundo actual.

A pesar de los esfuerzos realizados por el ONUSIDA (2012), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2002) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004, 2005,

2014) para evitar que el virus se difunda, cada día se registran nuevas personas infectadas en los diversos sistemas de salud en todo el mundo, por lo que continúa siendo un problema de absoluta vigencia que requiere de más y más profundos estudios.

Camino recorrido

El rastreo bibliográfico efectuado permitió identificar artículos sobre este tópico en revistas indizadas publicadas de 2000 a 2019. Se incluyeron artículos hallados en bases de datos académicas como Scielo, Redalyc, Google Académico, Biblioteca Virtual de la Universidad Nacional de Colombia y diversas revistas de la UNAM. Se consultó un total de 67 artículos organizados de la siguiente manera: 31 artículos científicos de investigación en Colombia, de los cuales se privilegiaron 12, entre ellos una tesis de grado doctoral. No se incluyeron 7 artículos porque estaban publicados antes de la fecha considerada, ni 13 más que, si bien trataban sobre el VIH/Sida, no correspondían a las categorías propuestas. En las Tablas 1 y 2 se relacionan las investigaciones realizadas en Colombia.

Tabla 1. Investigaciones realizadas en ciudades de Colombia.

Autor(es)	Ciudad	Año
Arrivillaga (2010a).	Bogotá, Cali, Medellín,	2010
Arrivillaga (2010b).	Villavicencio y Pasto	2010
Bula, Einarson y Lopera (2010).	Cali	2010
Cardona (2010).	Bogotá	2010
Lopera, Martínez y Ray (2011).	Medellín	2011
Cardona, Duque, Leal, López y Peláez (2011).	Bogotá D.C.	2011
Arrivillaga y Salcedo (2012).	Medellín Bogotá D.C	2012
Galindo, Gómez, Mueses, Tello y Varela (2013).	Medellín	2013
Varela y Hoyos (2015).	Cali	2015
Barraza, Correa, Correa, Orozco, Uribe, Villa y Zapata (2012).	Medellín	2012

Tabla 2. Investigaciones realizadas en departamentos de Colombia.

Autor(es)	Departamento	Año
Tovar y Arrivillaga	Valle del Cauca	2011
Lancheros	Boyacá	2014

Se encontraron 35 artículos relacionados con el tema, publicados en otros países, de los cuales se incluyeron 23 para el análisis. En la Tabla 3 se

presentan los autores, países y años en que fueron efectuados dichos estudios.

Tabla 3. Relación de estudios hechos en otros países.

Autor(es)	País	Año
Tavera.	Perú	2010
Ayala y Moreno.	Venezuela	2015
Martín, González, Romero y Romero.	Cuba	2012
Fierros, Piña, Sánchez-Soza e Ybarra.	México	2011
Piña.	México	2013
Bautista y García.	México	2011
Álvarez, Cantú, Martínez y Torres.	México	2012a
Álvarez, Cantú, Martínez y Torres.	México	2012b
Caballero, Campero, Herrera, Kendall y Zarco.	México	2010
Almanza y Flores.	México	2012
Cambambia, Sainz, Galindo, Mendoza, Gil y Soler.	México	2010
Moral y Chávez.	México	2015
Almanza y Flores.	México	2011
Almanza y Flores.	México	2012
Obiols.	Argentina	2012
Alvarado, Wolff y Wolff.	Chile	2010
Ekstrand, Crosby y De Carlo.	Estados Unidos	2003
Barra.	Chile	2003
Fernández, Hernández y Siegrist.	España	2001
Piña, Dávila, Sánchez-Sosa, Togawa y Cázares.	México	2013
Urzúa.	Chile	2010
Vilató, Martín y Pérez.	Cuba	2015
Villa y Vinaccia.	México	2006

Cabe mencionar que se incluyó un estudio global de Orza *et al.* (2015), en el que se vincularon mujeres de varios países en todo el mundo. También se incluyeron una caracterización psicológica de personas con VIH/ Sida en dos hospitales de

Luanda (República de Angola), llevada a cabo por expertos cubanos (Gamba, Hernández y Bayarre, 2010), y un metaanálisis de 19 investigaciones efectuadas con 3,348 personas de once países (Cardona e Higuita, 2014) (ver tabla 4).

Tabla 4. Estudios globales.

Autor(es)	Año
Gamba, Hernández y Bayarre.	2010
Cardona e Higuita.	2014
Orza, Bewley, Moroz, Logie, Strachan, Tyler, Vázquez y Welbourn.	2015

De estos 38 artículos, quince se hicieron con hombres y mujeres; en seis participaron solamente mujeres, y en cuatro, pacientes con al menos uno de los integrantes de sus familias que conocía su diagnóstico. Cuatro de los artículos consistieron en revisiones bibliográficas, y en uno de ellos participaron los profesionales encargados de la atención primaria a los pacientes con VIH/Sida. No se encontraron estudios realizados exclusivamente con hombres, aunque en los estudios mixtos hubo una prevalencia importante de casos en los que la mayoría eran hombres. Es de anotar que en la población masculina hay una alta tasa de infección, y que por cada tres hombres infectados hay una mujer (ONUSIDA, 2012). Además, es de subrayar que dichas investigaciones coinciden en que la edad promedio de la enfermedad se encuentra entre los 20 a los 40 años de edad, una población sexualmente activa.

RESULTADOS

Como aporte a la reflexión teórica, para presentar este contenido temático se crearon las siguientes categorías: Adherencia y su relación con factores internos y externos al paciente, Calidad de vida relacionada con la salud, Impacto psicológico, Impacto familiar e Impacto psicosocial.

La adherencia y su relación con factores internos y externos al paciente

La adherencia consiste en “el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas” OMS (2004, p. 9) y la conciencia para aceptar su tratamiento. Abunda en el mismo texto:

“Buscar atención médica, conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación apropiadamente, vacunarse, cumplir con las consultas de seguimiento y ejecutar las modificaciones en los comportamientos que abordan la higiene personal, el autocuidado del asma o la diabetes, el tabaquismo, la anticoncepción, los comportamientos sexuales riesgosos, el régimen alimentario inadecuado y la actividad física escasa”.

Con este aporte queda explícita la relación fundamental en la modificación de hábitos y prác-

ticas en los pacientes de acuerdo con su enfermedad, así como la adherencia consistente en buscar el debido acompañamiento profesional si se tienen dudas frente al mismo.

La adherencia al tratamiento antirretroviral es un aspecto importante para el análisis puesto que determina la forma en que se toman los medicamentos, la medida en que el paciente lo comprende y lo incorpore como un estilo de vida. Cuando ello no ocurre de manera adecuada, es necesario analizar los motivos por los cuales las personas con VIH no acceden o no ingieren dichos medicamentos, lo que amerita ser conocido y comprendido para encontrar alternativas que hagan posible minimizar los efectos de la falta de adherencia a dichos tratamientos farmacológicos (Piña *et al.*, 2008; Villa y Vinaccia, 2006).

La adherencia a la terapia antirretroviral ha sido objeto de un considerable interés por parte de investigadores en todas las latitudes del globo dado que es un factor importante para encontrar los mejores resultados en torno a la planificación de tratamientos efectivos y eficientes y lograr cambios importantes en la salud de los pacientes; sin adherencia, no es posible disminuir la frecuencia ni el impacto de la enfermedad (OMS, 2014).

Varios investigadores reportan las importantes relaciones que hay entre la posición socioeconómica y la adherencia terapéutica al tratamiento. Así, Cambambia *et al.* (2010), Arrivillaga y Salcedo (2012), Galindo *et al.* (2013) y Varela y Hoyos (2015) señalan que hay considerables barreras de acceso a los servicios terapéuticos para la población con escasos recursos económicos, puesto que en su gran mayoría estas personas no cuentan con los medios económicos para asistir a las citas de control, sumado además a que las mujeres –principalmente las que son las cabezas de familia– deben sostener a sus hijos con ingresos insuficientes, lo que dificulta la permanencia en el tratamiento y, a la vez, la manutención del hogar, toda vez que por lo general tienen trabajos informales y les es imposible establecer horarios para la toma de los medicamentos antirretrovirales.

Galindo *et al.* (2013) hallaron que los pacientes menores de 40 años tienen 3.5 veces menos oportunidades de no adherirse a la terapia farmacológica que los que tienen 40 años o más;

asimismo, que los pacientes menores de 40 años tienen por lo general la creencia de que no sufrirán un deterioro en su salud, por lo que abandonan el tratamiento; reportan también que a mayor edad, mayor concepción del autocuidado, porque las personas mayores suponen que pueden tener una mayor probabilidad de enfermar. De acuerdo con lo anterior, la edad es un factor significativo para comprender la enfermedad y sus correspondientes cuidados.

En la misma línea, Piña (2013) encontró que el razonamiento que subyace a ese interés radica en que la edad por sí sola no garantiza más que la identificación de relaciones de correspondencia entre una diversidad de conductas que se ajustan a los criterios convencionales, en tanto conducta social.

En otros estudios se nota una dicotomía en lo que respecta a la edad, pues esta no necesariamente influye de manera directa en la adhesión a la terapia farmacológica porque se pueden encontrar factores como los psicológicos y sociales que afectan aún más la adherencia al tratamiento (Fierros *et al.*, 2011). En cambio, lo que sí parece ser determinante en la terapia antirretroviral es el tiempo en que fue dado el diagnóstico; según sea menor o mayor el tiempo con el que una persona seropositiva haya vivido con el virus, ciertas variables psicológicas serán las que se vuelvan más significativas en los distintos momentos del continuo de interacción (Fierros *et al.*, 2011). De ahí que lo determinante en la adherencia sea el tiempo de contagio.

De igual manera, las personas con VIH atraviesan diferentes estadios psicológicos, desde la incredulidad y la negación, hasta la aceptación y asimilación de la enfermedad. Estas últimas fases hacen posible la adherencia al tratamiento antirretroviral; por el contrario, cuando lo que se enfatiza son las emociones de frustración, desesperanza o impotencia ante el diagnóstico, estas se convierten en un impedimento para tomar plena conciencia de la necesidad del tratamiento. Barra (2003) y Fierros *et al.* (2011) coinciden en que solo con el paso del tiempo es posible vencer las citadas emociones, una vez que la persona infectada comprende la importancia del autocuidado.

En investigaciones realizadas en Camagüey (Cuba), como la de Martín *et al.* (2012) y la de Vilató *et al.* (2015) se ha puesto de manifiesto el desconocimiento que existe para brindar una óptima atención médica a las personas con VIH/Sida, ya que no se reconocen los elementos esenciales del término *adherencia terapéutica*.

De hecho, la adherencia al tratamiento está determinada por la información y el apoyo que se recibe por parte del personal asistencial que brinda el tratamiento, además, de una manera muy precisa, por los factores psicológicos, familiares y socioeconómicos ya citados.

Esas investigaciones resaltan asimismo que todavía es común hallar que el equipo de profesionales desconozca los elementos necesarios para orientar a los pacientes respecto a su tratamiento antirretroviral.

Bautista y García (2011) señalan que entre mayor es el apoyo y menor la estigmatización, más intensa es la adherencia terapéutica, con lo cual es evidente que el estigma generado por el diagnóstico genera un rechazo que interfiere con el proceso de adherencia, lo que implica que el paciente tenga más dificultades para asumir con responsabilidad su tratamiento.

Los estudios efectuados en Colombia ponen de manifiesto que la adherencia al tratamiento va más allá de cuestiones meramente intrínsecas, pues hay factores externos –como la relación médico-paciente– que, sumados a las dificultades que tiene el sistema de salud, pueden impedir que la terapia farmacológica tenga óptimos resultados.

Al respecto, Urzúa (2010) manifiesta que el tipo de afiliación al sistema de salud en Colombia afecta la adherencia de las mujeres, y según Lopera, Martínez y Ray (2011), las barreras que impone surgen en torno a problemas relacionados con la afiliación permanente y el acceso real a los servicios de salud de las personas con VIH, donde se encuentran problemas técnicos y éticos en la calidad de tales servicios, como la tramitología que obstaculiza dicho acceso y los constantes cambios de las empresas prestadoras de salud, lo que se exacerba, por ejemplo, por la liquidación de las mismas, especialmente en el régimen subsidiado por parte del gobierno nacional, sumado a que en

muchas ocasiones los usuarios deben recurrir a acciones legales, como la acción de tutela, trámites que requieren de un tiempo considerable y que obstaculizan el suministro de medicamentos y la instrumentación de tratamientos para la enfermedad.

Es de notar que el actual sistema de salud en Colombia se divide en los regímenes subsidiado y contributivo; las personas con el régimen subsidiado pertenecen a un estrato socioeconómico bajo, situación que nuevamente pone de manifiesto la condición social y económica de la persona con VIH, en esta ocasión respecto al sistema de salud vigente.

Los reportes de investigaciones han registrado situaciones similares. A este efecto, Galindo *et al.* (2013) encontraron que los pacientes que pertenecen a estratos socioeconómicos bajos, al estar en el régimen subsidiado, tienen cinco veces más probabilidad de no adherirse a la terapia farmacológica que los de los estratos medios o altos, puesto que estos últimos pueden hallar mejores oportunidades de atención. En el mismo sentido, Lopera *et al.* (2011) indican que las principales barreras para la adherencia de las mujeres con VIH/ Sida están determinadas por el sistema de salud vigente en Colombia.

Los obstáculos que impone el sistema de salud están ocasionando problemas y retrocesos en el acceso al tratamiento de esta población, lo que entorpece su calidad de vida, como lo indican Lopera *et al.* (2011), cuando afirman que dichos obstáculos y la falta de adherencia a los medicamentos pueden producir resistencia del virus y, con ello, situaciones terapéuticas, sociales y económicas muy difíciles para los pacientes, sus familias y los sistemas de salud.

La calidad de vida relacionada con la salud

Por lo dicho hasta aquí, la calidad de vida está determinada por varios factores, de los cuales los más relevantes están relacionados con el estrato socioeconómico, la alimentación, las relaciones sociales, las creencias y el grado de satisfacción con la vida; sin embargo, las investigaciones enlistadas muestran que, en esta población, el estado psicológico, con características más subjetivas que objetivas, es determinante para su calidad de vida.

A ese respecto, Cardona *et al.* (2011) afirman que la calidad de vida relacionada con la salud está determinada por aspectos psicosociales y económicos, más que por los aspectos biológicos inherentes a la infección. Para Lopera *et al.* (2011): “Las particularidades del virus del VIH, su alta mutabilidad, el tiempo de evolución de la enfermedad, el estado inmunológico y nutricional son fenómenos que inciden de manera importante en la situación clínica del paciente y a su vez afectan la relación con el medio en el cual se desarrolla el individuo” (p. 60). Así, “los pacientes con disfuncionalidad familiar, estados de soledad y abandono, bajos ingresos económicos, desempleados, quienes estaban insatisfechos con su situación vital y apoyo familiar, son quienes obtienen la menor puntuación dentro de las escalas de evaluación de la calidad de vida” (Cardona *et al.* (2011, p. 541).

Otro aspecto importante sobre la calidad de vida y la salud es que entre más alto es el nivel educativo, mayor es la aceptación del diagnóstico en virtud de que es más factible el acceso a la información y, por lo tanto, la atención de la enfermedad.

La espiritualidad es asimismo un aspecto importante que afecta positivamente la calidad de vida porque mitiga el estrés, provee ímpetu y esperanza para sobreponerse a las dificultades, induce el autocuidado por la concepción del cuerpo como templo, posibilita la participación en cultos grupales, lo que genera calma y paz interior, y facilita y fortalece las relaciones sociales (Cardona e Higuaita, 2014). Estos factores responden a lo que Varela y Hoyos (2015) denominan “adherencia al tratamiento no farmacológico”, la cual tiene que ver con los factores psicosociales necesarios para contar con una mejor calidad de vida, los que exigen otros comportamientos y prácticas, como una alimentación balanceada, una actividad física más frecuente y un adecuado manejo de las emociones.

Cardona (2010) apunta que los medicamentos antirretrovirales mejoran la calidad de vida para los pacientes en la fase de Sida; no obstante, para los pacientes asintomáticos estos antirretrovirales reducen la calidad de vida en razón de que la misma se ve afectada por los efectos secundarios de dichos medicamentos, cuando es una etapa en la que es necesario contar con todo el apoyo de que se disponga.

Vale resaltar otro aspecto a tener en cuenta respecto a la calidad de vida y el VIH, expuesto por Cardona (2010) al plantear que la calidad de vida puede verse afectada por las conductas sexuales de riesgo; el consumo de alcohol, marihuana y bazuco; el frecuente recambio sexual y la carencia de métodos de protección de barrera, los que denotan alteraciones en el ámbito psicológico.

Impacto psicológico

En el análisis de Caballero *et al.* (2010) se señala que las personas expresan de diversas maneras que, al saberse infectadas, experimentan un profundo dolor y manifiestan que demoran en entender por qué han adquirido el VIH. Es decir, las personas recién diagnosticadas con VIH encaran un proceso de asimilación y confrontación en el que deben aceptar que el virus formará parte de sus vidas desde ese momento, lo que para la mayoría genera incertidumbre, temores y cambios que pueden corresponder del orden de lo negativo, pero que también suelen ser positivos. Dichos autores afirman también que el efecto es mayor en las mujeres por pertenecer al mundo privado², mientras que los hombres forman parte del mundo público³. Se puede inferir que los hombres podrían tener sospechas más claras sobre el diagnóstico, mientras que para las mujeres es frecuentemente insospechado, lo que les genera un impacto psicológico más agudo y un mayor rechazo social; además, dicho impacto económico puede ser aún mayor para las mujeres cuando tienen hijos. Lo anterior coincide con los datos arrojados por la investigación de Orza *et al.* (2015), quienes expresan que las mujeres experimentan un significativo aumento en la incidencia de problemas de salud mental tras el diagnóstico.

Lopera *et al.* (2011) hallaron que a lo largo del proceso se generan sentimientos y actitudes

² *Mundo privado* es aquel que se encuentra ligado al hogar y al cuidado de los hijos. Caballero *et al.* (2010) aluden una idea de la sexualidad femenina ligada a la fidelidad marital y al deber de complacer los deseos y preferencias del varón.

³ *Mundo público* es la función de proveer al hogar y atender las cuestiones económicas, y por lo tanto incorpora ideas de una sexualidad masculina siempre activa, relacionada con el deseo y el disfrute propios.

como culpa, temor, vergüenza, estigmatización, discriminación, aislamiento, exclusión, rechazo, agresión física y verbal y abandono tanto de la persona infectada, como de su familia, habiendo una estrecha relación de este tipo de emociones con la capacidad para afrontar situaciones complejas.

Un aspecto importante del impacto psicológico ante al diagnóstico del VIH, de acuerdo con Alvarado, Wolff y Wolff (2010), es la depresión, la cual constituye uno de los principales trastornos psiquiátricos que aquejan a los pacientes con infección por VIH, cuya prevalencia está en torno a 37%, dos a tres veces más alta que en la población general. Tal dato coincide con los del estudio de Gamba *et al.* (2010), que concluye que tal depresión se debe a que el diagnóstico de VIH implica una reevaluación de la vida y a que es una respuesta defensiva ante un entorno familiar y social desfavorables, en los que puede haber rechazo, maltrato físico y psíquico, estigma y discriminación.

Almanza y Flores (2013) señalan que para algunos pacientes con VIH/Sida la vida adquiere un sentido pesimista o definitivamente trágico, por lo que el frecuente el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, lo que es un derivado de una depresión latente no resuelta.

En el estudio llevado a cabo en Venezuela, por Ayala y Moreno (2015) se encontró una relación estadísticamente significativa entre el nivel de autoestima y el estadio de la enfermedad, evaluado mediante el conteo de los CD4⁴, esto es, que a mayor progresión de la enfermedad, menores son los niveles de autoestima. Asimismo, la citada investigación encontró que el recuento de los TCD4 mostró un mayor promedio en los pacientes con autoestima alta y que el promedio más bajo se registra en aquellos pacientes con autoestima baja, con una diferencia estadísticamente significativa, lo que podría demostrar que el VIH no solo afecta físicamente al organismo, sino que trasciende al campo psicológico, e inclusive al mundo psicosocial de la persona contagiada.

⁴ Células que constituyen una parte esencial del sistema inmunitario, en lo cual su función es alertar al sistema inmunitario sobre la presencia de patógenos o de errores en la representación de las células.

Impacto familiar

Tras conocerse el diagnóstico del VIH, de acuerdo con Almanza y Flores (2012), se busca asumir la realidad del estigma y la discriminación, y por ello se desarrollan estrategias para encubrir u ocultar el diagnóstico a fin de no evitar esas consecuencias en los espacios íntimos, como la familia, las amistades o la pareja, así como en espacios públicos como el lugar de trabajo, los servicios de salud o la comunidad.

Es claro entonces que el diagnóstico del VIH sigue teniendo un impacto no solamente en el paciente, sino también en todo su contexto vital, por lo cual, aun en pleno siglo XXI, se recurre a diferentes estrategias de ocultamiento. La familia incluso llega a afirmar que el miembro infectado tiene una enfermedad distinta, pues teme que el rechazo social se generalice hacia ella, incluso después de la muerte de aquel.

En investigaciones como las de Ekstrand, Crosby y De Carlo (2003), Cambambia *et al.* (2010) y Bautista y García (2011) se apunta que por lo general las familias generan un rechazo que puede ser más explícito según sus condiciones de funcionalidad, situación socioeconómica y formación educativa, y coinciden en afirmar que puede ser más problemático en familias disfuncionales de estrato socioeconómico bajo. Sin embargo, Moral y Chávez (2015) muestran que la discriminación familiar, en comparación con la que se observa en otros ámbitos sociales, es significativamente menor.

En este mismo sentido, Almanza y Flores (2011) aseveran que con el VIH, al igual de lo que ocurre con otras enfermedades crónicas, los familiares tienden a convertirse en testigos empáticos del sufrimiento, por lo que construyen relaciones para el cuidado, por lo que la colaboración de los pacientes, sus familias y los servicios de salud se fortalecen a través del tiempo. Así, la familia se vuelve un punto de apoyo para el paciente porque le hace posible estabilizar su crisis, convirtiéndose en un importante aliado en el acompañamiento y la identificación de las enfermedades oportunistas que aparecen; es, pues, el núcleo familiar un anclaje mediante el cual se solidifican nuevas expectativas frente a la vida y el tratamiento de

la enfermedad, las que se ven reflejados en la interacción con el mundo social del paciente y la elaboración del sufrimiento causado por el VIH.

Impacto psicosocial

En un estudio llevado a cabo en Argentina por Obiols (2012) se pone de manifiesto que el VIH afecta las relaciones de la persona con todo su entorno, desde el vínculo con ella misma, hasta la relación con su pareja, hijos, familias de origen, amistades y contexto laboral y académico. Es además evidente el impacto del diagnóstico de VIH no únicamente en lo emocional subjetivo, sino que trasciende las fronteras de las relaciones intersubjetivas contextualizadas, generando comúnmente el aislamiento social, laboral e incluso familiar.

Así, puede entenderse el efecto psicosocial de ese perjuicio en las múltiples dimensiones de la vida cotidiana de la persona, donde no solo se menoscaba su subjetividad física y emocional, sino también sus ámbitos familiares, sociales, laborales, académicos, económicos y hasta políticos.

Es por ello compleja la interpretación de lo que es realmente la enfermedad y las implicaciones de todo tipo que ella engloba. El trabajo realizado por Lopera (2010) concluye que los fenómenos físicos y psicológicos estarían desempeñando un papel importante en la modulación de las relaciones de la persona consigo misma, pero igualmente pesan las que implican a otros miembros de la familia y otras redes sociales, incluida la red socio-laboral y comunitaria.

La perspectiva psicosocial hace factible comprender las consecuencias que el contexto exige todavía a las personas infectadas con VIH, y también pone de manifiesto la pertinencia de una adecuada planeación de la atención en el área de la salud de los factores mencionados, a fin de fortalecer una adecuada adherencia y obtener mejores resultados del tratamiento. Es decir, se trata de prestar una atención más integral que no solamente aborde el campo médico-farmacológico y la promoción de estilos de vida saludables, sino muy principalmente el contexto psicosocial para tener en cuenta el complejo proceso que implica el VIH para esta población en particular, para de esta forma vigorizar

zar la calidad de vida del individuo afectado desde los puntos de vista emocional, interpersonal, laboral, académico y económico.

DISCUSIÓN

La mayoría de las investigaciones coinciden en que las personas con dificultades socioeconómicas son más vulnerables que aquellas con mayor poder adquisitivo, lo que tiene considerables implicaciones en su calidad de vida y en el proceso de asumir las recomendaciones del personal médico.

En la familia, se identifican mecanismos como la negación o el rechazo del diagnóstico, puesto que se teme la estigmatización y la discriminación en los espacios públicos. Pero precisamente un factor importante que influye en la adherencia al tratamiento es el acompañamiento familiar y el soporte psicosocial que recibe el paciente con VIH/

Sida, los cuales permiten que se supere la estigmatización y la discriminación.

El proceso de adherencia al tratamiento antirretroviral se ve afectado por el sistema de salud al que pertenezca la persona, y también se ha encontrado que la calidad de la información que brinda el personal que atiende sobre la enfermedad y su tratamiento tiene un importante efecto en dicho proceso.

Al momento del diagnóstico del VIH/Sida el paciente sufre un significativo choque emocional y un dolor profundo, así como incertidumbre, ansiedad, culpa, sentimientos de vergüenza y auto-rechazo, emociones todas ellas que es necesario resolver en las diferentes dimensiones de la vida de la persona a fin de que tenga una conciencia de la enfermedad más exacta, y afronte de una mejor manera las consecuencias psicosociales que esta conlleva; es decir, que realice de un modo más adecuado los procesos de acomodación, asimilación y comprensión de la enfermedad.

Citación: Ángel T., B. y García P., J.J. (2022). VIH: Una mirada a la luz de lo psicosocial. *Psicología y Salud*, 32(2), 215-225. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i2.2743>.

REFERENCIAS

- Almanza A., A.M. y Flores P., M.F. (2011). Narrativas familiares acerca del VIH en la era del acceso al tratamiento antirretroviral. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4). Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/28904/26860>.
- Almanza A., A.M. y Flores P., M.F. (2012). Resistencia a la discriminación: narrativas familiares acerca de la infección por VIH. Un estudio exploratorio. *Psicología y Salud*, 22(2) 173-184. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/531>.
- Alvarado, R., Wolff, C. y Wolff, M. (2010). Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. *Revista Chilena de Infectología*, 27(1), 65-74.
- Álvarez B., J., Cantú G., R., Martínez S., O. y Torres L., E. (2012a). Impacto psicosocial en personas que viven con VIH-sida en Monterrey, México. *Psicología y Salud*, 22(2), 163-172.
- Álvarez B., J., Cantú G., R., Martínez S., O. y Torres L., E. (2012b). Impacto psicosocial asociado al diagnóstico de infección por VIH/sida: apartados cualitativos de medición. *Medicina, Salud y Sociedad* [Revista electrónica], 2, 1-30.
- Arrivillaga, M. (2010a). Análisis de las barreras para la adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/sida: cuestión de derechos de salud. *Salud Pública de México*, 52(4), 350-356.
- Arrivillaga, M. (2010b). Dimensiones de adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/SIDA: una perspectiva social. *Revista Latinoamérica de Psicología*, 42(2), 225-236.
- Arrivillaga, M. y Salcedo, J. (2012). Intersecciones entre posición socioeconómica, mecanismos psicológicos y comportamientos de adherencia en VIH/SIDA: aproximación cualitativa desde la perspectiva del curso de vida. *Pensamiento Psicológico*, 10(2), 49-64.
- Ayala R., F. y Moreno, J. (2015) Nivel de autoestima y su relación con el valor absoluto de linfocitos TCD4 en pacientes que viven con VIH/SIDA. *Medicina Interna*, 31(3), 146-153
- Barra A., E. (2003). Influencia del estado emocional en la salud física. *Terapia Psicológica*, 21(1), 55-60.

- Barraza, Y., Correa, C., Correa, M.E., Orozco M., M., Uribe M., T., Villa C., M. y Zapata A., M. (2012). Habitantes de la calle y tuberculosis: una realidad social en Medellín. *Eleuthera*, 6 (enero-junio), 101-126.
- Bautista S., L. y García T., M.I. (2011). Estigmatización y apoyo familiar: coadyuvantes para la adherencia terapéutica del portador del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Atención Familiar*, 18(1), 4-8.
- Bula J., I., Einarson, T. y Lopera, M. (2010). *Impacto social y económico del VIH en individuos y familias de Bogotá 2008-2009: Un resultante de los procesos micro y macrosociales del contexto*. Tesis doctoral inédita. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/2716/1/597597.2010.pdf>.
- Caballero, M., Campero, L., Herrera, C., Kendall, T., y Zarco, Á. (2010). Soporte emocional y vivencias del VIH: Impactos en varones y mujeres mexicanos desde un enfoque de género. *Salud Mental*, 33(5), 409-417.
- Cambambia J., G.A., Sainz V., L., Galindo S., J., Soler H., E., Gil A., I. y Mendoza S., H.F. (2010). Perfil de las familias de pacientes con VIH/Sida de una unidad de Medicina Familiar de Xalapa, México. *Archivos en Medicina Familiar*, 12(3), 77-82.
- Cardona A., J. (2010). Representaciones sociales de calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA, Medellín, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12(5), 765-776.
- Cardona A., J., Duque M., M., Leal Á., O., López S., J. y Peláez V., L. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con VIH/sida, Medellín, Colombia, 2009. *Biomédica*, 31(4), 532-544. Doi: 10.7705/biomedica.v31i4.422.
- Cardona A., J. e Higueta G., L.F. (2014) Impacto del VIH/sida sobre la calidad de vida: metaanálisis 2002-2012. *Revista Española Salud Pública*, 88, 87-101.
- Ekstrand, M., Crosby, M. y De Carlo, P. (2003) *¿Cuál es el papel de apego en el tratamiento del VIH?* Center for Aids Prevention Studies / Aids Research Institute (UCSF). Recuperado de <http://www.caps.ucsf.edu/español/hojas/pdf/apegoFs.pdf>.
- Fernández, J.A., Hernández, R. y Siegrist, J. (2001). El perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC): un método para evaluar bienestar y funcionalismo en la práctica clínica. *Atención Primaria*, 28(10), 114-131.
- Fierros L., E., Piña L., J.A., Sánchez-Sosa, J.J. e Ybarra, J.L. (2011). Variables psicológicas y adhesión en personas con VIH: evaluación en función del tiempo de infección. *Terapia Psicológica*, 29(2), 149-157.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2002). *Los jóvenes y el VIH/sida: Una oportunidad en un momento crucial*. Nueva York: UNICEF. Recuperado de https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/youngpeoplehiv_aids_es_0.pdf.
- Galindo Q., J., Gómez G., O., Mueses M., H., Tello B., I. y Varela A., M. (2013). Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico para el VIH/SIDA. *Revista Científica Salud Uninorte*, 29(1). 83-95.
- Gamba J., J., Hernández M., D. y Bayarre V., H. (2010). Caracterización psicológica de personas con VIH en dos hospitales de Luanda, República de Angola. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 26(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-21252010000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
- Lancheros S., A.M. (2014). *Caracterización epidemiológica del VIH/SIDA en el departamento de Boyacá desde 2010 a 2012*. Tesis de maestría. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/43121/1/52715790.2014.pdf>.
- Lopera M., M., Martínez E., J. y Ray E., T. (2011). Accesos de las personas con VIH al sistema de salud colombiano y sus costos relacionados desde una perspectiva individual y familiar. *Gerencia y Políticas de Salud*, 10(20), 81-96.
- Martín A., L.M., González V., B., Romero G., A.G. y Romero G., A.T. (2012). Diagnóstico educativo sobre adherencia al tratamiento antirretroviral en médicos y enfermeras de la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 28(2), 3-17.
- Moral de la R., J., y Chávez, M. (2015). Discriminación en la familia a mujeres que viven con VIH. *Psicogente*, 18(33), 89-103.
- Obiols, M.J. (2012). Inclusión de la noción de sufrimiento psíquico para el abordaje de las problemáticas en salud mental de mujeres que viven con VIH/sida. *Salud Mental y Comunidad*, 2, 59-65.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Promoción de la salud mental: Conceptos y evidencia emergente*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://ricardelico.blog/2017/12/06/promocion-de-la-salud-mental-oms-2005/>.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Las personas con más riesgo de contraer la infección por el VIH no están recibiendo los servicios de salud que necesitan. Comunicado de Prensa 11 de julio*. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/key-populations-to-hiv/es/>.
- Orza, L., Bewley, S., Moroz, S., Logie, C., Strachan, S., Tyler, E., Vázquez, M. y Welbourn, A. (2015). *¿Cuál es el impacto de vivir con VIH en la salud mental de las mujeres? Observaciones de una consulta global*. Recuperado de http://salamander-trust.net/wp-content/uploads/2016/05/Articulo_JIAS_SaludMentalOrzaetal2015.pdf.
- Piña L., J.A. (2013). Variables psicológicas y su relación con la adhesión al tratamiento en personas con VIH: un análisis con base a la edad. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 5(1), 82-94.

- Piña L., J.A., Dávila, M., Sánchez-Sosa, J.J., Togawa, C. y Cázares, O. (2008). Asociación entre los niveles de estrés y depresión y la adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH en Hermosillo, México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23(6), 377-383.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida [ONUSIDA] (2012). *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA*. Ginebra: ONU/SIDA. Recuperado de <http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/default.asp>.
- Tavera, M. (2010). Calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con VIH. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14(3), 1-7.
- Tovar C., L. y Arrivillaga, M. (2011). VIH/SIDA y determinantes sociales estructurales en municipios del Valle. *Gerencia y Políticas de Salud*, 10(21), 112-123.
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 138, 358-365.
- Varela A., M. y Hoyos H., P. (2015). La adherencia al tratamiento para el VIH-Sida: más allá de la toma de antirretrovirales. *Revista de Salud Pública*, 17(4), 528-540.
- Vilató F., L., Martín A., L. y Pérez N., I. (2015). Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. *Revista Cubana de Salud Pública*. 41(4), 620-630.
- Villa I., C. y Vinaccia A., S. (2006). Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA. *Psicología y Salud*, 16(1), 51-62.