

Comunicación de diagnóstico y acompañamiento psicológico a personas con VIH

Diagnostic communication and psychological support for people with HIV

José Alonso Andrade Salazar¹

Corporación Universitaria Minuto de Dios, UNIMINUTO

Colombia

jose.andrade@usbmed.edu.co

ORCID: 0000-0001-7916-7409

Fecha de recepción: 16 de noviembre de 2023

Fecha de aprobación: 18 de enero de 2024

Santiago Ospina Vargas²

Universidad de San Buenaventura
Medellín extensión Armenia

Colombia

santiago.ospinav@tau.usbmed.edu.co

ORCID: 0000-0002-1385

Fabián Esteban Ortiz Moreno³

Universidad de San Buenaventura
Medellín extensión Armenia

Colombia

fabian.ortiz@tau.usbmed.edu.co

ORCID: 0000-0003-4386

1 PhD. Pensamiento complejo. Mg. Investigación integrativa. Docente investigador Universidad de San Buenaventura Medellín extensión Armenia. Email: jose.andrade@usbmed.edu.co

2 Estudiante de último semestre del programa de psicología de la Universidad de San Buenaventura Medellín extensión Armenia. Email: santiago.ospinav@tau.usbmed.edu.co

3 Estudiante de último semestre del programa de psicología de la Universidad de San Buenaventura Medellín extensión Armenia. Email: fabian.ortiz@tau.usbmed.edu.co

Resumen

Este es un artículo de revisión que tiene como objetivo conocer las formas de comunicación de diagnóstico y acompañamiento psicológico a personas diagnosticadas con VIH. En ese sentido, se tiene en cuenta, aquello que vivencia la persona antes, durante y después del proceso de diagnóstico, al tiempo que, los recursos asistenciales que presentan los profesionales de la salud al momento de hacerle frente a esta situación. Se encontró que la comunicación del diagnóstico de VIH suele hacerse de forma directa y a menudo, sin la preparación suficiente por parte del personal de salud, motivo por el cual se hace necesario robustecer las estrategias de comunicación. Asimismo, en la revisión de los protocolos de asistencia se encontró que en los algoritmos de intervención planteados en guías y rutas asistenciales el área de salud mental resulta insuficientes cuando no ausentes o desconectados del proceso de comunicación, seguimiento y abordaje posterior al diagnóstico. En torno a lo anterior, se propone un algoritmo que otorga un papel en lo interdisciplinario a la salud mental lo cual, resulta complementario a lo propuesto por el protocolo de intervención sugerido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Palabras clave: acompañamiento, comunicación, diagnóstico, psicología, paciente, VIH, SIDA.

Abstract

This is a review article that aims to know the forms of communication of diagnosis and psychological support to people diagnosed with HIV. In this sense, what the person experiences before, during and after the diagnosis process is considered, as well as the assistance resources presented by health professionals when dealing with this situation. It was found that the communication of the HIV diagnosis is usually done directly and often without enough preparation by health personnel, which is why it is necessary to strengthen communication strategies. Likewise, in the review of care protocols, it was found that in the intervention algorithms proposed in care guides and routes, the

mental health area is insufficient when not absent or disconnected from the process of communication, follow-up, and post-diagnosis approach. Based on the above, an algorithm is proposed that gives an interdisciplinary role to mental health, which is complementary to what is proposed by the intervention protocol suggested by the Ministry of Health and Social Protection.

Keywords: accompaniment, communication, diagnosis, psychology, patient, HIV, AIDS.

1. Introducción

La comunicación de diagnóstico es un proceso complejo en el que determinado número de personas (dos o más) interactúan asumiendo roles específicos, por ejemplo, médico-paciente, terapeuta-cliente y a través del cual, se produce un intercambio de contenidos explicativos —en el orden de lo causal— respecto a una dolencia o situación problemática en lo físico o emocional, mismas que constituyó el motivo de consulta o demanda de atención. Dichas palabras dan forma y titulan de modo sincrético el conglomerado de signos y síntomas emergentes en el paciente y lo que se espera de ello, es que se comprendan en tanto sistemas de relaciones capaces de influirse y que, además, las explicaciones emergentes sean aceptadas e internalizadas en función de lo que la persona necesita implementar a partir de un plan de tratamiento. Para Grossman (1) el diagnóstico debe comprenderse como la habilidad de comprender, registrar y tipificar una afección, malestar o incomodidad diferenciándola de otras. De allí que, distinguir o identificar las características y el nombre de una enfermedad constituyan la base de una adecuada comunicación diagnóstica. Moreno (2) y Díaz et al., (3) coinciden en señalar, que en dicha comunicación pueden emerger obstáculos, así, el emisor, puede tener problemas para concretizar lo que quiere decir, además, de expectativas relacionadas con la reacción que el otro pueda tener con la noticia de su estado de salud. Lo anterior, puede solucionarse si el tratante tiene la habilidad de estructurar un adecuado mensaje que abandone los tecnicismos e incom-

prensibles, propenda por la empatía y contextualice al receptor sobre su realidad actual.

Otras dificultades se presentan en el canal de transmisión, puesto que allí, pueden influir por ejemplo, la corporalidad, expresión facial y variaciones en torno a la palabra y la voz (timbre, sonido, fluidez, claridad, etc.); así como también, la tensión derivada de los contenidos en especial si se trata de enfermedades neurodegenerativas, infecto-contagiosas y/o de carácter terminal; y finalmente, por las propias características del receptor, pues en ellas toman parte sus experiencias, conocimientos, procesos psicológicos, prejuicios y expectativas, lo cual es decisivo en la comprensión e interpretación que la persona le otorgará al mensaje (4,5). En adición, tal como lo explica Pujol (6) la comunicación constituye y define un espacio de representación de la realidad a la cual se accede a través del diálogo, aspecto en el que coincide con Paul Watzlawick et al., (7) para quien, el acto comunicacional implica una estrecha relación entre comunicantes, la cual, se encuentra mediada por la organización entre información comunicada, contenidos, e interpretación del mensaje a partir de la relación que hace entre el testimonio proporcionado (información digital) y el conjunto de información relacional que como receptor rescata del lenguaje no verbal del emisor (información analógica). En ese caso, se trata de gestos, expresiones no verbales y movimientos, dejando en claro que si bien, esta interpretación no suele ser estrictamente precisa, es la que genera mayor carga y descarga emocional.

Conviene precisar, que al hablar de la comunicación del diagnóstico es pertinente comprender que una —mala noticia— en el ámbito de la salud es aquella información nueva que transforma de manera drástica y a menudo, negativa, la idea que una persona tiene de sí misma y de su futuro —calidad y expectativa de vida— en lo que toca a su salud (5). En ese orden de ideas y en referencia al VIH/SIDA, Salmerón (8) señala que la comunicación de su diagnóstico constituye una mala noticia la cual, exacerba el estado anímico dependiendo del conocimiento que la persona tiene del virus, la percepción de las consecuencias asociadas a contraer la enfermedad, al tiempo que, acorde a las expectativas, temores y culpas derivadas. Cabe anotar, que di-

chos elementos pueden aumentar su intensidad y causar un desajuste emocional elevado, tornando proclive a la persona a depresiones profundas, ataques de ansiedad y en casos extremos ideación suicida, especialmente cuando se trata de adolescentes y jóvenes según lo señala Pastrana (9). Estos argumentos dan cuenta de una necesidad apremiante en el campo de la salud: aprender a comunicar noticias que ante el diagnóstico puedan causar un desajuste emocional severo que eleve los riesgos vitales en los pacientes y sus familias, aspecto en el que coinciden diversos investigadores (9–12). En relación con el VIH, se debe aclarar que este avanza hasta el punto de transformarse en la enfermedad (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida-SIDA), la cual, genera otras graves patologías asociadas tales como, inmunodeficiencia, demencia, cáncer, tuberculosis, etc.) y en muchos casos el deceso cuando esta llega a su fase terminal.

La comunicación de diagnóstico o de una mala noticia médica implica proporcionar a la persona de manera empática y respetuosa una visión completa y comprensible de la situación y a su vez, incentivarla la generación de diversas alternativas de tratamiento a fin de mitigar su posible agravamiento y las preocupaciones asociadas a la salud y la convivencia (13). En ese sentido, la comunicación solidaria, comprensiva y respetuosa resulta fundamental pues permitirá que ante el diagnóstico de VIH la persona comprenda su situación de salud actual y evalúe las posibilidades de recibir el tratamiento médico y psicológico a fin de acceder a una mejoría significativa de su calidad de vida. Para Piña (14) la psicología brinda un gran aporte en estos casos y debe constituirse en el eje sobre el cual se sostiene la comunicación de dicha noticia, claro está, con la ayuda de un equipo interdisciplinario que ponga en contexto la situación de cada paciente y evalúe los riesgos que la comunicación del diagnóstico puede suscitar. De allí, que el diagnóstico revele el antes y después de la enfermedad, acorde a las diferentes esferas de relación —personal, funcional, social, etc.— (8). Así las cosas, es cada vez más necesario promover y suministrar el acompañamiento psicológico a la persona viviente con VIH (PVV), mismo que hace referencia al proceso a través del cual una persona o profesional capacitado en comunicación de noticias en el campo de la salud, brinda el apoyo y sostén psicosocial antes, durante y después

del diagnóstico de determinada enfermedad, aspecto que exige formación, conocimiento, empatía y disposición (15).

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (16), el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un problema de salud crónico que afecta las células del sistema inmunológico, causando un deterioro progresivo en el sistema inmune e impidiendo su función protectora ante diversas infecciones y enfermedades. Así, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es el estado avanzado del VIH y se caracteriza por la presencia de múltiples infecciones oportunistas, cánceres relacionados con el mismo u otras comorbilidades clínicas de elevada gravedad. Las enfermedades oportunistas son causadas por la carencia de defensas y la presencia de patógenos y microbios del entorno. Estas enfermedades se resumen en problemas respiratorios tales como la tuberculosis y la neumonía; en problemas a nivel neurológico como el linfoma primario en el SNC (tumor) y complejo de demencia por SIDA; y otras infecciones de transmisión sexual como lo es la sífilis y el herpes (17).

Entre las formas de riesgo de contagio y transmisión se encuentran: padecer otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) como lo son, gonorrea, sífilis, herpes, etc.; tener contacto sexual sin protección y con personas de alto riesgo de padecer la enfermedad; acceder a instrumentos contaminados; en el parto y/o en el intercambio de diferentes fluidos corporales —semen, sangre, leche materna—, etc. (18). El VIH/SIDA es una grave problemática de salud pública que en los últimos años presenta un incremento considerable. Según el Instituto Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (19), para finales del 2019 se presentaron 15 710 casos nuevos, lo que ocasionó un total de 109 000 personas vivientes con VIH-SIDA (PVVS). En cuanto poblaciones más afectadas en ese año se resaltan jóvenes y adultos entre los 25-34 años que representan el 37,1 % del total de las PVVS. Asimismo, en referencia al 2020 hubo 11.738 casos nuevos, lo que reveló un total de aproximado de 120 000 casos de PVVS; de estos, el 80,2 % corresponde a hombres. Los municipios con mayor tasa de notificación fueron: la Victoria-Valle del Cauca, Sabanalarga-Atlántico y Granada-Meta (20).

Para el año 2021 hubo 14 698 casos nuevos lo que mostró un aumento del 30,1 % de los casos en comparación con el 2020 y una incidencia de 28,8 casos por cada 100 000 habitantes. Consciente considerar, que las cifras del 2020 se vieron afectadas a causa de la pandemia nacional ocasionada por la COVID-19 que generó un descenso en las visitas a centros de salud y, por tanto, de diagnósticos relacionados. El Quindío es uno de los departamentos más afectados, posicionándose en sexto lugar a nivel nacional con una tasa de incidencia de 34,2 casos por cada 100 000 habitantes. Los grupos etarios más perjudicados fueron personas entre los 25-34 años (38,4 % de la población) y el grupo de 15 a 24 años (25,5 %) (21). Estas cifras revelan también, la necesidad de llevar a cabo una prevención más efectiva y que los profesionales de la salud encargados de recibir y abordar dichos casos cuenten con la preparación adecuada para el abordaje del paciente en riesgo de contraer VIH o con diagnóstico positivo de la enfermedad. Dicho trabajo requiere según Ramírez y Ramírez (12) la generación de estándares de intervención enmarcados en protocolos ajustados a las dinámicas socioculturales y epidemiológicas de las regiones y contextos en los que se aplican. Cabe anotar, que los protocolos que más se destacan por su pertinencia e idoneidad para el abordaje de dicho proceso son según Castillo (10): Protocolo SPIKES, el cual permite al profesional entablar una conversación cómoda y humana con el paciente donde haya empatía y entendimiento por ambas partes; el Modelo ABCDE, el cual tiene en cuenta variables individuales de la persona; y, el Modelo SPICEE, el cual es la traducción española del modelo SPIKES. Así las cosas, reflexionar sobre ellos y proponer una respuesta algorítmica desde la salud mental forma parte de los objetivos de esta investigación.

2. Metodología

Esta es una investigación cualitativa de tipo documental, que tiene como objetivo explorar las características de la comunicación de diagnóstico y acompañamiento psicológico a personas con VIH. Asimismo, en ella, se describen las características comunicacionales y se explican las condiciones propias del sostén psicológico brindado

a las personas con dicho diagnóstico. Se revisaron diversos documentos —artículos de revista, libros, informes y documentos— de múltiples fuentes de documentación y se seleccionaron acorde a la pertinencia y aporte con un margen de hasta 7 años atrás. La información de los documentos se consignó en una matriz de contenido intertextual de la cual, se extrajeron los aportes de cada documento al tema abordado.

3. Comunicación y primeros momentos del diagnóstico

Los profesionales de la salud u otros profesionales que se desempeñen en este campo tienen la responsabilidad de proporcionar una atención de calidad a todas las personas que demandan sus servicios de tal forma que sea estructurada a través del respeto, la empatía y la escucha activa. Conviene destacar, que dicha atención frecuentemente se ve rodeada de mitos, creencias y miedos a causa del desconocimiento de formas ajustadas de intervención y por deficiencias en los canales comunicacionales, razón por la cual en algunos casos, esta insuficiencia puede propiciar estigma social, rechazo, exclusión y discriminación en el paciente con VIH (22). Para muchas personas, esto puede ser interpretado como maltrato por parte del tratante e incluso podría acarrear demandas a los profesionales y quejas a los servicios de salud (23,24); también, guarda relación en algunos casos, con la presencia de iatrogenia. Es importante anotar, que la iatrogenia hace referencia a la mala práctica producto de las deficiencias por parte del profesional a la hora de proporcionar la atención médica o psicológica. Estas deficiencias pueden ser ocasionadas por la impericia, la cual hace alusión al error en la práctica a causa del desconocimiento; la imprudencia, que alude a afrontar una situación sin tomar las medidas necesarias; y por negligencia, que a pesar de que el profesional pueda poseer los conocimientos, esta obra con descuido, indiferencia o apatía (25). En este sentido, la iatrogenia deteriora significativamente calidad del servicio que se le proporciona a la persona con VIH además, de desmigajar la estructuración de una adecuada relación de confianza —*alianza*— entre el profesional y el paciente (26,27).

Esta relación resulta indispensable, pues gracias a ella se generará una atmósfera de confianza mutua en la que expresar lo que se siente a partir del diagnóstico, no constituya un impedimento, puesto que, la persona que interviene —médico, psicólogo, psiquiatra, enfermero, trabajador social, etc.— tendrá una actitud abierta y comprensiva, lo que le permitirá obtener la información suficiente para determinar los efectos emocionales de la noticia y el grado de comprensión del diagnóstico (28–30). Particularmente, la alianza terapéutica según lo señalan Corbella y Botella (31) será decisiva para favorecer en la persona el reconocimiento de sus síntomas y malestares, especialmente en los primeros momentos del diagnóstico ya que, la comunicación sincera y sin prejuicios debe permitir el establecimiento de la confianza básica, la cual es necesaria para entablar una adecuada relación asistencial. Asimismo, estos momentos inaugurales permitirán por ejemplo, la seguridad para la realización de la prueba de detección, además de la asimilación del resultado y el inicio de un tratamiento conveniente basándose en su condición médica (14,32,33). Cabe señalar, que en ocasiones dicha atmósfera relacional puede alterarse cuando el personal de salud brinda poca información a sus pacientes acerca de la enfermedad o tratamientos y se focalizan en aspectos negativos desencadenando así, sentimientos de culpa, vergüenza o auto estigmatización, aspecto que se ve reforzado por la elaboración de juicios de valor y una actitud defensiva y poco empática (34–36).

Estudios demuestran que, en el caso de la atención en salud las personas desean y esperan una mejor comunicación por parte de los tratantes y de todo el personal asistencial, aspecto que va desde los primeros momentos de abordaje y comunicación de diagnóstico, y durante el tratamiento y los seguimientos médicos y psicológicos, esto con el fin de sentirse acogidos, respetados y sostenidos de acuerdo a la gravedad del diagnóstico y los efectos que el virus tiene en todas sus áreas de interrelación (37–40). De allí, la necesidad de humanizar los servicios de salud, aspecto ligado a la formación constante del personal asistencial en dicho tópico. Vale anotar, que la comunicación de una noticia grave desata en las personas múltiples reacciones siendo las más frecuentes el llanto, la ira, el desasosiego o desesperación, la desesperanza y la culpa, entre otros que por su frecuen-

cia e intensidad pueden tornarse crónicos sin el adecuado abordaje y acompañamiento psicosocial (41–43). Los primeros momentos de la comunicación son decisivos, pues de ellos dependerá el modo en que la persona procesa paulatinamente el impacto emocional derivado de la noticia de contagio, así las cosas «la comunicación de una mala noticia se caracteriza por darse en un entorno de elevado impacto emocional, tanto para los pacientes como para los profesionales, en los que hay una solicitud de ayuda y atención inmediata» (43).

Es relevante destacar, que a través de la comunicación se genera un proceso bidireccional donde se recibe y transmite información, emociones, sentimientos, demandas, deseos y necesidades a través del lenguaje y con el concurso de un diálogo acogedor, comprensivo y sincero, ausente de juicios de valor y de falsas expectativas. Por consiguiente, una buena comunicación, refieren Martín y Trujillo (44) puede mejorar la calidad de vida del paciente y la comprensión de su estado clínico lo que tiene impacto sobre la sintomatología y la percepción vital en los pacientes. Adicionalmente, Pacheco (43) y Pérez et al., (36) señalan la importancia de trabajar en una comunicación en la que se logren comprender empáticamente las emociones y donde exista interacción significativa y ordenada entre la información recibida y el mensaje devuelto; o sea, de adquirir la capacidad de escuchar activamente y a la vez de conocer la naturaleza y sentido de la información recibida. En consecuencia, los autores señalan que son efectos positivos de una adecuada comunicación: la disminución de ansiedad y de conductas disfuncionales; la mejoría en la toma de decisiones; una mejor adaptación a la realidad biopsicosocial y una mayor adherencia al proceso terapéutico.

4. Humanización de los servicios de salud y efectos emocionales del diagnóstico

En el proceso de comunicación de malas noticias, se hace oportuno mencionar la necesidad de tomar en cuenta la humanización de los servicios de salud, lo cual, alude a preservar y valorar una mirada holística del ser humano, reconociendo su valor como fin en sí mis-

mo y no como medio, además de la responsabilidad y autonomía en el proceso de mantener y mejorar su salud (45,46). A su vez, implica que cualquier profesional de la salud que le brinde atención lo haga a través de un servicio de calidad, con base en el respeto y la dignidad humana (47). En ese sentido, es de gran importancia que los profesionales de la salud sean empáticos y abiertos a la escucha activa y la comprensión al momento de proporcionarle atención a los usuarios, lo cual, está en coherencia con la ética y los valores de la praxis profesional. Esto con la finalidad de atender de manera integral e integrada las demandas y necesidades físicas, emocionales, cognitivas y sociales de las personas a tratar (48). En contraste, aquello que limita la posibilidad de brindar una atención de calidad a los usuarios de los servicios de salud se relaciona con inapropiadas condiciones laborales; poca motivación laboral; una mala gestión ocupacional y el manejo de las emociones y sentimientos; sobrecarga laboral; escasos o nulos procesos de capacitación; una limitada retroalimentación sobre el trabajo desarrollado; y también, una infraestructura que dificulta la atención adecuada, por decir algunos (49-51).

Para el caso de los pacientes con enfermedades terminales, neurodegenerativas o infecto-contagiosas cuya comprensión propia y ajena puede generar prejuicios, estigma social y autoestigmatización, Pabón y Cabrera (52) y Tamayo-Zuluaga (24) consideran que dicha deshumanización conlleva a que la atención sea rutinaria, desinteresada, defensiva, sojuzgada, de escaso acercamiento, mecánica, breve y apresurada, lo cual puede ensanchar la distancia entre el paciente y la institución aumentando también, la resistencia a aplicarse la prueba diagnóstica, el rechazo a la ayuda psicosocial ofertada, o un incremento de la desconfianza en los profesionales de la salud y en los servicios asistenciales. Una variante de dicho problema tiene que ver con el hecho de que en ocasiones, el personal de salud no tiene una actitud acogedora y evade o limita los espacios para esclarecer dudas, brindar orientaciones y explicaciones adecuadas acerca de la enfermedad, tratamientos, procedimientos, rutas asistenciales o personas y grupos de ayuda (53). Adicionalmente, Haque y Waytz (54) identificaron que la deshumanización afecta todos los niveles asistenciales de las organizaciones de salud, pero que es mayormente

sentida por pacientes en hospitalización porque pueden recibir día tras día las manifestaciones de desaprobación, cansancio o enojo del personal de salud.

Aspectos como la carencia de atención y tiempo, la falta de empatía y el trato mecánico y aprehensivo al paciente con VIH tienden a generar una relación de intervención negativa con un clima de desconfianza, resistencia e inseguridad que hace del proceso de comunicación de noticias un hecho estigmatizador y vergonzoso. En consecuencia, dicha relación puede ocasionar en pacientes y familiares la propensión a desconocer y desconfiar del diagnóstico y del estado actual de salud; dudas acerca del pronóstico, la expectativa de vida y los tratamientos médicos; al tiempo que es causa de graves afectaciones a la salud mental y física en lo que toca a síntomas ansiosos, episodios depresivos o aprehensión fatalista (28,30,41). Complementariamente, las dificultades comunicativas, la actitud de repudio o el rechazo del tratante pueden ocasionar diversas reacciones en el paciente como: episodios de ansiedad, fatalismo, tristeza, problemas de sueño, depresión y/o un elevado estrés. En este tenor, es dable considerar que a menudo, esta actitud en los profesionales en salud obedece a múltiples estresores, los cuales incluyen: problemas personales derivados del Burnout; roces choques y crisis laborales; poca capacitación en habilidades comunicacionales; apegos con pacientes asociados a la práctica clínica; temores vinculados a la responsabilidad de comunicar la noticia; y la posibilidad a ser evaluados de manera negativa, por decir algunos (19,55,56).

Es pertinente mencionar, que individualmente o en conjunto, dichas situaciones generan emociones contradictorias —miedo, enojo, asco, tristeza— que ocasionan resistencia empática al momento de elaborar un proceso de comunicación de diagnóstico, de pronóstico y/o de entrega de resultados médicos (30,32). Respecto a los efectos emocionales tanto Herrera (30) como Sontag (35) coinciden en señalar que existen ideas previas a la enfermedad que suelen ser de carácter catastrofista y están asociadas a las vivencias de otros con la enfermedad por lo que elevan la ansiedad de los pacientes antes y después del diagnóstico, además de tornarlos proclives a desarrollar cuadros

mixtos «ansioso-depresivos», ansiedad flotante, ataques de pánico, ideas suicidas, o síntomas conversivos. En los casos en los que existen patologías mentales previas Balles (34) y, Santamaría y Uribe (33) señalan que las personas exacerban sus síntomas principales o generan comorbilidades especialmente en el plano conversivo o somatomorfo. En consecuencia, es innegable que enfrentar una situación de este tipo desata una crisis que las personas deben soportar con una adecuada red de apoyo, pero también, con la asistencia profesional e integral de los servicios de salud. De allí la necesidad de comprender los modos en que la enfermedad afecta la salud mental de las personas diagnosticadas con VIH y de aquellas que conviven con el SIDA, aspecto que, demanda empatía y acercarse a ellas sin recelo ni juicios de valor.

Desde esta perspectiva, Buckman (42) hace énfasis en que la percepción del paciente sobre su enfermedad debe ser lo más coherente posible con la realidad, pues esto permitirá que la persona reconozca y acepte su estado actual de su salud, valore los apoyos sociofamiliares de los que dispone y acople paulatinamente los cambios que debe emprender para preservar y mejorar su calidad de vida, puesto que, en el caso contrario, es posible que emerjan problemas de salud mental que agudicen y cronifiquen los trastornos mentales previos. Respecto a las metáforas creadas en torno a la enfermedad que afectan la salud mental, Sontag (35) indica que es muy posible que las personas crean que convivir con VIH significa agonizar, ser contagioso para todos, estar en vergüenza constante o la muerte, aspecto que puede exacerbar de manera considerable su malestar físico, psicológico y social. Caso contrario, para algunos podría significar muy poco y naturalizar el contagio motivo por el que puede incurrir en conductas de riesgo que declinen su salud y calidad de vida. Es doble considerar también, que la comunicación del diagnóstico influye en la percepción —adecuada/inadecuada— del propio cuerpo; en el pronóstico de la enfermedad —que puede ser fatalista/banalizado—; en la satisfacción obtenida con la atención médica; en la percepción de la esperanza de vida respecto a la enfermedad; así como también, en los procesos de elaboración del duelo —asociado a la vida que se tenía antes de la enfermedad— y en general, en los procesos de adaptación psicosocial.

5. Algunas insuficiencias en los protocolos de atención a PVV

En Colombia y con base en el rastreo teórico en torno a las rutas de atención y protocolos que el profesional en salud debe tomar en cuenta para abordar personas que tienen un proceso de diagnóstico por VIH, se consultó el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública elaborado por Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud (57) con enfoque al «grupo de enfermedades transmisibles-Equipo de infecciones de transmisión sexual». Se encontró que este trae consigo varios apartados enfocados a la problemática del VIH-SIDA en Colombia y recomendaciones de cómo se aborda al paciente en función de los diferentes procesos asistenciales. Esta condición procesual revela, que la intervención va desde la notificación de pacientes seropositivos hasta el tratamiento de la información recolectada y que de ello, se desprenden diversos algoritmos de diagnóstico dependiendo de la particularidad del caso. No obstante, aunque el protocolo brinde muchas luces de los modos de operar disciplinarmente en dichos casos, se resalta la ausencia conceptual y práctica que la guía posee en torno a dos pilares fundamentales: a) la *comunicación de diagnóstico* —no nombra, específica, y tampoco recomienda medidas, acciones o estrategias en dicho campo—; y b) el *actuar psicológico* —no tipifica las competencias, labores, procesos, y el trabajo interdisciplinar en el área de salud mental—.

Con referencia a la comunicación, no se identificó ningún apartado referido a proporcionar al profesional una ruta de actuación que le permita obrar desde la salud mental antes, durante o después del diagnóstico, y tampoco fue visible una secuencia de pautas a considerar y/o recomendaciones para facilitar el proceso de notificación al paciente viviente con VIH, lo cual, disminuye la importancia del trabajo con psicólogos, psiquiatras, consejeros, trabajadores sociales u otros profesionales y como consecuencia, sus aportes y compromisos se convierten en una especie de apéndice del médico o del personal de salud que comunica la noticia. Lo anterior, tiene su raíz en la tendencia a actuar monodisciplinarmente ya que, no se piensa como equipo de trabajo interdisciplinar, aspecto visible en la pensión a

la isularización disciplinar presente en el algoritmo del protocolo y manifiesto en el trabajo en salud por sectores o saberes. Por otro lado, y en torno a la parte psicológica, es de mencionar que aunque sí se hace una breve alusión al acompañamiento en salud mental, no hay un apartado delimitado en lo procedimental que provea información relevante, clara y concisa acerca del actuar psicológico al momento de abordar una situación vinculada al diagnóstico de VIH-SIDA, razón por la cual el algoritmo operativo no provee los elementos para considerar la salud mental como un campo relevante al momento de acompañar el paciente durante el proceso diagnóstico.

Al respecto Bayes (34), Herrera (30) y Piña (14) coinciden en señalar que la psicología y en particular, el área de salud mental, constituyen recursos imprescindibles en los centros de salud y que sus acciones debe ser coordinadas con otras áreas y campos presentes en las instituciones hospitalarias, esto con el fin de generar una atención coordinada, conjunta, humanizada y profesional a la persona diagnosticada con VIH o que conviva con el SIDA. Lo anterior, implica revisar los protocolos asistenciales y proponer llegado el caso, mejores rutas de asistencia, un trabajo mancomunado y el apoyo de la comunidad y la familia. En todo caso, la insuficiencia puede ser tomada como una oportunidad para construir conjuntamente derroteros que se ajusten a la variabilidad contextual y sociocultural de las personas y que permitan a las personas y familias examinar las oportunidades de mejoría, control, seguimiento clínico y de ajuste y desarrollo psicosocial.

6. Oportunidades de mejora y propuesta de algoritmo complementario en salud mental

De acuerdo con lo expuesto, existe la necesidad de emplear mejores técnicas de comunicación por parte del personal que se desempeña en el área de salud a fin de que a través de estas se reduzcan los malestares emocionales que presentan las personas tras experimentar el peso emocional del diagnóstico, especialmente cuando se realiza de forma escueta y sin preparación, en cuyo caso, puede ser interpretado por las personas como deshumanizado y en ocasiones indigno (22,41,58).

En dicho campo, la psicología tiene un escenario para investigar, descubrir, analizar y describir diferentes fenómenos que pueden ser producto de esta práctica, al tiempo que construir en conjunto con otras disciplinas, mejores formas de entrar en comunicación asertiva y dignificante con este tipo de pacientes (59). De igual forma, la psicología se ve en la imperante necesidad de tomar un rol protagónico en la salud pública de Colombia, y para el caso del VIH-SIDA, está llamada a acompañar las situaciones de notificación de diagnóstico, tratamiento y seguimiento y a su vez, generar herramientas útiles, confiables y basadas en la evidencia científica para que el personal de la salud pueda sobrellevar adecuadamente situaciones de estrés que impliquen comunicar malas noticias además, de proporcionar bienestar para la vida del paciente, su familia y para sí mismo (22,60).

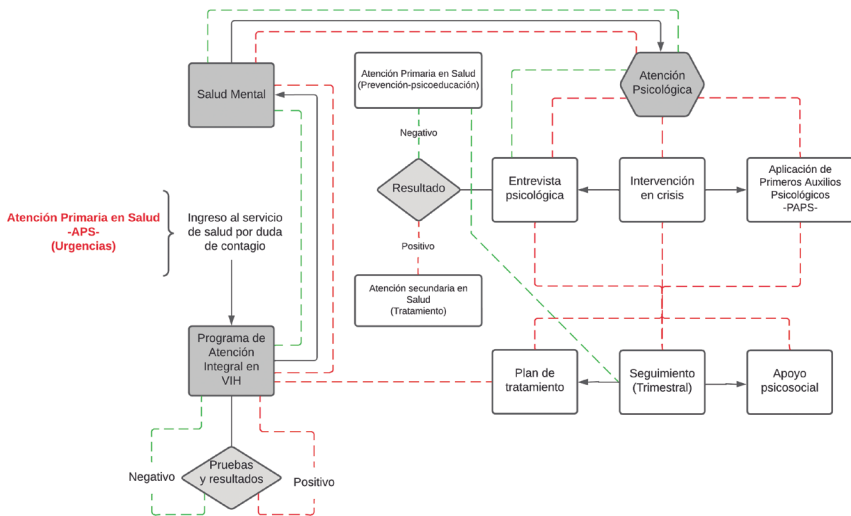
En cuanto a las posibles alternativas que se pueden considerar para modificar y/o evitar futuras situaciones que impliquen un malestar tanto para el paciente como para el profesional, se tiene:

- Sensibilizar a la comunidad académica, científica, médica, educativa y social frente a la importancia e influencia que posee el diagnóstico de VIH en la vida de las personas, con el propósito de generar espacios y condiciones que permitan una mejor capacitación en técnicas de comunicación de los profesionales que trabajan en el área de la salud.
- Realizar una exhaustiva búsqueda teórica y práctica con el fin de identificar material y herramientas útiles en esta temática, pues de este modo se podría evaluar la posibilidad de realizar diferentes actividades (capacitaciones, cursos, conversatorios, etc.) que permitan a las personas que se desempeñen en el área de la salud (personal administrativo, trabajadores sociales, enfermeros, médicos, etc.) contrastar sus prácticas y poner a prueba los aprendizajes.
- Valorar el contexto sociocultural en el que se produce el contagio al igual que las condiciones emocionales y de personalidad que dan forma a un modo particular de reacción frente al diagnóstico.

- Comprender que las malas noticias desatan crisis y que estas son oportunidades de reconfigurar el modo en que las personas se interrelacionan y dan sentido a una nueva condición de vida, la cual es también dignificante y no altera su condición humana.
- Realizar más investigaciones en torno a esta problemática, con el propósito de poseer una visión más holística al momento de crear guías y protocolos de implementación pública.

A continuación, se expone una posible ruta de actuación en torno al diagnóstico y tratamiento, que se puede proporcionar a las PVV que han ingresado al servicio de urgencias. Este algoritmo tiene como propósito visibilizar la importancia que tiene la psicología al momento de resignificar las emociones, situaciones e interpretaciones implicadas en el diagnóstico por VIH (Ver figura 1).

Figura 1. Algoritmo de atención en Salud Mental por ingreso a Atención Primaria en Salud.



Nota. Elaboración propia.

Este algoritmo representa dos posibles rutas de atención y procedimiento para la persona que ingrese al sistema de salud a través del servicio de Atención Primaria en Salud —APS— en búsqueda de un diagnóstico por VIH a causa de sospecha, duda o posible deterioro en su salud a partir del diagnóstico. La primera vía que se puede observar, está representada en el algoritmo por el *color verde* y se da en casos donde la prueba de detección de VIH arroja un resultado negativo. Básicamente, se resalta el hecho de que la persona una vez obtenga dicho resultado será remitida al área de psicología con el propósito de realizar una entrevista psicológica y acompañar el proceso de Atención Primaria en Salud a través del que se busca psicoeducar y guiar a la persona en torno a la protección en el cuidado-protección de las conductas sexuales y evitar posibles eventos que puedan aumentar el riesgo de contagio. Además, se propone el seguimiento por el área de psicología durante los tres meses posteriores de realizarse la Atención Primaria en Salud.

En la segunda y última vía, representada por el *color rojo*, se realiza en caso de obtener un resultado positivo durante la prueba de detección de VIH; aquí, se iniciará un proceso más exhaustivo con relación a la atención psicológica proporcionada al paciente, pues además de realizar la respectiva entrevista psicológica y la Atención Secundaria en Salud (tratamiento del virus), se busca proporcionar a la persona un servicio de acompañamiento que incluya la intervención en crisis y/o la aplicación de los primeros auxilios psicológicos según las necesidades y condiciones emocionales de la persona. Posteriormente, se hace seguimiento a la PVV, con la finalidad de generar apoyo psicosocial en este proceso y acompañar el desarrollo del plan de tratamiento farmacológico y psicológico a realizar acorde a las diferentes áreas que forman parte del Programa de Atención Integral en VIH. Es de resaltar que el seguimiento, la implementación de profesionales y el acompañamiento que se le proporcionará a la persona puede variar según el caso, las condiciones y reacciones tanto cognitivas, emocionales, conductuales, sociales, económicas y/o culturales del paciente en cuestión y también, en función de la capacidad y calidad profesional instalada en las instituciones de salud.

7. Conclusiones y recomendaciones

Al momento de confirmar su estado seropositivo la persona tiene un desajuste emocional significativo caracterizado por sentimientos de rechazo, culpa, preocupación y vergüenza en el que se desarrollan interpretaciones incongruentes y a menudo exacerbadas sobre su estado actual y el futuro de la enfermedad. Lo anterior, puede generar ambivalencias y conductas que dificultan la aceptación de su condición de salud y que posteriormente, obstaculizarán el proceso de adherencia al tratamiento. Esta circunstancia puede evitarse si se cuenta con un adecuado apoyo profesional en el área de salud mental en coordinación con un equipo interdisciplinario en el que se incluya la familia y la red de personas que el paciente considera valiosos en función del sostén que le brindan.

En este proceso se comprende que la comunicación de malas noticias está directamente relacionada con las habilidades comunicativas de los profesionales que se desempeñan en el contexto de la salud, los cuales son encargados de abordar situaciones en las que deben informar a los pacientes y a sus familiares el estado de salud, las condiciones de la infección, el plan de tratamiento y el apoyo que la familia debe tener en estos casos. Vale señalar, que en ese proceso de comunicación el malestar psicológico del paciente y de su familia son inevitables, razón por la cual, los equipos de salud deben estar preparados para brindar un soporte integral. Empero, en caso de que no se intervenga adecuadamente, como consecuencia, se pueden generar resistencias psicológicas que dificulten la comprensión y adaptación a la enfermedad, formando a su vez, actitudes de rechazo familiar y autoestigmatización por parte del paciente.

Como se expresó, las entidades de salud pública, a menudo no cuentan con los suficientes recursos económicos para disponer de un equipo de trabajo robusto en estos casos, lo que interfiere directamente en la cantidad de profesionales presentes al momento de comunicar el diagnóstico. En las actuales condiciones laborales de muchos centros asistenciales de Colombia, la atención de calidad escasea y se puede incurrir en iatrogenia y también, en prácticas in-

apropiadas que revictimicen a los usuarios de los servicios de salud. No obstante, aun sin los recursos financieros es preciso organizar procesos de capacitación para el abordaje comunicacional de diversas situaciones críticas, en especial cuando se trata de enfermedades transmisibles, neurodegenerativas y terminales.

Cabe anotar, que en las capacidades, servicios y condiciones de infraestructura que presentan los hospitales se debe contar con un espacio en el que la salud mental sea un referente de apoyo de otras áreas y servicios, cooperando activamente en la elaboración de rutas de actuación que debe estar presentes en los protocolos de atención y los algoritmos diseñados para tales casos. Es importante señalar, que en ocasiones los profesionales incurren en prácticas indebidas que vulneran los derechos, el bienestar y la calidad de vida de sus usuarios (pacientes) y esto se debe en gran medida, a la deshumanización de los servicios de salud, aspecto que debe ser detectado y resignificado en los usuarios y en el personal asistencial. A su vez, el malestar ocasionado por parte del profesional al usuario, también se ve psicológicamente reflejado en el tratante, casi siempre a través de diversos pensamientos, emociones y sentimientos displacenteros que emergen cuando se ve expuesto a una situación de comunicación compleja como el diagnóstico del VIH/SIDA.

La capacidad sertiva y empática de comunicación del diagnóstico del VIH al igual que el proceso psicológico acogedor y profesional, influyen en el trabajo sobre las cogniciones, sentimientos y emociones negativas, al tiempo que, permiten una elaboración mas ajustada del duelo por el cuerpo sano que causa la enfermedad, etc., dicha intervención se sostiene sobre una comunicación amable, sincera, acogedora, sin juicios de valor, dignificante y comprensiva donde la persona se sienta sostenida por la institución, los profesionales y por su red de apoyo primaria (familia) y secundaria (amigos, pareja, compañeros de estudio/trabajo u otros externos a la familia). Empero, de la mala comunicación es posible inferir que produce malestar y que tiene sus raíces en las deficiencias en la preparación del personal del salud en el arte comunicar malas noticias y en el escaso manejo de situaciones emocionalmente críticas que causan inesequ-

ridad, rechazo, aversión e incluso actitudes de recelo, sojuzgamiento o asco al momento de comunicar el diagnóstico del VIH.

Es de mencionar, que la falta de un protocolo especializado en salud mental para estos casos aumenta la vulnerabilidad psicosocial a la noticia en los pacientes. Así, la comunicación del diagnóstico por VIH desde el área de psicología requiere un soporte procedimental y técnico que de cuenta de su efectividad, eficacia y eficiencia en terminos de intervención. Vale señalar, que su ausencia refuerza el descuido que presenta esta área en torno al rol de acompañamiento y apoyo que se debería ejercer en los proceso de remisión, comunicación de diagnóstico, psicoeducación, etc. Se debe precisar, que la propuesta de algoritmo en salud mental no responde en su totalidad a las necesidades que presenta la problemática en salud mental, pero sí constituye un insumo del cual puedan desprenderse otras propuestas desde una perspectiva inter y transdisciplinar.

Referencias

1. Grossman L. Endodontic practice. XI. Lea & Febiger, editor. Philadelphia: Lea & Febiger; 1988. 194 p.
2. Moreno M. El arte y la ciencia del diagnóstico médico. La Habana: Edit. Científico-Técnica; 2001. 166 p.
3. Díaz J, Fernández J, Guerrero A. El diagnóstico en la atención primaria. Gen Integr La Habana Edit Ciencias Médicas. 1993;9(2):150–5.
4. Martín I, Trujillo C. Comunicación de malas noticias a pacientes con enfermedades neurodegenerativas: habilidades del personal médico. Rev Latinoam Bioet. 2009;9(2):76–85.
5. González-Guerra E. Estrategias y comunicación: cómo dar malas noticias. Más Dermatología. 2011;15(15):20–4.
6. Pujol Terradellas L. Comunicando, siempre comunicando. Revista de derecho, empresa y sociedad. 2017;11:44–9.
7. Watzlawick P, Beavin J, Jackson D. Teoría de la comunicación humana. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo; 1971.
8. Salmerón P. El proceso emocional tras el diagnóstico por VIH. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya; 2018. 120 p.
9. Pastrana E. Jóvenes con VIH/sida: sus recursos para afrontar el riesgo suicida. Bogotá: Fondo Editorial – Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia; 2020. 272 p.
10. Castillo Peña K. Cómo dar malas noticias [Tesina diplomado tanatología, Asociación Mexicana de Tanatología, A.C.]. México D.F.: Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia; 2013.

11. Herrera A, Ríos M, Manríquez JM, Rojas G. Entrega de malas noticias en la práctica clínica. *Rev Med Chil.* 2014;142(10):1306–15.
12. Ramírez-Ibáñez MT, Ramírez-de la Roche OF. Cómo comunicar malas noticias en la práctica médica. *Atención Familiar.* 2015;22(4):95–6.
13. Campagne DM. Cáncer: comunicar el diagnóstico y el pronóstico. *Medicina de Familia SEMERGEN.* 2019 May;45(4):273–83.
14. Piña J. Aportaciones de la psicología al problema de la infección por VIH: investigación e intervención. *Sonora: Universidad de Sonora;* 2008. 295 p.
15. Panamá. Ministerio de Salud. Guía para la asesoría y apoyo psicológico a personas que viven con el VIH/SIDA. 2002.
16. Organización Mundial de la Salud - OMS. VIH/Sida. Datos y cifras. news-room. 2021 Nov 30;
17. Aguirrebengoa K. Enfermedades asociadas a la infección VIH. In: Ibarra O, Ortega L, editors. *Jornadas de actualización en el tratamiento de pacientes con VIH.* España: GlaxoSmithKline S.A.; 2005. p. 93–128.
18. Organización Panamericana de la Salud [OPS]. VIH/SIDA. Datos clave [Internet]. temas. 2020 [cited 2022 Apr 19]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/vihsida>
19. Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social. Situación de la notificación de casos de VIH, Sida y muerte por Sida en Colombia: Semana epidemiológica 47 de 2020. 2019.
20. Colombia. Instituto Nacional de Salud. Boletín epidemiológico semanal 48 de 2020. *Boletín epidemiológico semanal.* 2020 Nov;1–31.

21. Colombia. Instituto Nacional de Salud. Boletín epidemiológico semanal 47 de 2021. Boletín epidemiológico semanal. 2021 Nov;1–30.
22. Tamayo B, Macías Y, Cabrera R, Henao JN, Cardona JA. Estigma social en la atención de personas con VIH/sida por estudiantes y profesionales de las áreas de la salud, Medellín. *Ciencias de la Salud*. 2015;13(1):9–23.
23. Correa M. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista Cuidarte*. 2016 Jan;7(1):1227–31.
24. Tamayo-Zuluaga B. B, Macías-Gil Y Y, Cabrera-Orrego R R, Henao-Pelaéz JN JN, Cardona-Arias JA. Estigma social en la atención de personas con VIH/sida por estudiantes y profesionales de las áreas de la salud, Medellín. *Ciencias de la Salud*. 2015;13(1):9–23.
25. Acosta Y, Piedra B. La Iatrogenia. *Hospital Psiquiátrico de la Habana*. 2011;8(1).
26. Carranza V. La creación de la alianza terapéutica en la Terapia Familiar. *Apuntes de Psicología*. 2009;27(2–3):247–59.
27. Bermúdez C, Navia C. Factores que Favorecen y se Interponen en el Establecimiento de la Alianza Terapéutica en Terapia de Familia y Pareja. *Revista colombiana de psicología*. 2013;22(2):333–43.
28. Bustamante M. Viviendo con VIH, Muriendo con Sida [Internet]. Quito: Abya-Yala & FLACSO Ecuador; 2011. 120 p. Available from: <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/52123.pdf>
29. Forguione-Pérez VP. Comunicación entre médico y paciente: más allá de una consulta, un proceso educativo. *Médicas UIS*. 2015;28(1):7–13.

30. Herrera J. Psiconeuroinmunología para la práctica clínica. Cali: Programa Editorial UNIVALLE; 2009. 203 p.
31. Corbella S, Botella L. La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Annals of Psychology* [Internet]. 2003;19(2):205–21. Available from: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/27671>
32. Magis C, Barrientos H. VIH/SIDA y salud pública: manual para personal de salud. México: CENSIDA; 2006. 307 p.
33. Santamaría C, Uribe A. VIH y Terapia de Aceptación y Compromiso: adherencia, protocolos de intervención y casos clínicos. Bucaramanga: Universidad Pontificia Bolivariana; 2001. 216 p.
34. Bayes R. Sida y Psicología. Barcelona: Ediciones Martínez Roca; 1995. 288 p.
35. Sontag S. La enfermedad y sus metáforas y el sida y sus metáforas. Madrid: Taurus Publications; 2003. 176 p.
36. Pérez H, Taracena R, Magis C, Gayet C, Kendal T. Mujeres que viven con VIH/SIDA y servicios de salud: recomendaciones para mejorar la calidad de la atención. México: CENSIDA; 2004. 115 p.
37. Begum T. Doctor Patient Communication: A Review. *Journal of Bangladesh College of Physicians and Surgeons*. 2015;32(2):84–8.
38. Restrepo P. La relación médico-paciente. Un ideal para el siglo XXI. *MÉDUIS*. 2012;25(1):64–9.
39. Ramos-Rodríguez C. Percepción de las relaciones médicopaciente, por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina. *An Fac med*. 2008;69(1):12–26.

40. Ali A. Communication skills training of undergraduates. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2013;23(1):10–5.
41. Aranda C, Cedillo R, del Campo M, Ornelas R, Góngora J. Factores que influyen y dificultan la comunicación de malas noticias en el personal de salud. *Acta Univ*. 2014;24(5):20–6.
42. Buckman R. *How to Break Bad News: A Guide for Health Professionals*. Baltimore: Johns Hopkins Press; 1992.
43. Pacheco T. El arte de comunicar malas noticias en el ámbito prehospitalario. *Prehospital Emergency Care (Edición Española)* [Internet]. 2009;2(2):165–9. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-prehospital-emergency-care-edicion-espanola--44-articulo-el-arte-comunicar-malas-noticias-13138798>
44. Martín I, Trujillo C. Comunicación de malas noticias a pacientes con enfermedades neurodegenerativas: habilidades del personal médico. *Revista Latinoamericana de Bioética*. 2009;9(2):76–85.
45. Carlosama DM, Villota NG, Benavides VK, Villalobos FH, Hernández E de L, Matabanchoy Tulcan SM. Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. *Persona y Bioética*. 2019;23(2):245–62.
46. Rocco C, Garrido A. Seguridad Del Paciente Y Cultura De Seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2017;28(5):785–95.
47. Jiménez LA, Gamboa R, Márquez M. Deshumanización en la atención de la salud: ¿son las Tic's el problema o la solución? *Mundo Fesc*. 2019;9(17):85–93.
48. Correa M. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista Cuidarte*. 2016 Jan;7(1):1227–31.

49. González A, de Pablos A, Aguilera M. Calidad total en atención primaria de salud. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1994. 136 p.
50. Martín A, Cano J, Gené J. Atención primaria. Problemas de salud en la consulta de medicina de familia. Barcelona: Elsevier; 2014. 1048 p.
51. Ramos B. Control de calidad de la atención de salud [Internet]. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2011. 170 p. Available from: https://files.sld.cu/scap/files/2012/01/control_calidad.pdf
52. Pabón I, Cabrera C. La humanización en el cuidado de pacientes para lograr una atención de alta calidad. *Revista UNIMAR*. 2014;26(1):31–5.
53. Instituto Nacional de Salud & Observatorio Nacional de Salud. Consecuencias del Conflicto Armado en Salud en Colombia; Noveno Informe Técnico. Bogotá; 2017.
54. Haque OS, Waytz A. Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions. *Perspectives on Psychological Science*. 2012 Mar;7(2):176–86.
55. Barra E, Cerna R, Kramm D, Velis V. Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo. *Terapia Psicológica*. 2006;24:55–61.
56. Andrade JA, Sanabria Y. Prevalencia del síndrome de burnout en personal de enfermería de una clínica de la ciudad de Ibagué. *Enero-Junio*. 2013 Feb 13;16(29):170–83.
57. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. VIH-SIDA. 3rd ed. Cuéllar N, Rodríguez J, Barros E, editors. 2015. 1–43 p.

58. Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud y protección Social. Situación de la notificación de casos de VIH, Sida y muerte por Sida en Colombia: Semana epidemiológica 48: 22 al 28 de noviembre del 2020. 2020.
59. Andrade JA, Estrada C, Penagos AC. Representaciones sociales de los adolescentes acerca del riesgo de contraer VIH. *Archivos de Medicina*. 2017;17(2):234–50.
60. Canario JA, Báez ME. Distorsiones cognitivas en personas que viven con VIH. *PsicologíaCientífica.com*. 2005;7(5).