

Dirección de Planeación y Coordinación Sectorial
Dirección de Educación e Investigación
Subdirección de Formación de Recursos Humanos para la Salud
Escuela de Enfermería

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO
FEDERAL CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM**

***PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ADAPTACIÓN
DEL AUTOCONCEPTO EN PERSONAS CON VIH/SIDA***

TESINA

**PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA
EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA

ROSALVA RANGEL ÁVILA

NÚMERO DE CUENTA: 404512893

DIRECTORA DE TESINA

MTRA. SANDRA SOTOMAYOR SÁNCHEZ

MÉXICO D. F. JULIO DE 2009.

Tu salud nos mueve



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICACIÓN Y AGRADECIMIENTOS:

A dios por permitirme vida, salud y este paso que doy en la historia de mi vida

A mis padres que con tanto amor me dieron la vida guiándome con valores y principios procurando lo mejor para mí, por el gran esfuerzo incondicional realizado hasta ahora, hoy comparto con ustedes esta felicidad agradeciendo su gran labor de padres.

A mis hermanos por la felicidad compartida y apoyo moral, gracias.

Y a ese ángel que me ha guiado hasta aquí con las mejores enseñanzas, por todo su apoyo a usted tía gracias.

ÍNDICE.

I. INTRODUCCIÓN.	1
II.JUSTIFICACIÓN.	4
III.OBJETIVO GENERAL.	7
IV. MARCO TEÓRICO.	8
CAPITULO I. SISTEMA INMUNOLÓGICO.	8
1.Concepto.	9
1.1 Anatomía y fisiología.	10
1.2Lineas inmunológicas de defensa del cuerpo.	14
1.3 Sistema de complemento.	18
1.4 Inmunidad adaptativa.	21
1.5 Sistema inmune adaptativo alternativo.	28
1.6 Inmunidad pasiva.	29
1.7 Inmunidad activa e inmunización.	30
1.8 Alteraciones del sistema inmunológico.	31
CAPITULO II. EL VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana)	33
2. Concepto.	33
2.1 Antecedentes- origen y evolución.	34
2.2 Características del VIH.	37
2.3 Formas o vías de transmisión del VIH.	38
2.4 Replicación del virus.	40
2.5 Síntomas.	43
2.6 Signos y exámenes.	44
2.7 Tratamiento.	44
CAPITULO III. PERSONAS QUE PADECEN VIH.	47
3. La infección por el VIH/SIDA.	47
3.1 Factores psicosociales del VIH/SIDA.	47
3.2 Autoconcepto.	51
3.3 Autoconcepto como necesidad de vida.	53
3.4 Teorías relacionadas con el autoconcepto.	55

3.4.1 Teoría psicológica de Abraham Maslow.	55
3.4.2 Características generales de la teoría de Maslow.	59
3.5 Teoría de enfermería .	60
3.5.1 Virginia Avenel Henderson.	61
3.6 Participación de enfermería en la satisfacción de necesidades de autoaceptación.	66
V. CONCLUSIONES.	72
BIBLIOGRAFÍA.	73

PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ADAPTACIÓN DEL AUTOCONCEPTO EN PERSONAS CON VIH- SIDA

I. INTRODUCCIÓN.

El VIH/SIDA se ha convertido en la peor amenaza para la supervivencia de la humanidad en los últimos 700 años. Los importantes avances logrados en la salud infantil y en la expectativa de vida en las Américas están siendo amenazados por esta epidemia que está destruyendo muchos de los esfuerzos e inversiones realizados durante las décadas pasadas.

Asimismo, un efecto generalmente silencioso pero dañino de la epidemia es la discriminación contra las personas que viven con el virus. La discriminación proviene del miedo hacia un virus que es transmisible, incurable y potencialmente mortal. Pero también tiene otras causas. Entre ellas está el prejuicio contra los grupos que fueron más fuertemente golpeados durante las primeras etapas de la epidemia, tales como hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, trabajadoras sexuales y usuarios de drogas.

En la actualidad el VIH, es un padecimiento severo y con repercusiones epidemiológicas elevadas sin embargo, el tema central de esta presentación, no es este si no la seropositividad al VIH, debido a que muchos aspectos están afectados en la persona con VIH: tanto individuales, familiares, laborales/económicos, sociales y espirituales, cada uno con características propias y definidas, aunque cabe destacar que no pueden subestimarse las alteraciones psicosociales, ya que puede significar un cambio radical en su conducta sexual y modificaciones en su vida social e incluso en actitudes hacia ellos mismos.

Debido a ello las personas diagnosticadas VIH, afrontan un precario equilibrio y gran impacto emocional, percibiendo sentimientos de rechazo en un primer instante, así como deterioro, ansiedad y depresión, las cuales son alteraciones del estado de ánimo, considerando así un déficit de autoconcepto.

El autoconcepto, es la imagen del yo que tiene cada persona, la construcción mental de cómo se percibe a sí misma. Si este concepto es positivo, mejorará la autoestima. El autoconcepto incluye todos los parámetros que son relevantes para la persona: desde la apariencia física hasta las habilidades o creencias es un aspecto importante a valorar, ya que al provocar disfunción en la imagen hay baja autoestima, ansiedad, etc.

Las características esenciales del autoconcepto es que no es innato: el autoconcepto se va formando con la experiencia y la imagen proyectada o percibida en los otros. Es un todo organizado: el individuo tiende a ignorar las variables que percibe de él mismo que no se ajustan al conjunto y tiene su propia jerarquía de atributos a valorar. Es dinámico: puede modificarse con nuevos datos, provenientes de una reinterpretación de la propia personalidad o de juicios ajenos.

Por otro lado enfermería es una disciplina y profesión, la cual está en continua evolución siempre en busca de mejorar su hacer con el objetivo de cuidar, esta profesión es guiada por estructuras de conocimiento tal es el caso de los modelos, teorías y procesos los cuales fundamentan científicamente nuestro quehacer que es el cuidado como eje principal dirigido a mejorar no solo el bienestar humano, sino la comunión del individuo tanto con su entorno como consigo mismo, ya que el sentido de una enfermedad para el paciente está construido sobre una base social que les permite funcionar, comportarse y adaptarse, esta última se considera la más compleja ya que es un proceso y un resultado por el que las personas buscan la integración humana y ambiental.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas , la autora Virginia Henderson identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comparten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital , incidiendo en ellas factores físicos , psicológicos o sociales.

En gran medida los cuidados de enfermería se dirigen a solucionar su situación física, y se deja de lado aspectos emocionales y espirituales que son tan o más importantes que los físicos, pues muchas de las veces de ello depende que se motiven a participar activamente en su recuperación.

Por lo tanto es de vital importancia mencionar el gran impacto que ejerce el cuidado enfermero en la adaptación del autoconcepto de personas con VIH.

II. JUSTIFICACION.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) estimó que en diciembre de 1998 había en el mundo más de 34.4 millones de personas que vivían con el VIH/SIDA, cifra que incluía a 13.8 millones de mujeres, 18.4 millones de hombres y 1.2 millones de niños.

En el 2004 la ONU informó que en el 2003, hubo 5 millones de nuevos contagios, alcanzándose los 38 millones, frente a 31 que había en el 2001, de personas que viven con el VIH.

En América latina existen 1.6 millones de seropositivos, Brasil ocupa el primer lugar en casos con VIH (540,000) Y México tiene el segundo lugar con aproximadamente 150,000 casos.

La SSA de México, registró un total de 112,830 casos acumulados de SIDA, en el 2007, 93,452 son hombres, el Distrito Federal tuvo el primer lugar en casos reportados y el segundo lugar fue Michoacán con 11,849 casos con diagnóstico de VIH.

La epidemia de VIH es superada en Latinoamérica según el número de casos acumulados de infección solamente por la de Brasil y la de México.

El comportamiento de la epidemia de VIH/SIDA en nuestro país presenta una transición demográfica progresiva del predominio en varones homosexuales al predominio en población heterosexual femenina y masculina, pasando de una relación hombre/mujer de 12:1 en 1988, a 7:1 en 1996 y de 5:1 en 1998.

Por la magnitud epidemiológica, comportamiento clínico variable, trascendencia social, económica y en salud se ha convertido en un problema prioritario.

A partir de la notificación de un resultado positivo a VIH, el individuo comienza a experimentar una serie de ajustes hacia su propia persona, de acuerdo al modo en que este resultado sea integrado a la personalidad y modo de vida del sujeto.

La personalidad es la más o menos estable y duradera organización del carácter, el temperamento, la mente y del físico de una persona. Organización que determina su adaptación al medio. El carácter lo podemos entender como el sistema de comportamiento de voluntad de la persona; el temperamento su sistema de comportamiento afectivo (emocional); la mente es el sistema de comportamiento cognoscitivo (inteligencia), y el físico la forma más o menos estable del sistema de configuración corpórea. Es un hecho que el hombre, en un afán de tratar de comprender su entorno y comprenderse a sí mismo, trate de dar explicación a este tipo de eventos.

El hombre busca una explicación que satisfaga su necesidad de dar respuesta a las interrogantes de su vida y con ello, darle un sentido; esto le permitirá obtener cierto grado de control sobre los sucesos y hasta llegar a predecirlos.

Es por lo anterior, que el autoconcepto se entiende como una estructura cognoscitiva que surge a partir de la experiencia, es decir, surge de la vivencia de sí mismo, por lo tanto el sujeto tendrá una percepción y una representación respecto a él. Tiene que ver necesariamente con una idea de su cuerpo, su propia representación y el modo de interactuar con los otros que lo rodean.

Al saberse portador de un virus que atacará principalmente las defensas del cuerpo, el sujeto creará una serie de mecanismos de defensa con la finalidad de aminorar el impacto de saberse susceptible de enfermarse. La noticia de ser portador del VIH es vivida regularmente como algo doloroso que pone en peligro la estabilidad del sujeto. Este puede reaccionar desde la negación del evento hasta la agresividad y coraje.

La atención de enfermería tiene como finalidad primaria, lograr que el sujeto baje "la guardia" con respecto a sus mecanismos de defensa y logre una vivencia más plena, disminuyendo las conductas de riesgo y lograr una adherencia terapéutica al tratamiento médico, con la ayuda del quehacer de enfermería si es que decide iniciarlo.

Pues en la mayoría de los casos debido a que se tiene el conocimiento en cuanto al trato digno al paciente y asistencia psicosocial se observa que no se cumplen las necesidades psicológicas y espirituales del individuo seropositivo, si no solamente satisfacemos necesidades primarias (fisiológicas.)

En este tipo de pacientes cuando han sido diagnosticados, es de vital importancia el apoyo emocional y la demostración de confianza para que lleguen a comprender que no han perdido su condición de seres sociales, sino que debe plantearse una nueva forma de integrarse a la sociedad y reorganizar sus vidas.

Es necesario que el personal de salud multidisciplinario entre ellos el impacto que ejerce el gremio de enfermería actúe en bienestar del individuo y la sociedad en la cual se desenvuelve.

El profesional de enfermería debe darse a la tarea de investigar todo aquello que impida la comunión del individuo con su entorno.

Por tanto debemos precisar el importante papel que desarrolla la enfermera en el tratamiento emocional a los pacientes con virus de inmunodeficiencia humana y conocer que esperan los pacientes VIH/SIDA de la enfermera en su tratamiento emocional, así como hacia a donde la enfermera debe dirigir su atención en estos casos.

Pues el VIH es una parte más de su identidad, es decir, hablan del VIH como una parte más de ellos mismos; Finalmente, es importante considerar que independientemente del tipo de ayuda emocional que se reciba, a partir de saberse portador del VIH, esta nueva condición de vida implica cambios y ajustes orientados siempre al crecimiento de la persona.

Es así que el tipo de ayuda que se reciba por parte del personal de enfermería tendrá que ver con las expectativas personales y dirigidas a incorporar al VIH dentro del ritmo de vida que cada quien asuma como propio.

III. OBJETIVO GENERAL.

Aportar información fundamentada y actual que logre impactar al profesional de enfermería sobre la alteración de autoconcepto que viven las personas con VIH, para intervenir de forma adecuada y eficiente a satisfacer esta necesidad en la persona que sufre este padecimiento.

IV. MARCO TEÓRICO

CAPITULO I. SISTEMA INMUNOLÓGICO.

La Inmunología es una ciencia que examina la estructura y función del sistema inmunológico. Se origina en la medicina y en los primeros estudios sobre las causas de la inmunidad a las enfermedades. La referencia más antigua a la inmunidad se produce durante la plaga de Atenas en el 430 a. C. Tucídides notó que algunas personas que se habían recuperado de un brote anterior de la enfermedad podían atender a los enfermos sin contraer la enfermedad por segunda vez. Esta observación de inmunidad adquirida fue luego utilizada por Louis Pasteur en el desarrollo de la vacunación y en su Teoría microbiana de la enfermedad. La teoría de Pasteur se oponía a las teorías contemporáneas sobre las enfermedades, tales como la Teoría miasmática. No se confirmó que los microorganismos fueran la causa de las enfermedades infecciosas hasta 1891, cuando Robert Koch enunció sus postulados, por los que recibió el Premio Nobel en 1905. En 1901, con el descubrimiento del virus de la fiebre amarilla por Walter Reed, se confirmó que los virus son patógenos humanos.

Se produjo un gran avance en la inmunología hacia el final del siglo XIX, gracias al rápido desarrollo de los estudios de inmunidad humoral y de inmunidad celular. De particular importancia fue el trabajo de Paul Ehrlich, quien propuso la Teoría de la cadena lateral para explicar la especificidad de la reacción antígeno-anticuerpo; sus contribuciones al entendimiento de la inmunología humoral fueron reconocidos con el Premio Nobel en 1908, recibido en conjunto con Elie Metchnikoff, el fundador de la inmunología celular.

1. Concepto.

El sistema inmunitario (mejor que sistema inmune y sistema inmunológico, que se usan como sinónimos con gran frecuencia; el primero significa "sistema a prueba de infecciones", y el segundo "sistema teórico que trata o aborda o estudia las defensas") está formado por un conjunto de mecanismos que protegen al organismo de infecciones por medio de la identificación y eliminación de agentes patógenos. Debido a que los patógenos abarcan desde virus hasta gusanos parásitos intestinales, esta tarea es extremadamente compleja y las amenazas deben ser detectadas con absoluta especificidad distinguiendo los patógenos de las células y tejidos normales del organismo. A ello hay que sumar la capacidad evolutiva de los patógenos que les permite crear formas de evitar la detección por el sistema inmunológico e infectar al organismo hospedador.¹

Para protegerse, los organismos vivos han desarrollado varios mecanismos para reconocer y neutralizar patógenos. Incluso los microorganismos simples como las bacterias poseen un sistema de enzimas que las protegen contra infecciones virales. Otros mecanismos inmunológicos básicos se desarrollaron en las antiguas células eucariotas y permanecen hoy en sus descendientes modernos: plantas, peces, reptiles e insectos. Estos mecanismos incluyen péptidos antimicrobianos llamados defensinas, el proceso de fagocitosis y el sistema del complemento.

El sistema inmunológico de los seres humanos comprende varios tipos de proteínas, células, órganos y tejidos, que interactúan en una red elaborada y dinámica. Esta respuesta inmune más compleja que se manifiesta incluye la capacidad de adaptarse para así reconocer patógenos concretos en forma más eficiente.

¹ Chapter. "Inmunología y Microbiología" 7ª Edición. 1999, p.p.890.

El proceso de adaptación crea memorias inmunológicas y permite brindar una protección más efectiva durante futuros encuentros con estos patógenos. Este proceso de inmunidad adquirida es la base de la vacunación.

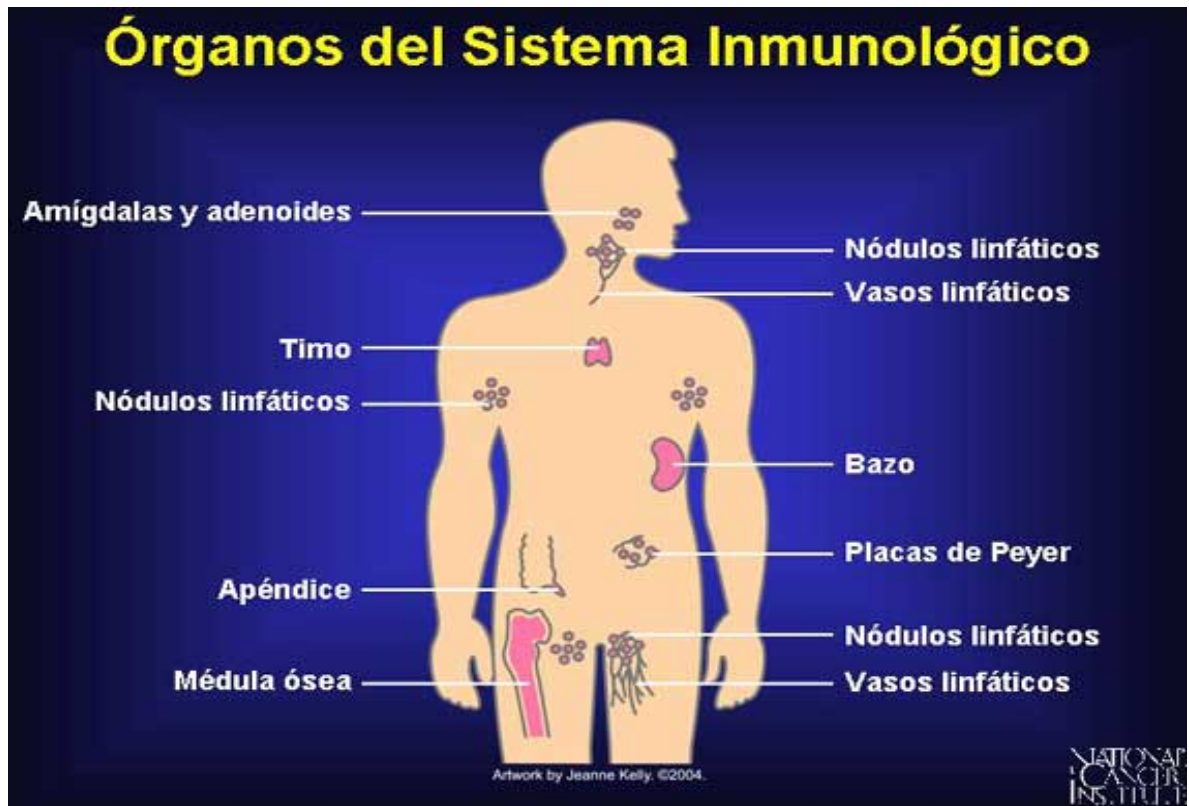
Los desórdenes en el sistema inmunológico pueden causar enfermedades. Las enfermedades relacionadas con la inmunodeficiencia ocurren cuando el sistema inmunológico es menos activo de lo normal, dando lugar a infecciones que pueden poner en peligro la vida. La inmunodeficiencia puede ser el resultado de el estrés crónico, de una enfermedad genética, como la "inmunodeficiencia severa combinada", o ser producida por fármacos o una infección, como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), causado por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). En contraposición, las enfermedades autoinmunes son producidas por un sistema inmunológico hiperactivo que ataca tejidos normales como si fueran organismos extraños. Las enfermedades autoinmunes incluyen artritis reumatoide, diabetes mellitus tipo 1 y Lupus eritematoso. El sistema inmunológico es objeto de intensos estudios científicos debido al papel crítico que desempeña en la salud humana.

1.1 Anatomía y fisiología.

El hombre no podría sobrevivir a las invasiones de múltiples organismos agresores que le rodean, si no dispusiera de sistemas defensivos que permitieran destruirlos y erradicarlos.

Los órganos implicados con el sistema inmunológico se denominan órganos linfoides, los cuales afectan al crecimiento, el desarrollo y la liberación de los linfocitos (un tipo determinado de glóbulos blancos). Los vasos sanguíneos y los vasos linfáticos son partes importantes de los órganos linfoides, puesto que transportan los linfocitos hacia y desde las diferentes áreas del cuerpo. Cada órgano linfoide juega un papel en la producción y activación de los linfocitos. Los órganos linfoides incluyen:

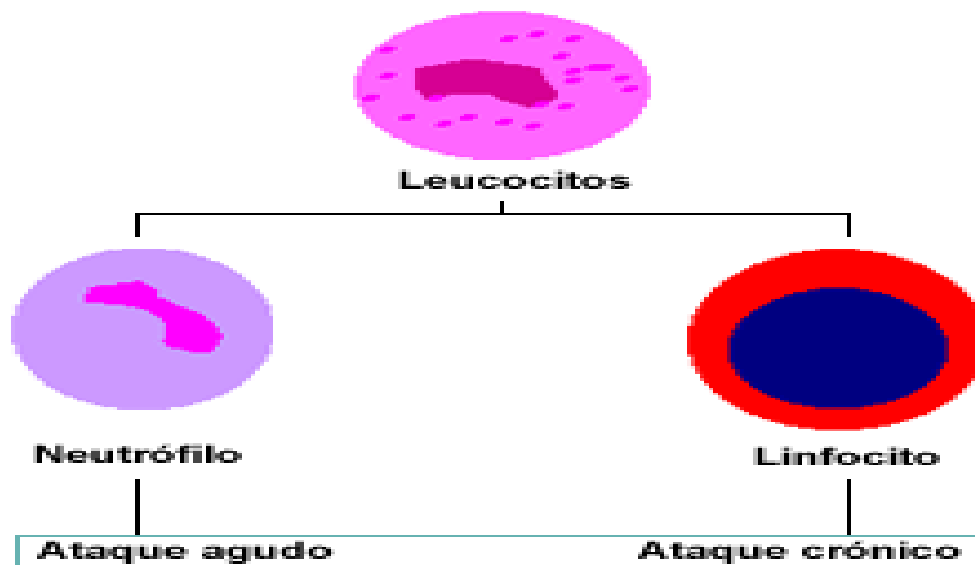
- Los adenoides (dos glándulas situadas en la parte posterior del conducto nasal).
- El apéndice (un tubo pequeño que se conecta al intestino grueso).
- Los vasos sanguíneos (las arterias, venas, y capilares a través de los cuales fluye la sangre).
- La médula ósea (tejido graso, blando, encontrado en las cavidades óseas).
- Los nódulos linfáticos (pequeños órganos con forma de judía, que están situados por todo el cuerpo y se conectan mediante los vasos linfáticos).
- Los vasos linfáticos (una red de canales a través de todo el cuerpo que lleva los linfocitos a los órganos linfoides y al torrente sanguíneo).
- Las placas de Peyer (tejido linfoide en el intestino delgado).
- El bazo (un órgano del tamaño del puño situado en la cavidad abdominal).
- El timo (dos lóbulos que se unen en frente de la tráquea, detrás del esternón).
- Las amígdalas palatinas (dos masas ovales en la parte posterior de la garganta).



Este sistema de vigilancia y ataque está compuesto por tres elementos:

1. Linfocitos, principales células del sistema linfático, que son de tres tipos:

- Linfocitos B, que una vez activados en plasmocitos producen los anticuerpos o inmunoglobulinas.
- Linfocitos T, que garantizan la defensa de las células y de los tejidos. Están ligados a los denominados Complejos Mayores de Histocompatibilidad o HLA, grupo de moléculas que ayuda al cuerpo a distinguir entre los elementos propios y los ajenos.
- Células asesinas naturales (Natural Killers), cuyo papel es destruir la célula anormal o infectada.



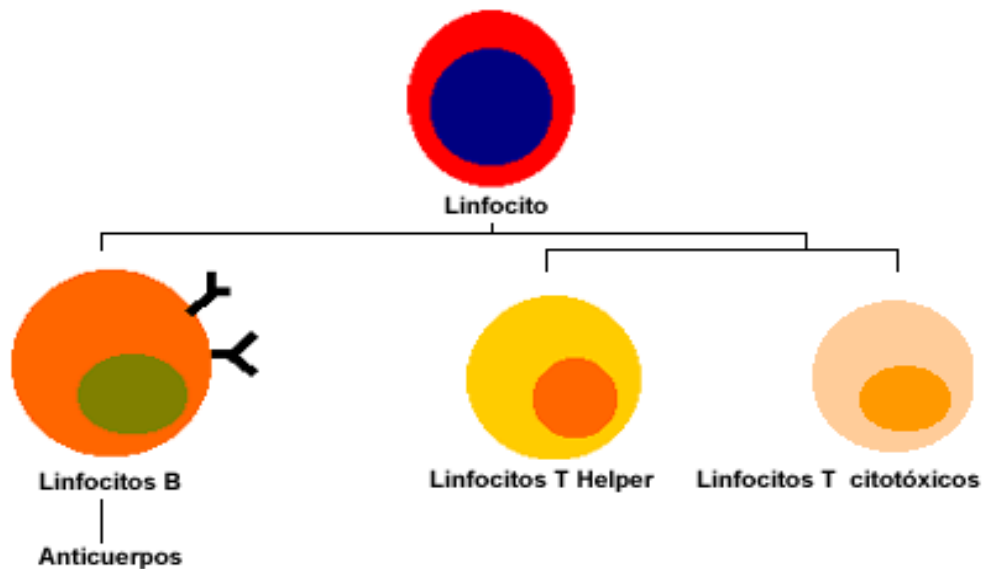
2. Macrófagos. Son grandes células que absorben los microbios y cualquier otra molécula extraña y que, una vez digeridas, los deja en su superficie a disposición de los linfocitos para que estos, al comprobar que son elementos extraños al propio cuerpo, los destruyan.

3. Leucocitos polisegmentados (por ejemplo, los neutrófilos). Además de poder fagocitar cualquier molécula extraña (como los macrófagos), contienen enzimas o proteínas capaces de destruir los antígenos ingeridos.

El cuerpo humano posee diversas células que reaccionan y defienden el organismo frente al ataque de agentes agresores. Principalmente estas células son los glóbulos blancos o leucocitos, donde destacan los neutrófilos y los linfocitos.

Los neutrófilos intervienen cuando el ataque es agudo (por ejemplo una herida), mientras que los linfocitos lo hacen en la agresión crónica (por ejemplo en la enfermedad de Crohn y en la colitis ulcerosa).

Además, los linfocitos en su trabajo se organizan y se especializan. Así, los llamados linfocitos B tienen la capacidad de producir sustancias específicas (anticuerpos) frente a los agentes agresores; los llamados linfocitos T helper participan en ayudar y ampliar la respuesta defensiva; y finalmente, los llamados linfocitos T citotóxicos que tienen actividad destructiva propia sobre los agentes agresores.



Todas las células que constituyen el sistema inmunitario habitan en diferentes órganos llamados linfoides. Estos órganos se pueden dividir en primarios o secundarios.

En los primarios, como es el caso de la médula ósea y el timo, es donde tiene lugar la producción y maduración de éstas células. Los órganos linfoides secundarios, como las amígdalas, las placas de Peyer del intestino, el bazo y los ganglios linfáticos, son aquellos donde se disponen los linfocitos ya maduros y se producen las diferentes respuestas inmunitarias frente a los diversos agentes agresores que a continuación explicamos.

1.2 Líneas inmunológicas de defensa del cuerpo.

El sistema inmunológico, protege al organismo de infecciones mediante una estrategia de capas o barreras de defensa sucesivas, cada una más específica que la anterior.

El primer nivel lo forman las barreras físicas que evitan que los agentes patógenos como las bacterias y los virus penetren en el organismo. Si un agente patógeno traspasa estas primeras barreras, el sistema inmunológico innato provee una respuesta inmediata, pero no específica. Sin embargo, si los agentes patógenos evaden la respuesta innata, se posee una tercera capa de protección, que es el sistema inmunológico adaptativo. Aquí el sistema inmunológico adapta su respuesta durante la infección para mejorar el reconocimiento del agente patógeno.²

La información sobre esta respuesta mejorada se conserva aún después de que el agente patógeno es eliminado, bajo la forma de memoria inmunológica, y permite que el sistema inmune adaptativo desencadene ataques más rápidos y más fuertes si en el futuro el sistema inmune detecta este tipo de patógeno.

² Burton D. "Anticuerpos contra VIH" 2005.

características del sistema inmunológico	
Sistema inmune innato	Sistema inmune adaptativo
La respuesta no es específica	Respuesta específica contra patógenos y antígenos
La exposición conduce a la respuesta máxima inmediata	Tiempo de demora entre la exposición y la respuesta máxima
Inmunidad mediada por células y componentes humorales	Inmunidad mediada por células y componentes humorales
Sin memoria inmunológica	La exposición conduce a la memoria inmunológica
Presente en casi todas las formas de vida	El Presente solo en vertebrados mandibulados

Tanto la inmunidad innata como la adaptativa dependen de la habilidad del sistema inmunológico para distinguir entre las moléculas propias y las que no lo son. En inmunología, las moléculas propias son aquellos componentes de un organismo que el sistema inmunológico distingue de las sustancias extrañas. Al contrario, las moléculas que no son parte del organismo, son reconocidas como moléculas extrañas. Un tipo de moléculas extrañas son los llamados antígenos (que significa "anti" cuerpo "gen" eradores), son sustancias que se enlazan a receptores inmunes específicos y desencadenan una respuesta inmune.

Barreras superficiales.

Estas barreras superficiales pertenecen al sistema inmunológico innato pues no dan una respuesta específica contra determinado tipo de organismos patógenos o toxinas. Son defensas que en ocasiones resultan de procesos generales del organismo pero que tienen una importancia capital para el organismo pues eliminan una gran cantidad de infecciones contribuyendo de esta manera a aligerar la carga de las defensas adquiridas. Existe un gran número de tipos de barreras que protegen de infecciones de patógenos, incluyendo barreras mecánicas, químicas y biológicas. La cutícula cerosa de una hoja, el exoesqueleto de un insecto, la cáscara de un huevo, y la piel son ejemplos de barreras mecánicas que forman la primera línea de defensa contra infecciones. Sin embargo, como los organismos no están completamente sellados frente al medio externo, otros sistemas actúan para proteger las aberturas del cuerpo como los pulmones, el intestino y el tracto genitourinario. En los pulmones, la tos y los estornudos expulsan mecánicamente a los elementos patógenos y otros organismos del tracto respiratorio.³

El flujo de las lágrimas y la orina, realiza también una acción de limpieza al producir el arrastre mecánico de elementos patógenos, mientras que la mucosidad secretada por el sistema respiratorio y el tracto gastrointestinal sirve para atrapar microorganismos.

Las barreras químicas también protegen contra infecciones. La piel y el tracto respiratorio secretan péptidos antimicrobianos tales como las defensinas- β . Enzimas tales como la lisozima y la fosfolipasa A en la saliva, las lágrimas y la leche materna también son agentes antibacterianos. Las secreciones de la vagina sirven como barreras químicas en la menarquía, cuando se vuelven ligeramente ácidas, mientras que el semen contiene defensinas y zinc para matar patógenos.

³ Barrett James T. "Inmunología" México, Interamericana. 1999

En el estómago, el ácido gástrico y las peptidasas actúan como poderosas defensas químicas frente a patógenos ingeridos.

Dentro de los tractos genitourinario y gastrointestinal, la microbiota comensal sirve como barrera biológica porque compite con las bacterias patógenas por alimento y espacio, y en algunos casos modificando las condiciones del medio, como el pH o el contenido de hierro disponible. Esto reduce la probabilidad de que la población de patógenos alcance el número suficiente de individuos como para causar enfermedades.

Inmunidad innata.

Los gérmenes que logren penetrar en un organismo se encontrarán con las células y los mecanismos del sistema inmune innato. Las defensas del sistema inmune innato no son específicas, lo cual significa que estos sistemas reconocen y responden a los patógenos en una forma genérica. Este sistema no confiere una inmunidad duradera contra el patógeno. El sistema inmune innato es el sistema dominante de protección en la gran mayoría de los organismos .

Barreras humorales y químicas.

Inflamación.

La inflamación es una de las primeras respuestas del sistema inmune a una infección. Los síntomas de la inflamación son el enrojecimiento y la hinchazón, que son causadas por el incremento del flujo de sangre en un tejido.

La inflamación es producida por eicosanoides y citocinas, que son liberadas por células heridas o infectadas. Los eicosanoides incluyen prostaglandinas que producen fiebre y dilatación de los vasos sanguíneos asociados con la inflamación, y leucotrienos que atraen ciertos leucocitos.

Las citocinas incluyen interleucinas que son responsables de la comunicación entre los leucocitos; quimiocinas que promueven la quimiotaxis; y los interferones que tienen efectos anti-virales como la supresión de la síntesis de proteínas en la célula huésped. También pueden liberarse factores de crecimiento y factores citotóxicos. Estas citocinas y otros agentes químicos atraen células inmunitarias al lugar de la infección y promueven la curación del tejido dañado mediante la remoción de los patógenos.

1.3. Sistema del complemento.

El sistema del complemento es una cascada bioquímica que ataca las superficies de las células extrañas. Contiene más de 20 proteínas diferentes y recibe ese nombre por su capacidad para complementar la destrucción de patógenos iniciada por los anticuerpos. El sistema del complemento es el mayor componente humoral de la respuesta inmune innata:

En los seres humanos, esta respuesta es activada por la unión de proteínas del complemento a carbohidratos de las superficies de los microorganismos o por la unión del complemento a anticuerpos que a su vez se han unido a los microorganismos. Esta señal de reconocimiento produce una rápida respuesta de destrucción. La velocidad de la respuesta es el resultado de la amplificación de la señal que ocurre tras la activación proteolítica secuencial de las moléculas del complemento, que también son proteasas.

Tras la unión inicial de proteínas del complemento al microbio, aquéllas activan su capacidad proteásica, que a su vez activa a otras proteasas del complemento y así sucesivamente.

Esto produce una cascada catalítica que amplifica la señal inicial por medio de una retroalimentación positiva controlada.

La cascada origina la producción de péptidos que atraen células inmunitarias, aumentan la permeabilidad vascular y opsonizan (recubren) la superficie del patógeno, marcándolo para su destrucción. Esta deposición del complemento puede también matar células directamente al bloquear su membrana plasmática .

Barreras celulares del sistema innato.

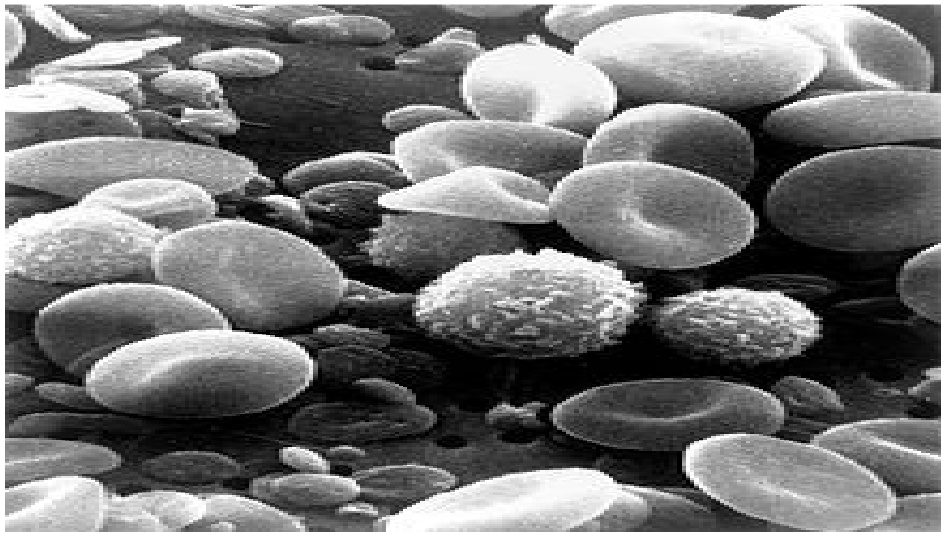


Imagen de un sistema circulatorio de un ser humano. Eritrocitos y leucocitos

Los leucocitos (células blancas de la sangre) actúan como organismos unicelulares independientes y son el segundo brazo del sistema inmune innato . Los leucocitos innatos incluyen fagocitos (macrófagos, neutrófilos y células dendríticas), mastocitos, eosinófilos, basófilos y células asesinas naturales. Estas células identifican y eliminan patógenos, bien sea atacando a los más grandes a través del contacto o englobando a otros para así matarlos. Las células innatas también son importantes mediadores en la activación del sistema inmune adaptativo.

La Fagocitosis es una característica importante de la inmunidad innata celular, llevada a cabo por células llamadas fagocitos, que engloban o comen, patógenos y partículas rodeándolos exteriormente con su membrana hasta hacerlos pasar al interior de su citoplasma.

Los fagocitos generalmente patrullan en búsqueda de patógenos, pero pueden ser atraídos a ubicaciones específicas por las citocinas⁵ Al ser englobado por el fagocito, el patógeno resulta envuelto en una vesícula intracelular llamada fagosoma que a continuación se fusiona con otra vesícula llamada lisosoma para formar un fagolisosoma. El patógeno es destruido por la actividad de las enzimas digestivas del lisosoma o a consecuencia del llamado "chorro respiratorio" que libera radicales libres de oxígeno en el fagolisosoma.

La fagocitosis evolucionó como un medio de adquirir nutrientes, pero este papel se extendió en los fagocitos para incluir el englobamiento de patógenos como mecanismo de defensa La fagocitosis probablemente representa la forma más antigua de defensa del huésped.⁴

Los neutrófilos y macrófagos son fagocitos que viajan a través del cuerpo en busca de patógenos invasores. Los neutrófilos son encontrados normalmente en la sangre y es el tipo más común de fagocitos, que normalmente representan el 50 o 60% del total de leucocitos que circulan en el cuerpo.

Durante la fase aguda de la inflamación, particularmente en el caso de las infecciones bacterianas, los neutrófilos migran hacia el lugar de la inflamación en un proceso llamado quimiotaxis, y son las primeras células en llegar a la escena de la infección. Los macrófagos son células versátiles que residen dentro de los tejidos y producen una amplia gama de sustancias como enzimas, proteínas del complemento, y factores reguladores como la interleucina.

⁴ Janeway CA, Jr. "Inmunología" 6ª Edición, Edit. Garland Science. 2001

Los macrófagos también actúan como carroñeros, librando al organismo de células muertas y otros residuos, y como "células presentadoras de antígenos" para activar el sistema inmune adaptativo.

Las células dendríticas son fagocitos en los tejidos que están en contacto con el ambiente externo; por lo tanto están localizados principalmente en la piel, la nariz, los pulmones, el estómago y los intestinos. Se llaman así por su semejanza con las dendritas neuronales, pues ambas tienen muchas proyecciones espiculares en su superficie, pero las células dendríticas no están relacionadas en modo alguno con el sistema nervioso.

Las células dendríticas actúan como enlace entre los sistemas inmunes innato y adaptativo, pues presentan antígenos a las células T, uno de los tipos de célula clave del sistema inmune adaptativo.

Los mastocitos residen en los tejidos conectivos y en las membranas mucosas, y regulan la respuesta inflamatoria. Se encuentran asociadas muy a menudo con la alergia y la anafilaxia. Los basófilos y los eosinófilos están relacionados con los neutrófilos. Secretan mediadores químicos que están involucrados en la defensa contra parásitos y desempeñan un papel en las reacciones alérgicas, como el asma. Las células asesinas naturales (NK, del inglés Natural Killer) son leucocitos que atacan y destruyen células tumorales, o células que han sido infectadas por virus.

1.4. Inmunidad adaptativa.

El sistema inmune adaptativo evolucionó y permite una respuesta inmunitaria mayor, así como el establecimiento de la denominada memoria inmunológica, donde cada patógeno es recordado por un antígeno característico y propio de ese patógeno en particular.

La respuesta inmune adaptativa es específica de los anticuerpos y requiere el reconocimiento de antígenos que no son propios durante un proceso llamado presentación de los antígenos.

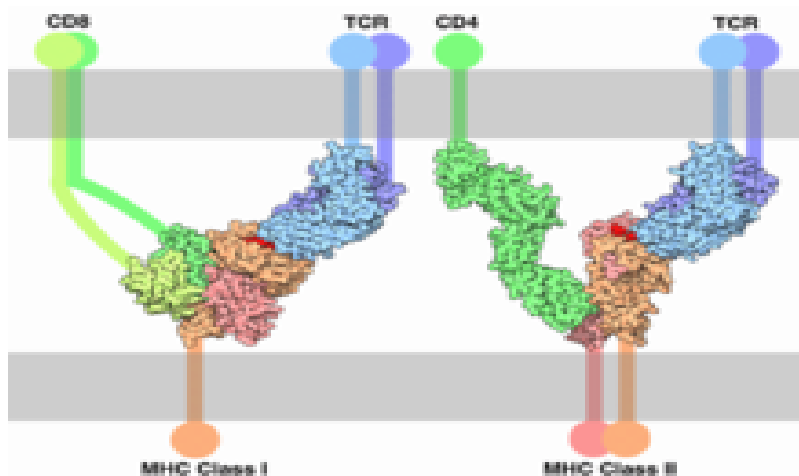
La especificidad del antígeno permite la generación de respuestas que se adaptan a patógenos específicos o a las células infectadas por patógenos.

La habilidad de montar estas respuestas específicas se mantiene en el organismo gracias a las células de memoria. Si un patógeno infecta a un organismo más de una vez, estas células de memoria desencadenan una respuesta específica para ese patógeno que han reconocido, con el fin de eliminarlo rápidamente.

Linfocitos

Las células del sistema inmune adaptativo son una clase especial de leucocitos, llamados linfocitos. Las células B y las células T son las clases principales de linfocitos y derivan de células madre hematopoyéticas pluripotenciales de la médula ósea . Las células B están involucradas en la respuesta inmune humoral, mientras que las células T lo están en la respuesta inmunitaria mediada por células.⁵

⁵ http://es.wikipedia.org/wiki/sistema_inmune. 24 de abril 2009 20:30hrs



Asociación de una célula T con CMH clase I o CMH clase II, y un antígeno(en rojo)

Las células B y T contienen moléculas receptoras que reconocen objetivos o blancos específicos.

Las células T reconocen un objetivo no-propio, como un patógeno, sólo después de que los antígenos (pequeños fragmentos del patógeno) han sido procesados y presentados en combinación con un receptor propio, una molécula del llamado complejo mayor de histocompatibilidad (CMH). Hay dos subtipos principales de células T: la célula T asesina y la célula T colaboradora o ayudante.

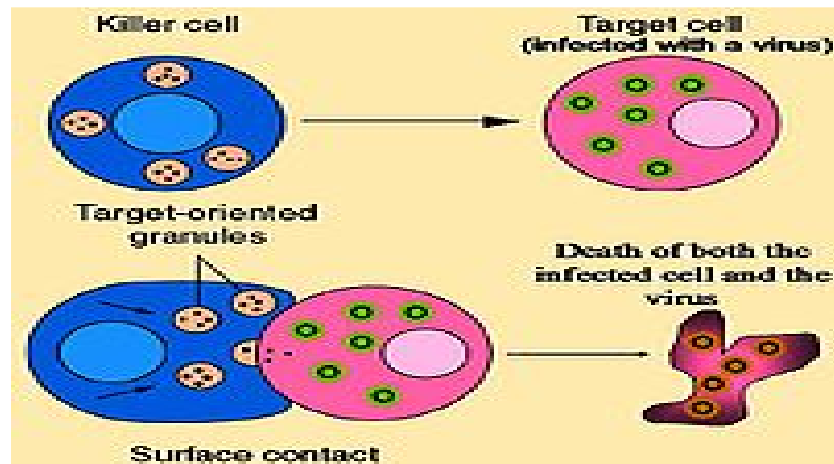
Las células T asesinas solo reconocen antígenos acoplados a moléculas del CMH de clase I, mientras que las células T colaboradoras sólo reconocen antígenos acoplados a moléculas del CMH de clase II.

Estos dos mecanismos de presentación de antígenos reflejan los diferentes cometidos de los dos tipos de células T. Un tercer subtipo menor lo forman las células T γ δ (células T gamma/delta), que reconocen antígenos intactos que no están acoplados a receptores CMH.

Por el contrario, el receptor específico de antígeno de las células B es un molécula de anticuerpo en la superficie de la célula B, y reconoce patógenos completos sin la necesidad de que los antígenos sean procesados previamente.

Cada linaje de células B expresa en su superficie un anticuerpo diferente, de forma que el conjunto completo de receptores de antígenos de las células B de un organismo, representa todos los anticuerpos que ese organismo es capaz de fabricar.

Células T asesinas.



Las células T asesinas atacan directamente a otras células que porten en su superficie antígenos foráneos o anormales

Las células T asesinas son un subgrupo de células T que matan células infectadas con virus (y otros patógenos), o que estén dañadas o enfermas por otras causas. Al igual que las células B, cada tipo de célula T reconoce un antígeno diferente. Las células T asesinas son activadas cuando su receptor de células T (RCT) se liga a su antígeno específico en un complejo con el receptor del CMH de clase I de otra célula.

El reconocimiento de este complejo CMH-antígeno se ve favorecido por un co-receptor en la célula T, llamado CD8. Así, la célula T viaja a través del organismo en busca de células donde los receptores del CMH de clase I lleven este antígeno.

Cuando una célula T activada toma contacto con tales células, libera citotoxinas que forman poros en la membrana plasmática de la célula diana o receptora, permitiendo que iones, agua y toxinas entren en ella.

Esto provoca el estallido de la célula diana o que experimente apoptosis . La muerte de células huésped inducida por las células T asesinas tiene una gran importancia para evitar la replicación de los virus.

La activación de las células T tiene unos controles muy estrictos y por lo general requiere una señal muy fuerte de activación por parte del complejo CMH/antígeno, o señales de activación adicionales proporcionadas por las células T colaboradoras.

Células T colaboradoras.

Las células T colaboradoras o ayudantes regulan tanto las respuestas inmunes innatas como las adaptativas y ayudan a determinar qué tipo de respuesta presentará el organismo ante un patógeno concreto. Estas células no tienen actividad citotóxica y no matan células infectadas o patógenos directamente. En cambio controlan la respuesta inmune dirigiendo a otras células para que realicen estas tareas.

Las células T colaboradoras expresan receptores de células T que reconocen antígenos ligados a moléculas del CMH de clase II. En las células T colaboradoras el complejo CMH:antígeno también es reconocido por el co-receptor CD4, que moviliza moléculas dentro de la célula T, las cuales son responsables de la activación de células T. Las células T colaboradoras tienen una asociación más débil con el complejo CMH:antígeno que el que se observa en las células T asesinas, lo que quiere decir que es necesario que se ligen muchos receptores (alrededor de 200 a 300) en la célula T ayudante a complejos CMH:antígeno para poder activar las células ayudantes, mientras que las células T asesinas pueden ser activadas por la unión a una sola molécula CMH:antígeno.

La activación de las células T colaboradoras requiere también un tiempo más prolongado de acoplamiento con la célula presentadora de antígeno. La activación de una célula T colaboradora hace que ésta libere citoquinas que influyen sobre la actividad de muchos tipos de células.

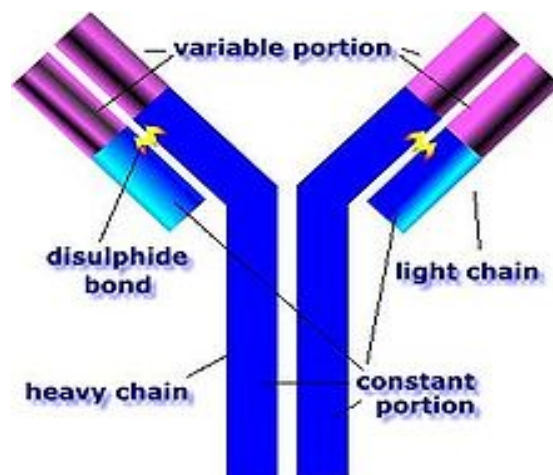
Las señales de las citoquinas liberadas por las células T colaboradoras refuerzan la función microbicida de los macrófagos y la actividad de las células T asesinas . Además, la activación de las células T colaboradoras provoca una sobre-regulación de las moléculas expresadas en la superficie de las células T, como el ligando CD40 (también llamado CD154), que proporcionan señales extra de estimulación requeridas para activar a los linfocitos B productores de anticuerpos.

Células T $\gamma\delta$.

Las células T $\gamma\delta$ representan una pequeña subpoblación de células T caracterizada por poseer en su superficie un receptor de célula T (RCT) diferente. La mayoría de las células T tienen un RCT compuesto de dos cadenas de glucoproteínas denominadas cadenas α y β ; sin embargo en las células T $\gamma\delta$ su receptor está formado por dos cadenas denominadas γ y δ . Este grupo de células T es, en general, menos numeroso que el de las $\alpha\beta$ y es en la mucosa del intestino donde se las encuentra en mayor número, formando parte de una población de linfocitos denominada "linfocitos intraepiteliales".

Se desconoce en gran medida cuáles son las moléculas antigénicas que estimulan a las células T $\gamma\delta$, sin embargo, estas células son peculiares en el sentido de que parece que no necesitan que los antígenos sean procesados y presentados unidos a moléculas del CMH, aunque algunas reconocen a moléculas del CMH de clase IB. Por otra parte, se cree que las células T $\gamma\delta$ desempeñan un papel principal en el reconocimiento de antígenos de naturaleza lipídica.

Las células T $\gamma\delta$ comparten las características de las células T colaboradoras, las citotóxicas y las asesinas naturales. Al igual que otras subpoblaciones de células T no convencionales que portan RCTs invariables o constantes, como algunos subtipos de células T asesinas naturales, las $\gamma\delta$ se encuentran en la frontera entre la inmunidad innata y la adaptativa. Por una parte las células $\gamma\delta$ forman parte de la inmunidad adaptativa porque son capaces de reorganizar los genes de sus RCTs para producir una diversidad de receptores y desarrollar una memoria fenotípica, es decir, ser portadoras de receptores adaptados a antígenos o patógenos concretos. Por otra parte también forman parte del sistema inmunitario innato ya que las diferentes subpoblaciones también poseen receptores capaces de actuar como receptores de reconocimiento de patrones. Así, por ejemplo, un gran número de células T $V\gamma 9/V\delta 2$ humanas (un subtipo de células T $\gamma\delta$) responden o se activan en unas horas frente a moléculas comunes no peptídicas producidas por microorganismos, mientras que otro subtipo de células T, las $V\delta 1$ en los epitelios, responden ante células epiteliales que porten indicadores de que han sufrido algún tipo de estrés.



Un anticuerpo está compuesto por 2 cadenas pesadas y 2 ligeras. La única región variable permite a un anticuerpo reconocer a un antígeno que le corresponde, es decir que sea su complementario.

Anticuerpos y linfocitos B.

El linfocito B identifica los patógenos cuando los anticuerpos de su superficie se unen a antígenos foráneos específicos. Este complejo antígeno/anticuerpo pasa al interior del linfocito B donde es procesado por proteólisis y descompuesto en péptidos. El linfocito B muestra entonces estos antígenos peptídicos en su superficie unidos a moléculas del CMH de clase II. Esta combinación de CMH/antígeno atrae a un linfocito T colaborador que tenga receptores complementarios de ese complejo CMH/antígeno.⁶

La célula T libera entonces linfoquinas (el tipo de citoquinas producido por los linfocitos) y activa así al linfocito B.

Cuando el linfocito B ha sido activado comienza a dividirse y su descendencia segrega millones de copias del anticuerpo que reconoce a ese antígeno. Estos anticuerpos circulan en el plasma sanguíneo y en la linfa, se ligan a los patógenos que portan esos antígenos, dejándolos marcados para su destrucción por la activación del complemento o al ser ingeridos por los fagocitos. Los anticuerpos también pueden neutralizar ciertas amenazas directamente, ligándose a toxinas bacterianas o interfiriendo con los receptores que virus y bacterias emplean para infectar las células.

1.5 Sistema inmune adaptativo alternativo.

Aunque las moléculas clásicas del sistema inmune adaptativo (por ejemplo, anticuerpos y receptores de células T) existen solamente en los vertebrados se ha descubierto una molécula diferente, y derivada de linfocitos, en vertebrados primitivos, poseen una gran variedad de moléculas llamadas receptores linfocíticos

⁶ Stites D. "Inmunología básica y clínica" 8ª Edición, México, Manual Moderno, 2003.

variables (RLVs) que, como los receptores de antígenos de los vertebrados, son producidos por un número pequeño de genes (uno o dos). Se cree que estas moléculas se ligan a antígenos de los patógenos de un modo similar a como lo hacen los anticuerpos y con el mismo grado de especificidad.

Memoria inmunológica.

Cuando las células B y T son activadas y comienzan a replicarse, algunos de sus descendientes se convertirán en células de memoria con un largo periodo de vida. A lo largo de la vida estas células recordarán cada patógeno específico que se hayan encontrado y pueden desencadenar una fuerte respuesta si detectan de nuevo a ese patógeno concreto. Esto es "adaptativo" porque ocurre durante el tiempo de vida de un individuo como una adaptación a una infección por ese patógeno y prepara al sistema inmunitario para futuros desafíos. La memoria inmunológica puede ser pasiva y de corta duración o activa y de larga duración.

1.6 Inmunidad pasiva.

La inmunidad pasiva es generalmente de corta duración, desde unos pocos días a algunos meses. Los recién nacidos no han tenido una exposición previa a los microbios y son particularmente vulnerables a las infecciones. La madre les proporciona varias capas de protección pasiva. Durante el embarazo, un tipo particular de anticuerpo, llamado IgG, es transportado de la madre al bebé directamente a través de la placenta, así los bebés humanos tienen altos niveles de anticuerpos ya desde el nacimiento y con el mismo rango de especificidad contra antígenos que su madre. La leche materna también contiene anticuerpos que al llegar al intestino del bebé le protegen de infecciones hasta que éste pueda sintetizar sus propios anticuerpos.

Todo esto es una forma de inmunidad pasiva porque el feto, en realidad, no fabrica células de memoria ni anticuerpos, sólo los toma prestados de la madre.

En medicina, la inmunidad protectora pasiva puede ser también transferida artificialmente de un individuo a otro a través de suero rico en anticuerpos.

1.7 Inmunidad activa e inmunización.

La memoria activa de larga duración es adquirida después de la infección, por la activación de las células T y B. La inmunidad activa puede ser también generada artificialmente, a través de la vacunación. El principio en que se basa la vacunación (también llamada inmunización) consiste en introducir un antígeno de un patógeno para estimular al sistema inmunológico y desarrollar inmunidad específica contra ese patógeno particular sin causar la enfermedad asociada con ese microorganismo.⁷

Esta deliberada inducción de una respuesta inmune es efectiva porque explota la especificidad natural del sistema inmunológico, así como su inducibilidad. Siendo la enfermedad infecciosa una de las causas más frecuentes de muerte en la población humana, la vacunación representa la manipulación más eficaz del sistema inmunológico que ha desarrollado la humanidad.

Casi todas las vacunas virales están basadas en virus vivos atenuados, mientras que las vacunas bacterianas están basadas en componentes o fragmentos no celulares de bacterias, incluyendo componentes inofensivos de toxinas .

Dado que muchas vacunas derivadas de antígenos acelulares no inducen una respuesta adaptativa lo suficientemente fuerte, a la mayoría de vacunas bacterianas se les añaden coadyuvantes que activan las células del sistema inmune innato presentadoras de antígenos para potenciar la inmunogenicidad.

⁷ Janeway CA, Jr. "Inmunología" 6ª Edición, Edit. Garland Science.

1.8 Alteraciones del sistema inmunológico

Desórdenes en la inmunidad humana

El sistema inmunológico es un complejo notablemente eficaz que incorpora especificidad, inducibilidad y adaptación. No obstante, a veces se producen fallos que pueden agruparse, de forma genérica, dentro de las tres siguientes categorías: inmunodeficiencia, autoinmunidad e hipersensibilidad.

Inmunodeficiencias

La Inmunodeficiencia ocurre cuando uno o más de los componentes del sistema inmunológico están inactivos. La habilidad del sistema inmunológico de responder a los patógenos se ve disminuida en los jóvenes y en los adultos mayores. En estos últimos las inmunorespuestas empiezan a decaer alrededor de los 50 años.

En países desarrollados, la obesidad, el alcoholismo y el abuso de drogas ilegales son causas comunes de una respuesta inmune disminuida. Sin embargo, la malnutrición es la causa más común de la inmunodeficiencia en países en vías de desarrollo.

Las inmunodeficiencias también pueden ser heredadas o adquiridas . La enfermedad granulomatosa crónica, en la cual los fagocitos tienen problemas para destruir patógenos, es un ejemplo de una herencia, o inmunodeficiencia congénita. El SIDA y algunos tipos de cáncer causan inmunodeficiencia adquirida.

Autoinmunidad

Las respuestas inmunes exageradas abarcan el otro extremo de la disfunción inmunitaria, particularmente el desorden autoinmune.

Aquí el sistema inmunitario falla en distinguir adecuadamente lo propio de lo extraño y ataca a partes del propio organismo. En circunstancias normales, muchas células T y anticuerpos reaccionan con péptidos del propio organismo.

Existen, sin embargo, células especializadas (localizadas en el timo y en la médula ósea) que participan en la eliminación de linfocitos jóvenes que reaccionan contra antígenos propios, para prevenir así la autoinmunidad.

Hipersensibilidad

La hipersensibilidad es una inmunorespuesta que daña los tejidos propios del cuerpo. Está dividida en cuatro clases (Tipos I-IV) basándose en los mecanismos involucrados y el tiempo de desarrollo de la reacción hipersensible. El tipo I de hipersensibilidad es una reacción inmediata o anafiláctica, relacionada con alergias. Los síntomas van desde un malestar suave hasta la muerte. El tipo I de hipersensibilidad está mediado por la inmunoglobulina E, que es liberada por mastocitos y basófilos.

El tipo II de hipersensibilidad se produce cuando los anticuerpos se ligan a antígenos localizados sobre las células propias del paciente, marcándolas para su destrucción. También recibe el nombre de hipersensibilidad dependiente de anticuerpos o citotóxica y es mediada por anticuerpos de tipo IgG e IgM.

Los inmunocomplejos (agregados de antígenos, proteínas del complemento, y anticuerpos IgG e IgM) depositados en varios tejidos desencadenan la hipersensibilidad de tipo III .

La hipersensibilidad de tipo IV (también conocida como "hipersensibilidad de tipo retardado") generalmente tarda entre dos y tres días en desarrollarse. Las reacciones de tipo IV están implicadas en muchas enfermedades autoinmunes e infecciosas, pero también incluyen dermatitis de contacto. Estas reacciones son mediadas por las células T, monocitos y macrófagos.

CAPITULO II. El VIH. (Virus de Inmunodeficiencia Humana)

2. Concepto

El VIH (acrónimo de virus de inmunodeficiencia humana) es el agente infeccioso determinante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Según el Comité Internacional de Taxonomía de Virus (ICTV) el VIH se incluye en el género Lentivirus, encuadrado en la subfamilia Orthoretrovirinae de la familia Retroviridae. Puede ser detectado por la prueba de VIH.

El SIDA es una enfermedad que afecta a los humanos infectados por el VIH (virus de inmunodeficiencia humana). Se dice que una persona padece de sida cuando su organismo, debido a la inmunodepresión provocada por el VIH, no es capaz de ofrecer una respuesta inmune adecuada contra las infecciones que aquejan a los seres humanos. Se dice que esta infección es incontrovertible.

Definición

La infección por VIH es una enfermedad causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La afección destruye el sistema inmunitario en forma gradual, lo cual hace que para el cuerpo sea más difícil combatir infecciones.⁸

⁸ De Vita Jr Vincent T. "SIDA, etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención" 3ra edición, 1992.

2.1 Antecedentes, origen y evolución

La era del sida empezó oficialmente el 5 de junio de 1981, cuando el Center for Disease Control and Prevention (Centro para la prevención y control de enfermedades) de Estados Unidos convocó una conferencia de prensa donde describió cinco casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* en Los Ángeles .

Al mes siguiente se constataron varios casos de sarcoma de Kaposi, un tipo de cáncer de piel. Las primeras constataciones de estos casos fueron realizadas por el Dr. Michael Gottlieb de San Francisco.

Pese a que los médicos conocían tanto la neumonía por *Pneumocystis carinii* como el sarcoma de Kaposi, la aparición conjunta de ambos en varios pacientes les llamó la atención. La mayoría de estos pacientes eran hombres homosexuales sexualmente activos, muchos de los cuales también sufrían de otras enfermedades crónicas que más tarde se identificaron como infecciones oportunistas.

Las pruebas sanguíneas que se les hicieron a estos pacientes mostraron que carecían del número adecuado de un tipo de células sanguíneas llamadas T CD4+. La mayoría de estos pacientes murieron en pocos meses.

Por la aparición de unas manchas de color rosáceo en el cuerpo del infectado, la prensa comenzó a llamar al sida «peste rosa», debido a esto se confundió, y se le atribuyó a los homosexuales, aunque pronto se hizo notar que también la padecían los inmigrantes haitianos en Estados Unidos, los usuarios de drogas inyectables, los receptores de transfusiones sanguíneas y las mujeres heterosexuales. En 1982, la nueva enfermedad fue bautizada oficialmente con el nombre de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Hasta 1984 se sostuvieron distintas teorías sobre la posible causa del sida. La teoría con más apoyo planteaba que el sida era causado por un virus. La evidencia que apoyaba esta teoría era, básicamente, epidemiológica.

En 1983 un grupo de nueve hombres homosexuales con sida de Los Ángeles, que habían tenido parejas sexuales en común, incluyendo a otro hombre en Nueva York que mantuvo relaciones sexuales con tres de ellos, sirvieron como base para establecer un patrón de contagio típico de las enfermedades infecciosas.

Otras teorías sugieren que el sida surge a causa del excesivo uso de drogas y de la alta actividad sexual con diferentes parejas. También se planteó que la inoculación de semen en el recto durante el sexo anal combinado con el uso de inhalantes con nitrito (poppers) producía supresión del sistema inmune. Pocos especialistas tomaron en serio estas teorías, aunque algunas personas todavía las promueven y niegan que el sida sea producto de la infección del VIH.

La teoría más reconocida actualmente, sostiene que el VIH proviene de un virus llamado «virus de inmunodeficiencia en simios» (SIV, en inglés), el cual es idéntico al VIH y causa síntomas similares al sida.

En 1984, dos científicos franceses, Françoise Barré-Sinoussi y Luc Montagnier aislaron el virus de SIDA y lo purificaron, el Dr. Robert Gallo, Estadounidense, pidió muestras al laboratorio Francés, y adelantándose a los franceses lanzó la noticia de que había descubierto el virus y que había realizado la primera prueba de detección y los primeros anticuerpos para combatir a la enfermedad. Después de diversas controversias legales, se decidió compartir patentes pero el descubrimiento se le atribuyó a los dos investigadores originales que aislaron el virus, y solo a ellos dos se les concedió el Nobel conjunto junto a otro investigador en el 2008, reconociéndolos como auténticos descubridores del virus. Aceptándose que Robert Gallo se aprovechó del material de otros investigadores para realizar todas sus observaciones. En 1986 el virus fue denominado VIH (virus de inmunodeficiencia humana). El descubrimiento del virus permitió el desarrollo de un anticuerpo, el cual se comenzó a utilizar para identificar dentro de los grupos de riesgo a los infectados. También permitió empezar investigaciones sobre posibles tratamientos y una vacuna.

En esos tiempos las víctimas del sida eran aisladas por la comunidad, los amigos e incluso la familia. Los niños que tenían sida no eran aceptados por las escuelas debido a las protestas de los padres de otros niños; éste fue el caso del joven estadounidense Ryan White.

La gente temía acercarse a los infectados ya que pensaban que el VIH podía contagiarse por un contacto casual como dar la mano, abrazar, besar o compartir utensilios con un infectado.

En un principio la comunidad homosexual fue culpada de la aparición y posterior expansión del sida en Occidente. Incluso algunos grupos religiosos llegaron a decir que el sida era un castigo de Dios a los homosexuales (esta creencia aún es popular entre ciertas minorías de creyentes cristianos y musulmanes). Otros señalan que el estilo de vida «depravado» de los homosexuales era responsable de la enfermedad. Aunque en un principio el sida se expandió más deprisa a través de las comunidades homosexuales y que la mayoría de los que padecían la enfermedad en occidente eran homosexuales, esto se debía, en parte, a que en esos tiempos no era común el uso del condón entre homosexuales, por considerarse que éste era sólo un método anticonceptivo. Por otro lado, la difusión del mismo en África fue principalmente por vía heterosexual.

El sida pudo expandirse rápidamente al concentrarse la atención sólo en los homosexuales, esto contribuyó a que la enfermedad se extendiera sin control entre heterosexuales, particularmente en África, el Caribe y luego en Asia.

Gracias a la disponibilidad de tratamiento antirretrovirales, las personas con VIH pueden llevar una vida normal, la correspondiente a una enfermedad crónica, sin las infecciones oportunistas características del sida no tratado. Los antirretrovirales están disponibles mayormente en los países desarrollados. Su disponibilidad en los países en desarrollo está creciendo, sobre todo en América Latina; pero en África, Asia y Europa Oriental muchas personas todavía no tienen acceso a esos medicamentos, por lo cual desarrollan las infecciones oportunistas y mueren algunos años después de la seroconversión.

Como en otras muchas enfermedades infecciosas emergentes, la infección por VIH que acarrea el SIDA, inició su existencia también como zoonosis, es decir por contagio desde otras especies.

2.2 Características del virus.

Fue descubierto e identificado como el agente de la naciente epidemia de SIDA por el equipo de Luc Montagnier en Francia en 1983. El virión es esférico, dotado de una envoltura y con una cápside proteica. Su genoma es una cadena de ARN monocatenario que debe copiarse provisionalmente a ADN para poder multiplicarse e integrarse en el genoma de la célula que infecta.⁹

Los antígenos proteicos de la envoltura exterior se acoplan de forma específica con proteínas de la membrana de las células infectables, especialmente de los linfocitos T4.

El proceso de conversión de ARN en ADN es una característica principal de los retrovirus y se lleva a cabo mediante acciones enzimáticas de transcriptasa inversa. Con la demostración de la existencia de la transcriptasa inversa, se inició en la década de 1970 la búsqueda de los retrovirus humanos, que permitió el aislamiento en 1980 del virus de la leucemia de células T del adulto, HTLV-I (R. Gallo y cols.)

El VIH tiene un diámetro de aproximadamente 100 nanómetros. Su parte exterior es la "cubierta", una membrana que originalmente pertenecía a la célula de donde el virus emergió.

⁹ De Vita Jr Vincent T. "SIDA, etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención" 3ra edición, 1992.

En la cubierta se encuentra una proteína del virus, la gp41, o "glicoproteína transmembrana". Conectada a la gp41 está la gp120, la cual puede unirse al receptor CD4 localizado en la superficie de los linfocitos T para penetrar en ellos. El núcleo tiene la "cápside", compuesta por la proteína p24. En su interior está el ARN, la forma de información genética del VIH.

En diciembre de 2006, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, había 39,5 millones de personas con VIH en el mundo, de las cuales 24,7 millones vivían en África Subsahariana.

2.3 Formas o vías de transmisión del VIH.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se puede diseminar de la siguiente manera:

- Transfusiones de sangre y hemoderivados contaminados
- Contacto sexual íntimo, Vía vertical madre a hijo.
- Uso de agujas y jeringas contaminadas

Las personas que resultan infectadas con VIH pueden estar asintomáticas hasta por 10 años, pero aún pueden transmitir la infección a otros. Después de haber estado expuesto al virus, generalmente toma alrededor de tres meses para que los resultados de los exámenes de sangre cambien de negativos a positivos para VIH.

El VIH se ha propagado por todo los Estados Unidos y las mayores concentraciones de la enfermedad se encuentran en la parte central de las áreas urbanas.

Para que se dé la transmisión del virus debe encontrarse en una determinada concentración en distintos fluidos biológicos, siendo estos:

-sangre.

-semen.

-secreciones vaginales.

-leche materna.

También se encuentra presente, y en cantidad suficiente, en el líquido cefalorraquídeo, líquido amniótico, líquido pleural, sinovial, peritoneo y pericárdico.

Las tres principales formas de transmisión son:

Sexual. El contagio se produce por el contacto de secreciones infectadas con la mucosa genital, rectal u oral de la otra persona.

Parenteral (por sangre). Es una forma de contagio a través de jeringas contaminadas que se da por la utilización de drogas intravenosas o cuando los servicios sanitarios, como ha ocurrido a veces en países pobres, no usan las mejores medidas de higiene; también en personas, como hemofílicos, que han recibido una transfusión de sangre contaminada o productos contaminados derivados de la sangre; y en menor grado trabajadores de salud que estén expuestos a la infección en un accidente de trabajo como puede ocurrir si una herida entra en contacto con sangre contaminada; también durante la realización de piercings, tatuajes y escarificaciones.

Vertical (de madre a hijo). El contagio puede ocurrir durante las últimas semanas del embarazo, durante el parto, o al amamantar al bebé. De estas situaciones, el parto es la más problemática.

Actualmente en países desarrollados la transmisión vertical del VIH está totalmente controlada (siempre que la madre sepa que es portadora del virus) ya que desde el inicio del embarazo (y en ciertos casos con anterioridad incluso) se le da a la embarazada un Tratamiento Anti-Retroviral de Gran Actividad (TARGA) especialmente indicado para estas situaciones, el parto se realiza por cesárea generalmente, se suprime la producción de leche, y con ello la lactancia, e incluso se da tratamiento antiviral al recién nacido.

El virión (partícula infectante) del VIH difiere en su estructura de los previamente conocidos de otros retrovirus. Mide unos 120 nm de diámetro y es aproximadamente esférico.

Las células que el VIH invade son esencialmente los linfocitos T CD4+, pero también en menor medida los monocitos/macrófagos, las células dendríticas, las células de Langerhans y las células de microglía del cerebro.

La replicación viral tiene pues lugar en tejidos diversos (de ganglios linfáticos, intestino, cerebro, timo,...). Los órganos linfoides, sobre todo los ganglios linfáticos, constituyen la principal sede de su replicación. El virus está presente en numerosos líquidos del organismo, en particular la sangre y las secreciones genitales.

2.4 Replicación del virus

Se desarrolla en las siguientes etapas:

Fijación: Representa la primera etapa en la invasión de una célula. Se basa en el reconocimiento mutuo y acoplamiento de proteínas de la envoltura del virión, las gp120 y gp41, y los receptores de la célula blanco, los CD4.

Este reconocimiento no es posible sin ayuda de correceptores propios de las células susceptibles de ser invadidas; en el caso de los macrófagos son los CCR5 y en el caso de los LT4, los CXCR4, que interactúan con la proteína superficial. Macrófagos y LT4 tienen en común su principal receptor: el receptor CD4.

Este reconocimiento es condición obligada para que el virus llegue a penetrar en la célula y continuar con el proceso de infección.¹⁰

Penetración es el segundo paso: una vez reconocido el virión por los receptores de superficie, se vacía dentro de la célula fusionándose la envoltura lipídica del virión con la membrana plasmática de la célula. Protegidos por la cápside y las nucleocápsides, los dos ARN mensajeros que forman el genoma viral y sus proteínas asociadas se encuentran ahora en el citoplasma.

Eliminación de las cubiertas proteicas, cápside y nucleocápsides, quedando el ARN vírico libre en el citoplasma y listo para ser procesado.

Transcripción inversa del ARN vírico para formar ADNc (ADN complementario, monocatenario) con la misma información. Cada una de las dos moléculas de ARN llega desde el virión asociada a una molécula de transcriptasa inversa que se ocupa del proceso. Las dos moléculas de ADNc se asocian para formar una molécula de ADN, que es la forma química de guardar la información que una célula eucariota es capaz de procesar.

Integración del genoma vírico en el genoma de la célula huésped. Para ello penetra en el núcleo y se inserta en el ADN celular con ayuda de una integrasa, que procede del virión infectante.

Transcripción del ADN vírico por los mecanismos normales de la célula. El resultado de la transcripción es un ARNm (ARN mensajero).

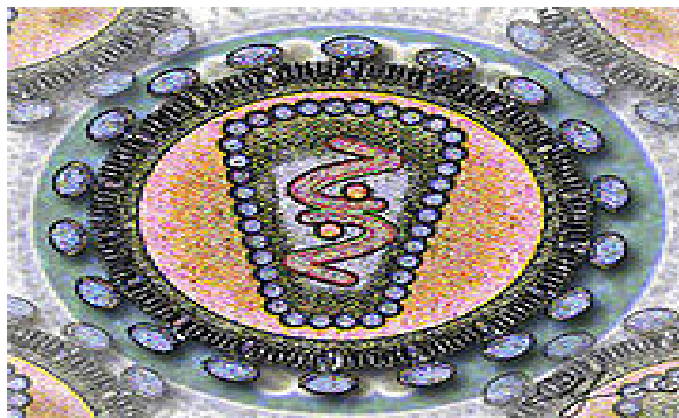
¹⁰ Hernández Ávila M. "Enfoques de Investigación sobre VIH/SIDA en salud reproductiva." INSP, 1995.

El ARNm obtenido es complejo, constituido por una sucesión de intrones (partes no informativas) y exones (partes informativas). Debe ser procesado por cortes y reempalmes antes de que la información que contiene pueda servir para fabricar las proteínas correspondientes. Una vez procesado, el ARNm puede salir del núcleo a través de los poros nucleares.

Una vez en el citoplasma el ARNm proporciona la información para la traducción, es decir, la síntesis de proteínas, que es realizada a través del aparato molecular correspondiente, del que forman la parte fundamental los ribosomas. El resultado de la traducción no consiste inmediatamente en proteínas funcionales, sino en poliproteínas que aún deben ser cortadas en fragmentos.

Por acción de proteasas específicas del VIH, las poliproteínas producto de la traducción son procesadas, cortándolas, para formar las proteínas constitutivas del virus. Las proteínas víricas fabricadas se ensamblan, junto con ARN provirales, para formar los componentes internos de la estructura del virión, los que constituyen la cápside y su contenido.

Gemación, cuando los nucleoides víricos se aproximan a la membrana plasmática y se hacen envolver en una verruga que termina por desprenderse, formando un nuevo virión o partícula infectante. En cada célula infectada se ensamblan varios miles de nuevos viriones, aunque muchos son incompletos y no pueden infectar.



Corte del virus de la Inmunodeficiencia Humana

2.5 Síntomas

El VIH puede causar cualquier síntoma de enfermedad, ya que las infecciones pueden ocurrir en todo el cuerpo. Algunos síntomas relacionados con la infección por VIH comprenden:¹¹

- Diarrea
- Fatiga
- Fiebre
- Frecuentes infecciones vaginales por levaduras
- Dolor de cabeza
- Úlceras bucales, incluyendo infección por candida
- Rigidez o dolor muscular
- Erupción cutánea de diversos tipos, incluyendo dermatitis seborreica
- Irritación de la garganta
- Inflamación de los ganglios linfáticos

Nota: en el momento del diagnóstico de la infección con VIH, muchas personas pueden no haber experimentado ningún síntoma.

¹¹ Cárdenas Bravo L. "SIDA lo que todos debemos saber". México, Trillas 1995.

2.6 Signos y exámenes

El examen ELISA/inmunotransferencia para VIH detecta anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana. Tener estos anticuerpos significa que la persona está infectada con VIH. Si el examen es negativo (no se encuentran ningún anticuerpo) y la persona tiene factores de riesgo para la infección por VIH, el examen se debe repetir en 3 meses.

Si el examen ELISA/inmunotransferencia para VIH es positivo, se pueden realizar otros exámenes para determinar qué tanto VIH hay en el torrente sanguíneo. Una fórmula leucocitaria también puede mostrar anomalías.

Un conteo de CD4 inferior a lo normal puede ser una señal de que el virus está inhibiendo el sistema inmunitario.

2.7 Tratamiento

A menudo, los médicos recomiendan la terapia farmacológica para pacientes que están comprometidos a tomar todos los medicamentos y tienen un conteo CD4 por debajo de 350 células/mL (lo que indica que su sistema inmunitario está inhibido).

Algunas personas, incluyendo las mujeres embarazadas y las personas con problemas neurológicos o renales relacionados con el VIH, pueden necesitar tratamiento sin importar su conteo de CD4.¹²

¹² Nieto L. "Tratamiento antirretroviral en el adulto con VIH/SIDA" Grupo Ixel editores. 2ª Edición, México 2006.

Es extremadamente importante que las personas con VIH se tomen todas las dosis de sus medicamentos o, de otro modo, el virus se volverá rápidamente resistente a los fármacos. La terapia involucra siempre una combinación de medicamentos antivirales.

Las personas con infección por VIH necesitan recibir ilustración acerca de la enfermedad y su tratamiento, de manera que puedan ser parte activa en la toma de decisiones junto con el médico.

Fármacos contra el VIH

Antirretroviral

Existen numerosos fármacos dirigidos a evitar tanto la infección, como la progresión del ciclo vital del virus. Dichos fármacos se clasifican clásicamente según la proteína a la que van dirigidos (esto es, el paso replicativo que inhiben en su uso). En general, y dada la alta tasa de resistencias, está indicado el uso combinado de fármacos de diferentes grupos (politerapia), en lo que se viene llamando TARGA: Terapia AntirRetroviral de Gran Actividad.

Dada la importancia mundial de la pandemia de infección por VIH y el SIDA, son numerosísimas las investigaciones que se están llevando a cabo para descubrir nuevos fármacos y mejorar los existentes.

Expectativas (pronóstico)

La infección por VIH es una afección crónica que se puede tratar, pero que aún no se puede curar. Existen formas efectivas de prevenir complicaciones y retardar, mas no evitar, la progresión hacia el SIDA.

Casi todas las personas infectadas con VIH desarrollarán SIDA si no reciben tratamiento. Sin embargo, existe un pequeño grupo de personas que desarrollan SIDA muy lentamente o nunca lo desarrollan. Estos pacientes se denominan pacientes sin progresión a largo plazo.

Cabe destacar la diferencia entre estar infectado por el VIH y padecer de sida. Una persona infectada por el VIH es seropositiva y pasa a desarrollar un cuadro de sida cuando su nivel de linfocitos T CD4 (que son el tipo de células a las que ataca el virus) desciende por debajo de 200 células por mililitro de sangre.

El VIH se transmite a través de los fluidos corporales (tales como sangre, semen, secreciones vaginales y leche materna). El Día mundial de la lucha contra el SIDA se celebra el 1 de diciembre.

Puntos de vista alternativos

Respecto a la existencia del VIH y respecto a su origen existen puntos de vista alternativos al consenso científico. Incluyen la teoría de E. Hooper de que la barrera de especie fue atravesada como consecuencia de la utilización de riñones infectados de chimpancé para producir vacunas contra la polio, o la opinión muy extendida entre jóvenes africanos, pero considerada generalmente insensata, de que el VIH es un arma biológica desarrollada por Estados Unidos contra los africanos.

Existen numerosos activistas y algunos científicos que niegan que el SIDA sea causado por el VIH, algunos de los cuales incluso dudan de la misma existencia del virus aquí descrito. Muchos niegan también que exista el SIDA como entidad nosológica (una enfermedad singular bien definida) interpretando que la diversidad de formas epidemiológicas y clínicas es propia de una pluralidad de enfermedades que errónea o interesadamente son interpretadas como una sola.

CAPITULO III. PERSONAS QUE PADECEN VIH.

3. La infección por el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) / SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida).

Se trata de una enfermedad que va destruyendo lenta y progresivamente el sistema inmunitario. Está provocada por el VIH, que aniquila ciertos tipos de linfocitos denominados células T cooperadoras. Sin este tipo de células, el sistema inmunitario no puede defender al cuerpo contra organismos normalmente inofensivos, los cuales pueden provocar infecciones muy graves en las personas con SIDA. Los bebés pueden contraer la infección por VIH si sus madres están infectadas mientras están en el útero, durante el parto o a través de la lactancia. Los jóvenes y adultos pueden contraer esta infección al mantener relaciones sexuales sin protección con una persona infectada o al compartir agujas contaminadas para inyectarse drogas o esteroides o al hacerse tatuajes.

3.1 Factores psicosociales del VIH/SIDA

Afortunadamente en la actualidad en el mundo occidental, la infección por VIH, está pasando a ser considerada una enfermedad crónica, habiendo disminuido de forma muy significativa su morbilidad y mortalidad, como consecuencia de los avances alcanzados en su tratamiento; aun así continua representando una problemática muy compleja que además de los daños fisiopatológicos, involucra factores psicológicos, sociológicos y económicos. Tal situación requiere necesariamente un enfoque multidisciplinar, donde no quede marginado ninguno de esos aspectos

Tras el relativo control de los aspectos fisiopatológicos de la infección por VIH /SIDA son los factores psicológicos los que merecen ahora una especial atención.

Las relaciones existentes entre los factores psicosociales y la salud sin duda son complejas.

Aspectos Psicosociales del VIH/SIDA.

La relación entre esta enfermedad y diferentes alteraciones a nivel psicológico, pueden ser el aumento del estrés por la percepción de síntomas; además los pacientes pueden experimentar ansiedad, abatimiento y depresión ante las distintas situaciones críticas que puedan acontecer dentro del proceso, tales como el inicio del tratamiento, cambios negativos en la tasa CD4 en la carga viral, aparición de otras enfermedades o nuevos síntomas, etc.¹³

Además, según Rojo y Benloch los pacientes que han desarrollado SIDA pueden presentar diferentes trastornos psicoemocionales.

ENTIDAD	CAUSA	CLINICA
Relación de adaptación con ánimo ansioso.	Falta de adaptación a la nueva situación	Temor, inquietud, insomnio, preocupación, ansiedad.
Reacción de adaptación con ánimo depresivo.	Falta de adaptación a la nueva situación	Tristeza, llanto, desanimo, malestar, sentimientos de culpa, insomnio/hipersomnia
Reacción de adaptación con otros síntomas	Falta de adaptación a la nueva situación	Trastornos de conducta, mixtos y otros.

¹³ Revista Panamericana de Salud Publica Vol. 3, No. 3 Marzo 2000.

Depresión mayor.	Independiente del diagnóstico de SIDA, Cambios evolutivos o estrés.	Tristeza, anhedonia, llanto, pesimismo, Enlentecimiento psicomotor, concentración difícil, insomnio, hipersomnias, Sentimientos de inutilidad, culpa, autolisis y ansiedad.
Síndrome afectivo orgánico	Toxico o metabólico	Igual a depresión mayor o a trastorno bipolar maniaco.
Delirium	Sufrimiento cerebral de causa orgánica	Hipovigilia, confusión, desorientación temporoespacial, puede haber alucinosis visual, contenido depresivo o agitación.
Demencia SIDA	VIH	Patrón subcortical, cuadro clínico relativamente estereotipado.

A lo anterior debe añadirse la problemática relación que se establece con el entorno debida a la estigmatización que caracteriza todavía a la infección por VIH/SIDA; un ambiente social que sin duda sostiene y refuerza esas creencias, todo lo cual no contribuyen absoluto a la recuperación y mantenimiento de un equilibrio biopsicosocial, tan necesario para todos, pero de forma especial para las personas directamente involucradas en la infección por VIH.

Algunas de las reacciones negativas hacia los seropositivos son el rechazo y el aislamiento social; las personas afectadas por el VIH inician ellas mismas, incluso, un distanciamiento de los demás con objeto de mantener en secreto su situación.

La preocupación por la posibilidad de infectar a otras personas hace que también se evite la relación con otros, conduciendo a las personas seropositivas a una situación de aislamiento y soledad. El miedo al rechazo resulta confirmado en numerosas ocasiones cuando las personas afectadas informan a sus parejas, llegando incluso a romperse la relación.

La labor informativa, educativa y preventiva que se ha venido realizando desde hace tiempo sin duda estará colaborando a que la sociedad conozca y comprenda mejor la infección por VIH/SIDA, las vías de transmisión, las conductas de riesgo, y las medidas preventivas, todo lo cual cabe esperar ayudara a que ciertas reacciones y actitudes ante las personas afectadas vayan desapareciendo.

En opinión de Blinder según los niveles de salud mental, de solidaridad, de información y de conciencia del grupo social, se podrán organizar recursos y respuestas integradoras de los pacientes, evitando la consecuente marginación que indefectiblemente desemboca en conductas agresivas o depresivas, según la estructura previa del sujeto, y en la desestructuración del entorno familiar. Ya es bastante peso soportar la enfermedad para, además, tener que soportar la marginación.

En cualquier caso, el conocimiento del diagnóstico de seropositividad hace que se instaure en la persona afectada el sentimiento de enfermedad, siguiendo el factor específico del sentimiento de enfermedad se halla constituido por la sintomatología subjetiva, no de la enfermedad en cuanto tal, sentimientos dotados de cualidad afectiva, son consecutivos al sentimiento genérico de estar enfermo.

Desde el impacto propio del diagnóstico inicial de seropositividad, no pueden obviarse cuestiones tales como la crisis vital en la que se sumerge el individuo y que altera sus patrones adaptativos habituales con el siguiente estrés.

El sentimiento de preocupación que necesariamente experimentan los afectados por la amenaza que para sus vidas representa la infección por VIH, la ansiedad que se deriva de un futuro incierto por el hecho de no disponer claramente de los recursos necesarios para hacer frente a su situación: el abatimiento y posible depresión ante la eventualidad de una muerte temprana para sí mismo o para personas muy vinculadas afectivamente.

Consecuentemente, se considera necesario disponer de un marco conceptual que contemple el grado de amenaza o preocupación que experimentan las personas afectadas por VIH, así como también los recursos de que disponen para afrontar su situación, por entender que pueden estar influyendo tanto en la propia percepción del sujeto sobre su estado de salud/enfermedad, como determinando en alguna medida su calidad de vida en relación con su salud.

3.2 Autoconcepto.

El autoconcepto es la imagen del yo que tiene cada persona, la construcción mental de cómo se percibe a sí misma. Si este concepto es positivo, mejorará la autoestima. El autoconcepto incluye todos los parámetros que son relevantes para la persona: desde la apariencia física hasta las habilidades o creencias.

“El autoconcepto suele definirse, en sentido genérico, como el conjunto de imágenes, pensamientos y sentimientos que el individuo tiene de sí mismo. Pensamientos y sentimientos que, consecuentemente, permiten diferenciar dos componentes o dimensiones de los mismos: los cognitivos y los evaluativos. La dimensión cognitiva hace referencia a las creencias sobre varios aspectos de sí mismo, tales como la imagen corporal, la identidad social, los valores, las habilidades o los rasgos que el individuo considera que posee. Los aspectos evaluativos del autoconcepto, a los que también se suelen denominar autoestima, están constituidos por el conjunto de sentimientos positivos y negativos que el individuo experimenta sobre sí mismo.

En la determinación de la influencia de ambos componentes (cognitivos y evaluativos), va siempre a representar un papel importante la imagen que el sujeto considera que los demás tienen de él: la dimensión social que considera que merece”.¹⁴

Destacamos tres características esenciales del autoconcepto:

- No es innato: el autoconcepto se va formando con la experiencia y la imagen proyectada o percibida en los otros.
- Es un todo organizado: el individuo tiende a ignorar las variables que percibe de él mismo que no se ajustan al conjunto y tiene su propia jerarquía de atributos a valorar.
- Es dinámica: puede modificarse con nuevos datos, provenientes de una reinterpretación de la propia personalidad o de juicios ajenos.

Autoconcepto una parte importante de la autoestima.

Nivel cognitivo intelectual: constituye las ideas, opiniones, creencias, percepciones y el procesamiento de la información exterior. Basamos nuestro autoconcepto en experiencias pasadas, creencias y convencimiento sobre nuestra persona.

Nivel emocional afectivo: es un juicio de valor sobre nuestras cualidades personales. Implica un sentimiento de lo agradable o desagradable que vemos en nosotros.

Nivel conductual: es la decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente.

¹⁴ Salvarezza L. “Psicología paidos” Buenos aires, 1999.

Los factores que determinan el autoconcepto son los siguientes:

La actitud o motivación: es la tendencia a reaccionar frente a una situación tras evaluarla positiva o negativa. Es la causa que impulsa a actuar, por tanto, será importante plantearse los porqués de nuestras acciones, para no dejarnos llevar simplemente por la inercia o la ansiedad.

El esquema corporal: supone la idea que tenemos de nuestro cuerpo a partir de las sensaciones y estímulos. Esta imagen está muy relacionada e influenciada por las relaciones sociales, las modas, complejos o sentimientos hacia nosotros mismos

Las aptitudes: son las capacidades que posee una persona para realizar algo adecuadamente (inteligencia, razonamiento, habilidades, etc.).

Valoración externa: es la consideración o apreciación que hacen las demás personas sobre nosotros. Son los refuerzos sociales, halagos, contacto físico, expresiones gestuales, reconocimiento social, etc.

3.3 Autoconcepto como necesidad de vida.

El autoconcepto es el conjunto de ideas que tenemos acerca de nosotros mismos. Cada uno nos demos cuenta o no, tenemos una imagen propia. Nos vemos de alguna manera, listos, pausados, cariñosos, bien intencionados, perezosos, incomprendidos, meticulosos, o astutos; podríamos tomar muchos adjetivos para describirnos. Este es el “yo” que está detrás de la cara que se ve en el espejo, el “yo” que piensa, sueña, habla, siente y cree, el “yo” que ninguno conocemos completamente.

Todo el mundo tiene una imagen de sí mismo, buena o mala, pero cualquiera que sea esa imagen afectará su comportamiento, actitudes, productividad y en última instancia, su éxito en la vida.

Dos expresiones populares en el campo de la Psicología sobre la autoimagen ilustran esta tesis fundamental: "Somos lo que creemos ser" y "Lo que los demás piensan de mí, no es tan importante como lo que yo pienso de mí mismo".

Los pensamientos engendran sentimientos, y los sentimientos engendran acciones; por consiguiente, los pensamientos que nacen de nuestra autoimagen afectan nuestras acciones, negativa o positivamente. El que tiene una imagen de confianza en sí mismo, rendirá al máximo en su capacidad; no así el inseguro, que carece de esa confianza.

Un autoconcepto saludable es fundamental para tener bienestar emocional, nos sentimos cómodos con nosotros mismos y disfrutamos de una paz interior duradera.

Cuando se desarrolla un sano autoconcepto, la persona lleva una vida útil y productiva, piensa con claridad para lograr mejor rendimiento y se concentra en metas definidas con la motivación suficiente para lograrlas.

Cuando se tiene una autoimagen adecuada se enfrentan los problemas de la vida y hay dedicación para resolverlos. La persona no tiene que dividir sus esfuerzos entre atender sus ansiedades interiores, y enfrentar la circunstancia del momento. Podrá gozar los logros obtenidos sin presumir de ello; se desenvuelve competentemente en la vida porque sabe que ya "es", no está tratando siempre de "llegar a ser".¹⁵

El autoconcepto viene del conjunto de toda la vida, viene de ideas pasadas, entendiendo que estamos viviendo un proceso para llegar a ser mejores. El autoconcepto es importante porque cada cosa que hacemos o decimos, cada cosa que oímos, sentimos o percibimos, está influenciada por la manera como nosotros nos vemos a nosotros mismos.

¹⁵ Gonzales Block M.A. "El SIDA en los estratos socioeconómicos de México" INSP, México 1992.

La forma como nos vemos a nosotros mismos determina generalmente nuestra reacción, lo que percibimos, y en términos generales, como nos conducimos.

Los seres humanos constantemente cambian de conducta, como podemos ver si nos examinamos a nosotros mismos y a otros en una forma suficientemente crítica. Es una observación muy superficial decir que "fulano de tal" es la misma persona que hace cinco años atrás. Técnicamente no es exactamente la misma persona hoy que ayer. Ante todo es un día más vieja. Debe haber aprendido algo nuevo, por imperceptible que esto sea. Su percepción de los hechos de hoy es diferente, aunque esta diferencia sea tenue e indetectable. Quizá no le haya pasado nada "significativo", ninguna promoción, o accidente, ni disturbio anímico, pero será diferente. En todo hombre el cambio de conducta es constante.

Por lo tanto el concepto que una persona tiene de sí mismo está estrechamente relacionado con el concepto que la persona tiene de su entorno; no basta vernos a nosotros mismos como somos ahora.

Esa comprensión es un punto necesario para la partida, pero también debemos ver lo que nosotros mismos podríamos ser, y crecer hacia esa visión.

3.4 Teorías relacionadas con el autoconcepto.

3.4.1 Teoría psicológica de Abraham Maslow.

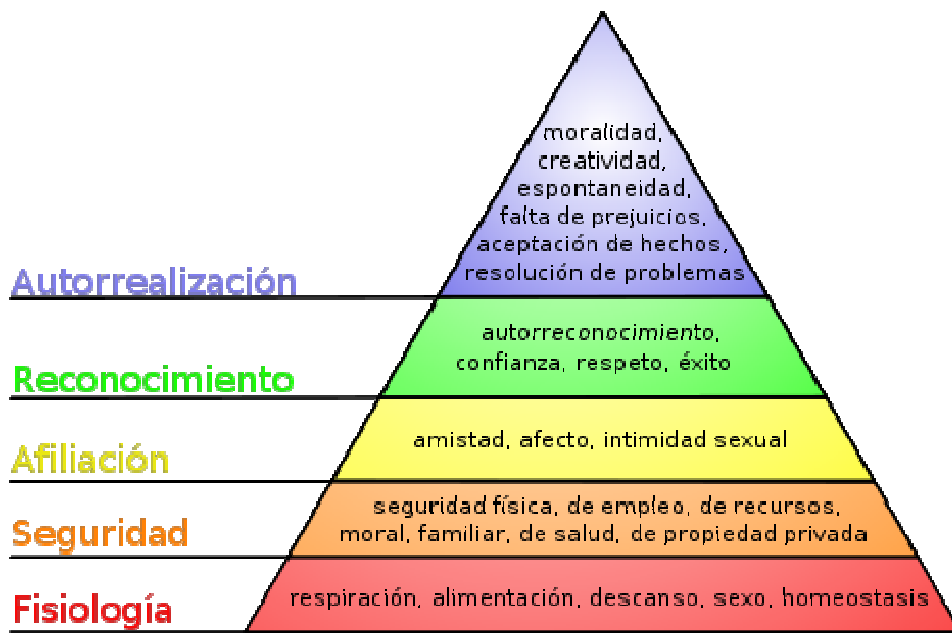
Brooklyn, Nueva York, 1 de abril de 1908 - 8 de junio de 1970 fue un psicólogo humanista estadounidense.

Se le considera el iniciador de la tercera tendencia de la psicología. Las otras dos son el psicoanálisis (Freud) y el conductismo (Watson).

Pasó sus últimos años semi-retirado en California hasta que el 8 de junio de 1970 murió de un infarto del miocardio después de años de enfermedad.

Pirámide de Maslow

La Pirámide de Maslow es una teoría psicológica propuesta por Abraham Maslow en su obra: Una teoría sobre la motivación humana (A Theory of Human Motivation) de 1943, que posteriormente amplió. Maslow formula en su teoría una jerarquía de necesidades humanas y defiende que conforme se satisfacen las necesidades más básicas, los seres humanos desarrollan necesidades y deseos más elevados.



Pirámide de Maslow: jerarquía de necesidades.

Jerarquía de necesidades de Maslow

La jerarquía de necesidades de Maslow se describe a menudo como una pirámide que consta de cinco niveles: los cuatro primeros niveles pueden ser agrupados como «necesidades de déficit» (deficit needs o D-needs); al nivel superior lo denominó «auto-actualización», «motivación de crecimiento», o «necesidad de ser» (being needs o B-needs).

«La diferencia estriba en que mientras las necesidades de déficit pueden ser satisfechas, la necesidad de ser es una fuerza impelente continua».¹⁶

La idea básica de esta jerarquía es que las necesidades más altas ocupan nuestra atención sólo cuando se han satisfecho las necesidades inferiores de la pirámide. Las fuerzas de crecimiento dan lugar a un movimiento ascendente en la jerarquía, mientras que las fuerzas regresivas empujan las necesidades prepotentes hacia abajo en la jerarquía. Según la pirámide de Maslow tendríamos de:

Necesidades de estima.

Maslow describió dos tipos de necesidades de estima, una alta y otra baja.

- La estima alta concierne a la necesidad del respeto a uno mismo, e incluye sentimientos tales como confianza, competencia, maestría, logros, independencia y libertad.
- La estima baja concierne al respeto de las demás personas: la necesidad de atención, aprecio, reconocimiento, reputación, estatus, dignidad, fama, gloria, e incluso dominio.

La merma de estas necesidades se refleja en una baja autoestima y el complejo de inferioridad.

Auto-realización o auto-actualización

Este nivel es algo diferente y Maslow utilizó varios términos para denominarlo: «motivación de crecimiento», «necesidad de ser» y «auto-realización».

¹⁶ Engler B. "Introducción a las teorías de la personalidad" México, McGraw Hill.1998.

Son las necesidades más elevadas, se hallan en la cima de la jerarquía, y a través de su satisfacción, se encuentra un sentido a la vida mediante el desarrollo potencial de una actividad. Se llega a ésta cuando todos los niveles anteriores han sido alcanzados y completados, al menos, hasta cierto punto.

Personas auto-realizadas

Maslow consideró auto-realizados a un grupo de personajes históricos que estimaba cumplían dichos criterios: Abraham Lincoln, Thomas Jefferson, Mahatma Gandhi, Albert Einstein, Eleanor Roosevelt, William James, entre otros.

Maslow dedujo de sus biografías, escritos y actividades, una serie de cualidades similares; estimaba que eran personas:

- centradas en la realidad, que sabían diferenciar lo falso o ficticio de lo real y genuino;
- centradas en los problemas, que enfrentan los problemas en virtud de sus soluciones;
- con una percepción diferente de los significados y los fines.

En sus relaciones con los demás, eran personas:

- con necesidad de privacidad, sintiéndose cómodos en esta situación;
- independientes de la cultura y el entorno dominante, basándose más en experiencias y juicios propios;
- resistentes a la enculturación, pues no eran susceptibles a la presión social; eran inconformistas;
- con sentido del humor no hostil, prefiriendo bromas de sí mismos o de la condición humana;
- buena aceptación de sí mismo y de los demás, tal como eran, no pretenciosos ni artificiales;
- fresca en la apreciación, creativos, inventivos y originales;

- con tendencia a vivir con más intensidad las experiencias que el resto de la humanidad.

Metanecesidades y metapatologías

Maslow también aborda de otra forma la problemática de lo que es auto-realización, hablando de las necesidades impulsivas, y comenta lo que se necesitaba para ser feliz: verdad, bondad, belleza, unidad, integridad y trascendencia de los opuestos, vitalidad, singularidad, perfección y necesidad, realización, justicia y orden, simplicidad, riqueza ambiental, fortaleza, sentido lúdico, autosuficiencia, y búsqueda de lo significativo.

Cuando no se colman las necesidades de auto-realización, surgen las metapatologías, cuya lista es complementaria y tan extensa como la de metanecesidades. Aflora entonces cierto grado de cinismo, los disgustos, la depresión, la invalidez emocional y la alienación.

3.4.2 Características generales de la teoría de Maslow.

- Sólo las necesidades no satisfechas influyen en el comportamiento de las personas, pero la necesidad satisfecha no genera comportamiento alguno.
- Las necesidades fisiológicas nacen con la persona, el resto de las necesidades surgen con el transcurso del tiempo.
- A medida que la persona logra controlar sus necesidades básicas aparecen gradualmente necesidades de orden superior; no todos los individuos sienten necesidades de auto-realización, debido a que es una conquista individual.

- Las necesidades más elevadas no surgen en la medida en que las más bajas van siendo satisfechas. Pueden ser concomitantes pero las básicas predominarán sobre las superiores.
- Las necesidades básicas requieren para su satisfacción un ciclo motivador relativamente corto, en contraposición, las necesidades superiores requieren de un ciclo más largo.

Ciclo de proceso

Maslow definió en su pirámide las necesidades básicas del individuo de una manera jerárquica, colocando las necesidades más básicas o simples en la base de la pirámide y las más relevantes o fundamentales en la cima de la pirámide, a medida que las necesidades van siendo satisfechas o logradas surgen otras de un nivel superior o mejor. En la última fase se encuentra con la «auto-realización» que no es más que un nivel de plena felicidad o armonía.

3.5 Teoría de enfermería.

La primera Teoría de enfermería nace con Florence Nightingale, a partir de allí nacen nuevos modelos cada uno de ellos aporta una filosofía de entender la enfermería y el cuidado.

Desde sus orígenes era considerada como una ocupación basada en la práctica y en el conocimiento común, no era considerada como ciencia, el conocimiento científico aparece con la primera teoría de enfermería. Las enfermeras comenzaron a centrar su atención en la adquisición de conocimientos técnicos que les eran delegados, con la publicación del libro " Notas de Enfermería " de Florence Nightingale en 1852, se sentó la base de la enfermería profesional, en su libro Florence intento definir la aportación específica de enfermería al cuidado de la salud.

Desde 1852 hasta 1966 se creó y desarrollo una corriente filosófica que buscaba los fundamentos de la profesión y es durante la década de 1950 a 1996, que surge la teoría de enfermería de Virginia Avenel Henderson.

Henderson definió enfermería en términos funcionales. La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, sano o enfermo a recuperar la salud (o a una muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o con el conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la independencia lo más rápido posible, afirmaba que a medida que cambiase las necesidades del paciente también podía cambiar la definición de enfermería.

Para Henderson su definición de enfermería no era definitiva, consideraba que enfermería cambiaría según la época en que se practicase y que dependía de lo que realizara el personal de salud.

Virginia Henderson incorpora los principios fisiológicos y psicopatológicos a su definición de enfermería en sus innumerables trabajos explicó la importancia de la independencia de enfermería y, a la vez, de su interdependencia con respecto a otras ramas dentro del área de la salud.

Este es un trabajo de tipo documental donde se realiza una breve reseña de su biografía y su teoría de enfermería.

3.5.1 Virginia Avenel Henderson (1897-1996)

Tendencia y modelo

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería.

Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

Principales conceptos y definiciones.

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es denominada por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

Definición de Enfermería

Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

Salud

Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Entorno

Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo.

Persona (paciente)

Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad

Supuestos principales:

La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas. La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.

La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.

Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones mecánicas.

Afirmaciones teóricas.

Relación enfermera – paciente:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

- La enfermera como sustituta del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.
- La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.
- La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

Virginia Henderson no adoptó afirmaciones internacionales, ni tampoco operativas para sustentar una teoría, es por eso que ella no desarrolló una teoría definitiva de enfermería, por el contrario, desarrolló un concepto o definición personal que en algunas ocasiones señaló que eran un compendio de muchas influencias algunas positivas, otras negativas.

La definición de enfermería de Virginia Henderson fue realizada en términos funcionales, desde mi parecer tiene carácter mecanicista eficientista. Esto es debido a que Virginia crece bajo la influencia de la teoría de la administración científica de Taylor aunado a esto es inspirada por el Dr. Edward Thorndike, psicólogo conductista.

Los teóricos conductistas media los cambios a través de la conducta observable, esta medición los ubica dentro del mecanicismo, en la definición de Henderson los cambios se miden a través de conducta observable (logro de la independencia) También se podría decir que es Biologista ya que las catorce necesidades básicas mencionadas por ella solo tratan la parte biológica del ser humano.

Ella planteo que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad, a pesar de que en sus catorce necesidades señala la de profesar la fe, no menciona ninguna que cubra la parte emocional del paciente, dándole carácter Biologista a su definición.

Si bien en su escrito señala la importancia de la formación de la enfermera hace hincapié en que esta debe tener preparación en el área de la Biología y en Sociología.

Aquí podemos evidenciar la puesta en práctica de uno de los fundamentos de Taylor como es el fomento de la especialidad, los hospitales de la época tenían como norte el aumento de la productividad y este se media a través de la atención al paciente.

Su definición se ubica en el modelo de las necesidades humanas y en la tendencia de suplencia y ayuda, es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, sin embargo, y estas serían meras especulaciones de la autora de esta monografía, la ubicaría desde el punto de vista filosófico en la filosofía existencialista, ya que ella estudia al ser desde el punto de vista del cuidado, este fomenta la independencia del paciente.

El concepto de enfermería de Henderson es complejo, posee numerosas variables y diferentes relaciones explicativas y descriptivas, su trabajo ha influido en el desarrollo de programas de estudios y ha contribuido a potenciar la investigación. En la actualidad en las áreas hospitalarias se pone en práctica su definición de enfermería.

3.6 Participación de enfermería en la satisfacción de necesidades de autoaceptación .

En los pacientes con VIH/SIDA, el manejo integral de las necesidades y demandas por parte del paciente, tanto físicas, como emocionales aumentan su calidad de vida. La asesoría por parte del personal de enfermería (intervención en crisis, terapia individual, terapia familiar, consejerías) en conjunto con la atención médica (consulta, apego al tratamiento, atención a enfermedades oportunistas) pueden abrir caminos llenos de logros en la mejoría y estabilidad de los pacientes con VIH/SIDA. La terapia y la empatía con los pacientes, hacen un punto importante para la realización de un Grupo de Apoyo para las personas que viven con VIH/SIDA, en el cual puedan expresar emociones y desarrollar un equilibrio en su salud en general.

Los objetivos a cubrir bajo ese enfoque multidisciplinar serían:

- ✓ Aportar la información adecuada al enfermo sobre los recursos y posibilidades de actuación en su caso concreto.
- ✓ Ofrecer los tratamientos biomédicos pertinentes.
- ✓ Proporcionar las estrategias psicológicas necesarias para que el enfermo pueda afrontar de la manera más positiva posible tanto la enfermedad como los tratamientos.
- ✓ Prestar el apoyo social y emocional conveniente y necesario en cada fase del proceso de enfermedad.

La confirmación de que es posible reducir las actitudes y los comportamientos discriminatorios en los servicios de salud es de índole anecdótica y estadística. Por ciertos casos se ha comprobado que los conocimientos más amplios sobre el VIH/SIDA en la sociedad en conjunto y la familiarización progresiva de los pacientes con la enfermedad ayudan a muchos trabajadores sanitarios a sentirse más tranquilos con las personas con VIH.

Estadísticas demuestran que los proyectos de capacitación pueden dar a los trabajadores de salud una comprensión más profunda del VIH/SIDA y reducir sus actitudes negativas hacia las personas VIH positivas. Mientras tanto, los cambios institucionales pueden producir un ambiente más acogedor para las personas con VIH/SIDA.

Trabajadores de salud:

Varios factores son indispensables para lograr reducir las actitudes discriminatorias de los trabajadores de salud:

- a) conocimientos claros sobre los medios como se transmite y no se transmite el VIH.
- b) habilidad para interactuar adecuadamente con los pacientes.
- c) contacto regular con las personas con el virus.
- d) técnicas para evitar el agotamiento.
- e) conocimiento de las normas sobre los derechos humanos que protegen a los pacientes con el VIH/SIDA y las consecuencias de violar estas normas.

Los cursos de capacitación son el mecanismo primario para impartir conocimientos y enseñar aptitudes.

Los servicios de salud deben proporcionar a su personal los suministros apropiados que les faciliten el cumplimiento de sus funciones con el riesgo mínimo de exposición ocupacional; establecer y respaldar los grupos de apoyo para el personal; proporcionar profilaxis posterior a la exposición por objetos punzocortantes y, cuando corresponda, profilaxis con ionización para la tuberculosis, neumonía e infecciones bacterianas.

Conocimientos:

Los conocimientos claros dependen de que la información sea exacta. Los trabajadores de salud necesitan sobre todo información precisa sobre cómo se transmite y no se transmite el VIH; una vez que adquieren la información, el miedo al contagio por contacto regular disminuye. La información secundaria, que está destinada a reducir la desaprobación, comprende hechos tales como las repercusiones del estigma en las personas con VIH/SIDA, las realidades de ciertos comportamientos sexuales y el consumo de drogas inyectables; y también, las distintas formas en que la enfermedad influye en las vidas de hombres y mujeres. Aunque es evidente que conocer la información básica sobre la transmisión del VIH reduce la aprensión al contagio por contacto regular, no se ha comprobado completamente de que la información secundaria haya influido intensamente en las actitudes de los trabajadores de salud. Las explicaciones posibles son que hay menos proyectos que cubren esta información, que la información era inexacta o se transmitió mal, u otras razones que todavía no se comprenden (Brown et al., 2003).

Adquisición de aptitudes:

Las intervenciones que sólo proporcionan información son menos eficaces para reducir el estigma que las intervenciones que combinan la información con el desarrollo de aptitudes. Las aptitudes que ayudan a los trabajadores de salud a interactuar con los pacientes con respeto y sin discriminación, puede adoptar muchas formas: representación de roles, imaginería y desensibilización en grupos. En los ejercicios de imaginería se presentan situaciones hipotéticas a los trabajadores de salud en las cuales entran en contacto con personas que viven con el VIH/SIDA y se les enseñan las aptitudes apropiadas para que se desempeñen. La desensibilización en grupos consiste en enseñarles relajación a los trabajadores de salud y luego exponerlos progresivamente a situaciones que involucran personas con VIH/SIDA en las cuales usan las técnicas adquiridas para calmar la tensión (Brown et al., 2003).

Contacto:

En los Estados Unidos, estudios en los que se obtienen respuestas de los trabajadores de salud a pacientes hipotéticos (Brown et al., 2003) y estudios en los que se analizan las reacciones de los trabajadores a pacientes reales (Dimick et al., 1996; Grossman, 1998) confirman que el contacto con pacientes con el VIH/SIDA o poblaciones en riesgo, como los hombres homosexuales, hace que la atención de los trabajadores de salud a los pacientes sea más abierta y modifica algunas de sus actitudes negativas.

El contacto puede ser parte de los aspectos de la capacitación por ejemplo, la presencia de una o más personas que viven con el VIH/SIDA en un taller o mediante la experiencia laboral. Sin embargo, el contacto sin los conocimientos sobre la transmisión del VIH es inapropiado. Teóricamente, el contacto debe complementarse con la capacitación de los trabajadores de enfermería, a fin de que comprendan los problemas que determinan las respuestas de los pacientes y que modifiquen sus propias respuestas en consecuencia (Kemppainen et al., 1998).

Prevención del agotamiento:

En algunas ocasiones, el agotamiento es el resultado de intentos para superar el estigma y la discriminación. Sin embargo, puede inadvertidamente transformarse en la causa de discriminación. La intensidad del agotamiento del personal de enfermería que trabaja con pacientes con el VIH/SIDA podría disminuir como consecuencia de la introducción de los tratamientos antirretrovirales, aun que eso todavía no se haya confirmado. Cuando el agotamiento sigue siendo un problema, se pueden usar varias técnicas para prevenirlo o reducirlo. Algunas técnicas son: autonomía, estimulación intelectual, oportunidades de promoción y crecimiento personal, y la debida comunicación con los supervisores”, así como grupos de apoyo del personal donde expresan sus sentimientos y emociones y alejamiento temporal del lugar de trabajo (Gueritault-Chauvin et al., 2000; Tannenbaum y Butler, 1992; Hayter 1999).

Profundizar en aspectos como: ansiedad, depresión, culpabilidad, estrés, ira, resentimiento, soledad, que puedan causar un conflicto o estado de crisis que afecte la salud física y emocional del paciente con VIH/SIDA, además de manifestar como grupo posibles soluciones, compartir experiencias con otros pacientes que hayan pasado por los conflictos a tratar, en forma de catarsis y saberse parte de un entorno en aras de fomentar un cambio social de la perspectiva en que se ve actualmente la enfermedad de VIH/SIDA.

Concientización de la enfermedad: El paciente debe entender la magnitud de su enfermedad, así como también las posibilidades que se le presentan al llevar un correcto seguimiento de su tratamiento y fomentar cambio de hábitos en su vida que pudieran afectar su salud.

Aceptación: Saberse detectado pero en condiciones de controlar la enfermedad VIH/SIDA y seguir siendo miembro funcional de la comunidad.

Alternativas para combatir la depresión: presentarle técnicas y alternativas ocupacionales, así como talleres para el manejo de la depresión.

Dinámica familiar saludable: integrarse a la familia, basándose en su calidad humana y apoyarla para el entendimiento de la problemática que conlleva ser un paciente con VIH/SIDA. Cambios en la vida: optimismo, con la reflexión del diagnóstico y el tratamiento a su enfermedad por VIH/SIDA, seguir considerando sus metas y objetivos sin sentirse amenazados constantemente por la posibilidad de dejarlos inconclusos.

Alta autoestima: manejar las consecuencias físicas de la enfermedad, no como algo excluyente ante los demás, sino ayudar a los pacientes con VIH/SIDA a construir un autoconcepto positivo basándose en su calidad humana.

Recomendaciones: ambiente adecuado, controlar estrés que puede causar el entorno (trabajo, familia, sociedad, amigos, escuela) brindándole técnicas de relajación y ambientación (música, lecturas reflexivas, meditación).

Consideraciones: facilitador e integrante (respeto de las normas del grupo y el compromiso del integrante, así como el del facilitador, constancia de ambas partes. Grupo de apoyo que tiene un ciclo determinado con la finalidad de terminar con una terapia ocupacional. Desarrollar actividades saludables en las cuales el paciente con VIH/SIDA en conjunto con los demás integrantes del Grupo de Apoyo. Fomentando a su vez habilidades artísticas, manuales y culturales

V. CONCLUSIONES.

Aunque todavía se desconoce la verdadera magnitud e intensidad de la discriminación en el sector salud ésta difiere, sin dudas, entre una comunidad a otra, sin embargo, hay suficiente información para confirmar que el estigma y la discriminación están generalizados y son una barrera importante a la atención y la prevención del VIH/SIDA. Algunos componentes del problema en particular, el estigma, que es atribuido por la sociedad en conjunto, en lugar de determinados elementos no pueden ser aislados ni eliminados en los servicios de salud mientras persistan en otros medios, como son, los medios de difusión, lugares de trabajo, familia, organizaciones religiosas, bares y otros espacios sociales. Sin embargo, algunos componentes de la discriminación se pueden abordar en los servicios de salud para ayudar a reducir el estigma en la sociedad entera.

Por lo tanto no hay ninguna duda de que el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA persisten en los servicios de salud de muchos países. Es un fenómeno complejo; no se conoce la magnitud real de la discriminación y sus repercusiones en las personas y comunidades. Aunque hay algunos indicios de que la aceptación de las personas que viven con el VIH/SIDA está aumentando en los servicios de salud, hay grupos que todavía se enfrentan con altos niveles de discriminación. Al margen de quién es el afectado, mientras persista el fenómeno, causará dificultades psicológicas y físicas a las personas y será un gran obstáculo a la prevención y la atención del VIH/SIDA en la comunidad en conjunto.

Además, las intervenciones para combatir el estigma y la discriminación en los servicios de salud no solo influyen en las personas VIH positivas. Los programas concebidos y ejecutados debidamente también apoyan al personal de enfermería, ya que reducen el nivel de la tensión que les producen la aprensión, la ignorancia y el prejuicio y promueven una sensación más profunda de satisfacción al cuidar a hombres, mujeres y niños a su cargo. Es posible que el presente análisis haya contribuido a ese proceso.

BIBLIOGRAFIA.

1. Abrego Leticia. "Guía para la atención psicológica de personas que viven con el VIH/SIDA, CONASIDA Secretaria de Salud, México 2000."
2. Barrett James T. "Inmunología" México, Interamericana. 1999
3. Brostoff J. "Case studies in Immunology" London, Mosby 2002
4. Burton D. "Anticuerpos contra VIH" 2005.
5. Cárdenas Bravo L. "SIDA lo que todos debemos saber". México, Trillas 1995.
6. Chapter "Inmunología y Microbiología" 7ªEdicion.1999.
7. De Vita Jr Vincent T. "SIDA, etiología, diagnostico, tratamiento y prevención" 3ra edición, 1992.
8. Engler B. "Introducción a las teorías de la personalidad" México, McGraw Hill.1998.
9. Furukawa, C.Y."Virginia Henderson teorías practicas de enfermería" 1995
10. Gonzales Block M.A. "El SIDA en los estratos socioeconómicos de México" INSP, México 1992.
11. Hernández Ávila M. "Enfoques de Investigación sobre VIH/SIDA en salud reproductiva." INSP,1995.
12. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2006 ONUSIDA.
13. Instituto Nacional de Salud Publica- CENIDSP2009.
14. Janeway CA, Jr."Inmunología" 6ªEdicion, Edit. Garland Science.
15. Masters William H. "La sexualidad humana" 3er. Volumen, Barcelona, Grijalbo, 1992.
16. Nieto L. "Tratamiento antirretroviral en el adulto con VIH/SIDA" Grupo Ixel editores. 2ªEdicion, México 2006.
17. Pachon J."La infección por VIH" 2ªEdicion, Edit. Andaluza.2000.
18. Revista Panamericana de Salud Publica Vol. 3, No. 3 Marzo 2000.
19. Salvarezza L. "Psicología paidos" Buenos aires, 1999.

20. Sande M.A./ Volberding P.A. "Manejo medico del SIDA" 3ª Edición, Interamericana McGraw- Hill 1994.
21. Stites D. "Inmunología básica y clínica" 8ª Edición, México, Manual Moderno, 2003.
22. Uribe Zúñiga P. "La respuesta mexicana al SIDA/mejores prácticas" Edit. México, S.S.CONASIDA 2000.
23. http://es.wikipedia.org/wiki/sistema_inmune.
24. www.censida.salud.gob.mx.