

11241

2 ej 9

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
CIUDAD UNIVERSITARIA  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL PSIQUIATRICO PARA AGUDOS  
"FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

PREVALENCIA DE SEROPOSITIVIDAD PARA ANTICUERPOS CONTRA EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA EN PACIENTES MASCULINOS DE 18 A 44 AÑOS DE EDAD QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL -- HOSPITAL PSIQUIATRICO PARA AGUDOS "FRAY BERNARDINO ALVAREZ" DURANTE EL LAPSO COMPRENHIDO DEL JUEVES 20 DE OCTUBRE DE 1988 AL MIERCOLES 8 DE FEBRERO DE 1989.

*Mercado*

TESINA  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA  
PRESENTA :

ERNESTO JUAN CALVO HERNANDEZ

*[Signature]*

Vo. Bo. DR. JOSE GUADALUPE MERCADO VERDIN  
MEDICO TUTOR.

BOBIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*[Signature]*

Vo. Bo. DR. CARLOS LEONARDO MAGIS RODRIGUEZ  
MEDICO ASESOR.

*Vo. B<sup>o</sup>*  
*[Signature]*  
*20.11.89*

FEBRERO DE 1989.

*[Signature]*



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.

CONTENIDO:

	Página:
- CARATULA .....	I
- DEDICATORIAS .....	II
- CONTENIDO .....	VI
I. ANTECEDENTES Y MARCO TEORICO .....	1
II. JUSTIFICACION .....	22
III. OBJETIVOS .....	22
IV. POBLACION Y METODO .....	23
V. ASPECTOS ETICOS Y PROCEDIMIENTOS RIESGOSOS .....	28
VI. RESULTADOS .....	29
VII. CONCLUSIONES .....	46
VIII. BIBLIOGRAFIA .....	48
ANEXOS:	
- FORMULARIO DE LA ENCUESTA .....	52
- FORMULARIO DE LA EXPLORACION NEUROLOGICA .....	54

PREVALENCIA DE SEROPOSITIVIDAD PARA ANTICUERPOS CONTRA EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA EN PACIENTES MASCULINOS DE 18 A 44 AÑOS DE EDAD QUE ACUDAN AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO PARA AGUDOS "FRAY BERNARDINO ALVAREZ" DURANTE EL LAPSO COMPRENDIDO DEL JUEVES 20 DE OCTUBRE DE 1988 ALMIERCOLES 8 DE FEBRERO DE 1989.

## I. ANTECEDENTES Y MARCO TEORICO.

El virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) anteriormente llamado HTLV-III o LAV (HUMAN T CELL LINFOTROPIC VIRUS O LINFADENOPATY ASSOCIATED VIRUS), responsable del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), hace su aparición en Estados Unidos de América hacia junio de 1981, aunque se sabe de casos anteriores desde 1978.

En México la tasa de incidencia acumulada es de 19.3 por millón de habitantes con un total para julio de 1988 de 1566 casos. Esta cifra se duplica cada siete meses, situación similar se observa desde el primer caso reportado en el primer semestre de 1981.

Toda la población es susceptible al VIH aunque la transmisión actualmente esta limitada a grupos con prácticas de alto riesgo. Esta se da mediante contacto sexual (87.3%) al 10. de julio de 1988 en adultos; transmisión parenteral (11.4%) y transmisión perinatal en niños, con una relación hombre-mujer de 10.5 : 1.0. Con mucho los individuos de más alto riesgo de contagio son los varones homosexuales promiscuos cuyo rango de edad oscila entre 25 y 44 años, seguidos por las edades comprendidas entre 15 - 24 años y 45 - 64 años, sumando un porcentaje total de 92.7%. El diagnóstico de SIDA en México se lleva a --

cabo mediante los criterios de la OMS para tal efecto, los que contemplan dos grupos principales de signos; los mayores: pérdida de peso superior al 10 % del peso corporal, diarrea crónica de más de un mes de duración y fiebre crónica de más de un mes; y los menores: tos crónica, dermatitis pruriginosa generalizada, herpes zoster recidivante, candidiasis orofaríngea, infección por herpes simple crónica progresiva y diseminada y linfadenopatía generalizada. En donde la presencia de 2 signos mayores y uno menor confirman el diagnóstico de SIDA aunado a un resultado positivo tanto de la prueba de E.L.I.S.A. como el de confirmación.

En la actualidad se ha comprobado que la infección por virus de la Inmunodeficiencia Humana tipo 1 (VIH1) puede complicarse con encefalopatía generalizada que incluye a la demencia como rasgo más importante. La identificación de la etiología retroviral del SIDA permitió la introducción de la hipótesis de que el VIH 1 era el responsable directo de la infección en el cerebro y por lo tanto de la demencia. Estos problemas neurológicos constituyen una entidad patológica completamente nueva que reclama una atención particular.

Las complicaciones neurológicas del SIDA se pueden clasificar en primarias (I) y secundarias (II).

#### I. TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO INDUCIDOS POR EL VIH 1:

- Meningo encefalitis aguda séptica,
- Complejo demencial asociado al SIDA (CDAS),
- Meningitis crónica,
- Complicaciones del Sistema Nervioso Periférico.

II. A) INFECCIONES OPORTUNISTAS:

- Parasitarias: *Toxoplasma gondii*,
- Virales: *Citomegalovirus*,  
*Varicela zooster*,  
*Herpes simple*,  
*Papova virus*.
- Fungosis: *Criptococo neoformans*.
- Bacterianas: *Candide sp.*,  
*Coccidioides immitus*,  
*Aspergillus sp.*,  
*M. tuberculosis*,  
*Micobacteria atípica*,  
*E. coli*,  
*Salmonella sp.* ,  
*Listeria monocitogénica*,  
*Treponema pálido*,  
*Nocardia asteroides*.

B) TUMORACIONES MALIGNAS:

- Linfoma primario del SNC,
- Linfomas sistémicos con compromiso del SNC,
- Sarcoma de Kaposi del SNC.

C) ACCIDENTES CEREBROVASCULARES:

- Infarto,
- Hemorragia.

La epidemiología sobre estos trastornos se encuentra definida de manera imprecisa ya que a la fecha se han obtenido más estimaciones de investigaciones clínicas y patológicas que de estudios prospectivos.

Complejo Demencial Asociado al SIDA: Esta es la complicación neurológica más frecuente, afectando entre el 50 y el 70% de los pacientes con SIDA. Debido a su importancia ha sido incluido dentro de los criterios diagnósticos del CDC para SIDA por presentarse como primera manifestación hasta en el 10% de los pacientes con SIDA. El CDAS también se presenta en la última etapa de la enfermedad en la mayoría de los casos los pacientes llenan la definición de SIDA sistémico de acuerdo con los criterios del CDC. En estudios clínicos se ha estimado que en el momento de diagnosticar SIDA un tercio de los pacientes presentó CDAS franco y un cuarto lo presentó en forma subclínica. Estas proporciones en el estadio pretérmino aumentan a una prevalencia de dos tercios con sintomatología y un cuarto con formas subclínicas. Resulta claro también que el trastorno se puede desarrollar antes de que se diagnostique SIDA sistémico y un pequeño número pero consistente de pacientes con complejo relacionado con SIDA desarrollen CDAS.

El CDAS puede desarrollarse en ausencia de síntomas sistémicos pero esto no es común. La mayoría, si no todos estos pacientes, presentan evidencia en el laboratorio de inmunosupresión. Síntomas tempranos de infección del SNC.

El SNC puede afectarse en los comienzos de la infección por VIH 1 presentando cuadros monofásicos prácticamente indistinguibles de otras encefalopatías virales o postinfecciosas de las que la mayoría no recibe un diagnóstico preciso. Se estima que la incidencia de estos casos es muy baja.

Meningitis Aséptica: La meningitis aséptica no ocurre solamente en el período de seroconversión, aunque es aún más frecuente que se de más tarde durante el curso de la infección cuando de la fase latente se pasa a complejo relacionado con SIDA (CRS) o SIDA. El principal síntoma tanto de la forma aguda como de la crónica es

la cefalea. El líquido cefalorraquídeo muestra una pleocitosis con glucosa normal y proteínas ligeramente elevadas. Muy raramente se aisla el VIH 1. El síndrome en si es benigno pero augura otras--- complicaciones relacionadas con el SIDA.

**Complicaciones del Sistema Nervioso Periférico:** El compromiso de los nervios periféricos (poliradiculitis, polineuritis y poli-- neuropatía) y de los pares craneales se describe en el 15% de los pacientes con SIDA.

Los pacientes con demencia asociada al SIDA presentan una serie de anomalías características en las funciones cognitivas, motoras y de comportamiento. En los comienzos del padecimiento--- los pacientes frecuentemente describen que necesitan elaborar listas de las actividades que tienen que realizar y que les cuesta -- más trabajo enfrentarse a los problemas cotidianos. Al mismo ---- tiempo van perdiendo interés en su trabajo y en actividades de recreación. Esta sintomatología se confunde frecuentemente con de--- presión a pesar de no encontrar trastornos afectivos. Los síntomas motores son más tardíos, los primeros que se encuentran son tem--- blor fino e inseguridad en la marcha. En la exploración se en---- cuentra retardo en los reflejos. Con el tiempo se afectan todas - las áreas cognitivas, se agudiza la apatía, disminuye la velocidad del discurso y el deterioro mental puede progresar hasta el mutis--- mo absoluto con demencia severa. Paralelamente la inestabilidad - de la marcha da paso a una franca debilidad con hipoquinesia gene--- ral e incontinencia. En algunos pacientes predominan algunos ---- síntomas sobre otros. Así algunos desarrollan estados de agita--- ción severa con manía u otra forma de daño orgánico cerebral; en - estos predominan los trastornos motores y se desarrollan cuadros - parecidos al Parkinson.

El agente causal del SIDA es un virus perteneciente al grupo

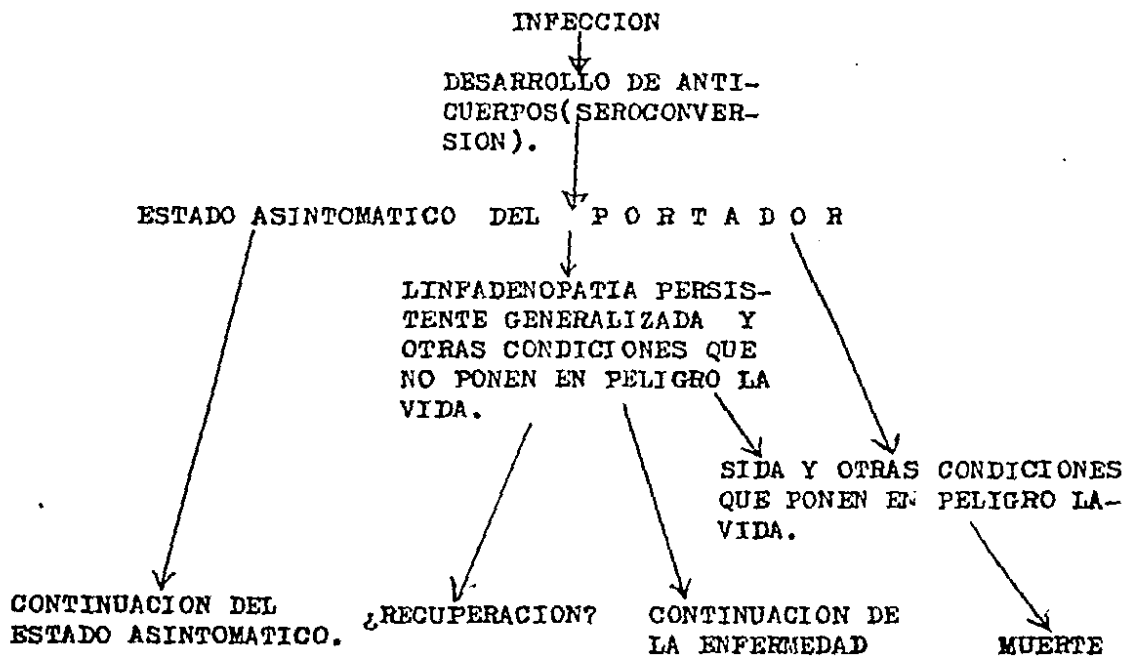


de los retrovirus, es un virus lento (porque su período de incubación es prolongado) al que por indicaciones de la O.M.S. se denomina en español V.I.H. (Virus de la Inmunodeficiencia Humana). El retrovirus V.I.H. como todos los virus, se reproduce únicamente en las células vivas de la especie que le sirve de huésped (en este caso la humana), teniendo una "ventana inmunológica" (o sea, el tiempo comprendido entre la infección y la aparición de anticuerpos específicos) de 2 a 12 semanas y un período de incubación (o sea, el tiempo comprendido entre la infección y la aparición de las manifestaciones de la enfermedad) que puede oscilar desde los 4 meses a los 10 años, con un promedio de 5 años. Aunque el V.I.H. puede ser capaz de invadir cualquier tipo de células vivas de los diversos tejidos de la economía humana, tiene predilección por un grupo celular de la sangre, los glóbulos blancos denominados linfocitos T, las células B y los macrófagos, así como otras células de este grupo y algunas del Sistema Nervioso Central a las que infecta de manera persistente y tenaz. Los linfocitos T-4 son aquellos glóbulos blancos cuya superficie es portadora de un glucoproteína llamada T-4 (misma que le da el nombre) por la que tienen especial afinidad los V.I.H., razón de tal especificidad; una vez que el V.I.H. se introduce en estas células, les impide cumplir con su función alertadora, inductora o auxiliadora de todo este sistema de defensa. El V.I.H. tiene un método singular de reproducción el que se denomina replicación, en el que interviene una enzima específica llamada transcriptasa inversa, que le permite al virus integrar su propio código genético al del linfocito T-4 de manera que cada vez que la célula infectada se reproduce, incluye el código viral que permite su rápida y permanente reproducción, con lo que este linfocito se convierte en un fábrica muy productiva. cuyos virus liberados por gemación (formación de yemas) destruyen la pared del linfocito T-4 y dan lugar a la invasión de nuevas células, por lo que una de las peculiaridades de este pade-

cimiento es que a medida que progresa van desapareciendo de la sangre del individuo infectado los linfocitos T-4 y la deficiencia se torna permanente y progresiva. La pérdida de la inmunidad es selectiva y afecta sobre todo a las partes del sistema inmunológico que intervienen en la defensa contra parásitos, virus, y hongos, - pero aunque los enfermos de S.I.D.A. contraen algunas enfermedades raras, pueden presentar resistencia a diversas enfermedades -- comunes.

El desarrollo de la infección por V.I.H. desde adquirida ésta hasta su etapa final, es muy variable de una persona a otra y puede seguir las diversas vías de desarrollo según se expresa en el esquema:

HISTORIA NATURAL DE LA INFECCION CON EL VIH:



Se estima que por cada caso de SIDA que se conoce hay entre 50 y 100 portadores asintomáticos del V.I.H. lo que nos señala la magnitud del problema.

Al anteriormente llamado Estado Presidótico ó Para-SIDA, en la actualidad se le conoce como Complejo Sintomático Relacionado (CSR) precede al SIDA y se caracteriza porque hay linfadenopatía persistente generalizada, (definida esta como la inflamación de los ganglios linfáticos en dos o más zonas extraxinguales) por un período de más de 3 meses sola o acompañada de sudores nocturnos, fiebre y-o diarreas persistente, pérdida de peso corporal no propiciada, - fatiga, candidiasis bucal (algodoncillo), síntomas que pueden ocurrir de manera intermitente o persistente y de gravedad variable.

El SIDA, que constituye sólo la etapa final de la infección con el VIH, se caracteriza por gran ataque al estado general, la presencia de diversas infecciones oportunistas (llamadas así porque sólo se hacen manifiestas cuando los sistemas de defensa del organismo están seriamente deprimidos poniendo en peligro la vida. Un estado inmunológico dañado, no puede defenderse de algunas infecciones y cánceres que generalmente son las causas directas de la muerte; en estas condiciones el paciente está más allá de toda posibilidad de recuperación.

Hasta la fecha sólo existen pruebas concluyentes de que el virus se transmite con la sangre y el semen, aunque son de tomarse en cuenta otras posibilidades como es el caso de las secreciones vulvovaginales, que se ponen en contacto con la mucosa uretral y para ello hay que recordar que en algunos países centroafricanos el ejercicio de la prostitución femenina es uno de los medios de transmisión.

Existen cuatro mecanismos básicos de transmisión del VIH:

- a. A través del contacto sexual en el que existe intercambio de líquidos corporales (sangre y/o semen) y donde el virus se pone en contacto directo con las mucosas (uretral, vaginal o rectal) atravezándolas.
- b. Por exposición a sangre contaminada o sus componentes, bien sea mediante la transfusión o por agujas contaminadas.
- c. Perinatal de una madre infectada a su hijo, a través de la placenta y probablemente a través de la lactancia materna.
- d. Mediante el trasplante o injerto de tejidos y órganos pertenecientes a personas infectadas.

No se ha probado que el VIH se transmite por contacto casual ni por estrecho contacto familiar (excepto en el sexual) con personas infectadas o aún con SIDA, inclusive conviviendo en condiciones de hacinamiento, ni por compartir cuartos de baño, excusados, lavabos, tinas de baño, albercas, transportes colectivos (autobuses, trenes, metro, aviones, barcos, etc), cocinas, utensilios de cocina, platos, vasos, cubiertos, teléfonos, sitios de trabajo o espectáculos, al darse un beso en la mano, mejilla o en la frente, tampoco se transmite con el estornudo o la tos, ni al compartir objetos personales como son prendas de vestir, peines, toallas, alimentos o bebidas, no lo transmiten moscas ni mosquitos, ni tampoco se adquiere por donar sangre.

El personal de salud (médicos, enfermeras, etc.) corre poco o muy poco riesgo de infectarse aún en contacto prolongado con enfermos de SIDA, máxime si se observan las medidas sanitarias comunes a las enfermedades infecciosas.

En tanto llega el momento en que haya medicamentos y vacunas para combatir el SIDA, para evitarlo es conveniente propiciar el cambio de conductas y actitudes, haciendo uso de medidas preventi-

ves a nuestro alcance, a saber:

- a. Mantener relaciones sexuales en mutua fidelidad, o al menos limitar el número de compañeros (as), excluyendo a aquellos (as) que acostumbren una vida sexual promiscua.
- b. Evitar el coito con prostitutas (os) o con desconocidos(as), - sobre todo si se trata de extranjeros (as) provenientes de un país con alta incidencia de SIDA, recordar que una persona infectada aunque aparentemente sana, es transmisor permanente del VIH.
- c. Usar siempre condón o preservativo en cada relación sexual e -- insistir en que tu compañero lo use,
- d. Evitar la drogadicción intravenosa, sobre todo si se comparten agujas o jeringas contaminadas sin esterilizar, o por lo menos esterilizar las agujas o usar desechables y no compartirlas.
- e. En caso de sospecha de infección por VIH evitar el embarazo.
- f. Evitar recibir transfusiones de sangre o sus componentes, a menos que hayan sido declaradas oficialmente libres del VIH.
- g. Si alguien se sabe portador del VIH o sospecha serlo, en beneficio de los demás no donar sangre, semen, tejidos u órganos.
- h. Si la persona opta por tener practicas sexuales con desconocidos (as) le conviene adoptar prácticas sexuales seguras conocidas como SEXO SEGURO.

Las prácticas sexuales están clasificadas en tres categorías: Sin riesgo, de mediano riesgo y prácticas de alto riesgo.

**PRACTICAS SIN RIESGO:** Estas incluyen únicamente el contacto de piel con piel sana, donde no existe intercambio de líquidos corporales, éstas son:

Masturbación mutua, beso seco (en la mejilla), masaje, abrazos, --

frotarse cuerpo con cuerpo, actividades sadomasoquistas que no provoquen golpearse ni hagan sangrar, NO compartir juguetes sexuales (tempoco navajas de rasurar, cepillos de dientes ni otros artículos que puedan contaminarse con sangre).

#### PRACTICAS DE MEDIANO RIESGO:

El riesgo que se corre en este tipo de prácticas es el intercambio de líquidos corporales como la sangre y el semen. Dichas practicas son:

Coito Anal usando Condón.- El riesgo de transmitir el virus de una persona infectada a otra sana, es mínimo si el condón no se rompe y el semen no se derrama en el recto; por lo que al sacar el pene del ano, el preservativo se debe sujetar para que no se zafe.

Sexo Oral o Fellatio.- Este debe ser SIN EYACULAR EN LA BOCA DE LA PAREJA, evitando así exponerle a grandes cantidades de semen. Si existen heridas en la mucosa oral o en los genitales, el riesgo es mayor. Cualquier acción brusca que cause daño en la boca o genitales aumenta el riesgo de intercambiar líquidos corporales.

Besos con intercambio de saliva.- Aunque se sabe que la saliva -- puede contener el VIH, pero no se ha demostrado como un mecanismo de transmisión eficiente.

Contacto con la Orina.- Si la orina toca únicamente la piel sana, es decir la piel que no tiene heridas el riesgo es menor. No se debe permitir que la orina penetre en los ojos, nariz, boca o ano.

#### PRACTICAS DE ALTO RIESGO:

En estas actividades se puede producir daño a la piel y mucosas (tanto oral como rectal), provocando intercambio de líquidos corporales como la sangre y el semen de personas infectadas con el VIH a personas que no estén infectadas. Estas prácticas tienen al-

to riesgo, a menos que la pareja haya sido monógama y saludable por más de 5 años.

Coito anal sin preservativo .- Es una de las prácticas de más alto riesgo. Durante el coito anal, la mucosa rectal se daña, permitiendo el contacto directo de semen y sangre. Por lo que el riesgo de infección es alto tanto para el penetrado como para el que penetra.

Contacto ano/mano.- Cuando esta práctica se realiza antes o después del coito anal, implica riesgo para las dos personas, ya que la mucosa del recto se daña durante esta práctica, lo que permite el paso directo de semen a la sangre, por otra parte, la piel de la mano está expuesta a la sangre y a microbios que penetran a través de pequeñas heridas.

Sexo oral (fellatio) eyaculando en la boca y tragando el semen.- El riesgo es alto, el VIH se encuentra presente en el semen de personas infectadas. La infección se lleva a cabo a través de la mucosa oral, especialmente cuando existen heridas. El riesgo se reduce evitando eyacular dentro de la boca.

Contacto ano-boca.- Esta práctica también se le conoce con el nombre de "beso negro". El virus que causa el SIDA se transmite a través del excremento contaminado con sangre. Además, esta práctica permite la transmisión de parásitos y otro tipo de microbios. Si existen heridas en el interior de la boca el riesgo aumenta.

En la revista "Médico Interamericano" correspondiente a mayo de 1987, publicada en español en los E.U.A. se comunicó que el 20 de marzo de este mismo año, el Gobierno Federal de los E.U.A. aprobó el uso de un medicamento que ha demostrado prolongar la vida de los pacientes con SIDA. Tanto el gobierno como los fabricantes insistieron en aclarar que el medicamento en cuestión no es un cura para este mal, sino solamente un producto que retrasa -

el avance de la enfermedad y prolonga la vida en mejores condiciones, en espera del descubrimiento o creación de un producto que sí cure el SIDA. El nombre de tal principio activo es AZIDOTIMIDINA (AZT) medicamento de acción antiviral que inhibe la reproducción del VIH dentro de la célula, pero al parecer no es de un éxito total ya -- que algunos pacientes sometidos a tal tratamiento continúan dete--riorándose. Un inconveniente más del medicamento es el precio, que oscila entre 20 y 25 millones al año de pesos mexicanos, aunque ca--be aclarar que de no usarse este medicamento, el costo del trata--miento hospitalario es mucho mayor, por lo que representa un sho--rrro considerable en el tratamiento global del padecimiento.

La Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Sa--lud, ha establecido un programa de investigación y detección del --SIDA con cobertura nacional, tomando a la Cd. de México como pun--to inicial. Este programa se basa en la detección de infección --por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) a través de una prueba en sangre con la técnica de E.L.I.S.A. con la cual se de--tectan anticuerpos que el organismo infectado ha desarrollado con--tra este virus. Este exámen tuvo su primera aplicación para que --ningún paquete de sangre o sus derivados que tuviera este virus --fuera transfundido; actualmente se está utilizando con fines de --detección temprana y prevención del SIDA. El Dr. Carlos Leonardo Magis Rodríguez de la Dirección General de Epidemiología estudió --140 casos de pacientes masculinos de 18 a 44 años de edad interna--dos en el Hospital Psiquiátrico para Agudos "Fray Bernardino Alve--rez" de la Secretaría de Salud y los resultados fueron todos sero--negativos.

Actualmente sabemos que mas que grupos de alto riesgo, lo que existen son prácticas de alto riesgo, por lo tanto, cualquier per--sona que se someta a una de estas prácticas esta expuesta al con--tagio del virus. Sin embargo, conviene mencionar cuales eran --



los grupos de alto riesgo:

1. Homosexuales o bisexuales PROMISCUOS.
2. Heterosexuales PROMISCUOS.
3. Compañeros sexuales de pacientes con SIDA, o de personas infectadas por el Virus VIH.
4. Prostitutas.
5. Personas adictas a drogas de administración intravenosa.
6. Personas que hayan recibido transfusiones sanguíneas a partir de 1981.
7. Las parejas que estén planeando tener un hijo, siempre y cuando alguno de los dos, o los dos, pertenezcan a "algún grupo de -- riesgo" de padecer SIDA.

Se ha demostrado que la mayoría de personas con los anticuerpos presentes en su sangre tienen el virus activo en sus cuerpos. Por lo tanto aunque clínicamente este es asintomático es un portador infectante, si no se adoptan las medidas de "Sexo Seguro" atrás ya mencionadas.

El seropositivo asintomático debe adoptar medidas preventivas para reducir el riesgo de desarrollar el SIDA o deseminarlo. Debe de evitar nuevos contactos con el VIH u otros virus, mantener relaciones sexuales con condón, informar a su médico o a su odontólogo de su seropositividad para que estos adopten las medidas pertinentes que eviten la transmisión del virus. No donar sangre, plasma, espermatozoides, órganos del cuerpo u otros tejidos. Para mejorar sus posibilidades de mantener buena salud evitar el uso de drogas y bebidas alcohólicas, cuidar que su alimentación sea lo más balanceada posible y evitar en lo posible la fatiga y la tensión emocional, y deberá someterse a revisiones médicas completas para evaluar su estado de salud, y recibir apoyo psicológico tanto por facultativos como por los grupos de Seropositivos Anónimos.

Otro antecedente que es bueno citar es el estudio efectuado en el Hospital General y Universidad de San Francisco, California, U.S.A. Trece de cuarenta pacientes con SIDA admitidos para internamiento en el Hospital fueron vistos por el Estaff del Servicio de Psiquiatría. Once fueron homosexuales y dos bisexuales. La mayoría de los pacientes vivían solos, un factor demográfico que --- puede reducir la capacidad de resistir en stress a la enfermedad. Fijar un Trastorno del Humos es una razón frecuente para obtener una consulta de Salud Mental. El diagnóstico más frecuente fué: Trastorno Adaptativo con Estado de Animo Deprimido. Esto es similar a los hallazgos en los pacientes con cáncer. Los pacientes --- mostraron productos complejos relacionados con la enfermedad. :

1.- Hubo una marcada incertidumbre acerca de la enfermedad, importante en especial en aquellos con ira y resentimiento hacia el personal de salud.

2.- Hubo aislamiento social dentro del hospital y en los trabajos sociales de los pacientes.

3.- En algunos pacientes el diagnóstico de SIDA estimulaba sus --- conflictos de orientación sexual, experimentándola como un justo--- castigo por su homosexualidad.

4.- Se sugieren recomendaciones para el cuidado primario y la --- consulta psiquiátrica:

- a) Proveer cuidadores de salud, revisando sus actitudes y sentimientos en algunos aspectos, específicamente al enfrentar los estereotipos homosexuales.
- b) El personal de salud debe reconocer sus propias frustra--- ciones relacionadas con esta enfermedad.
- c) Los psiquiatras deben ser particularmente hábiles en fijar trastornos afectivos y cognitivos, teniendo especial atención sobre factores contribuyentes a un trastorno mental orgánico y sus manifestaciones.

Cambiando un poco de tema y antes de que lo vaya a omitir por

olvido, para la confirmación laboratorial de infección por el virus del SIDA, se necesitan DOS pruebas positivas de E.L.I.S.A. y una prueba de confirmación conocida como Western Blot. El tiempo para que un individuo infectado por el VIH desarrolle anticuerpos (seroconversión) es de 6 a 12 semanas (aunque hay quienes opinan que es de 2 a 8) , pero hay reportes en que la seroconversión puede tardar en manifestarse hasta un año después de haberse infectado.

La distribución de los casos de SIDA en América en 1987 ----- era de : Canadá 1488, EE.UU. 53 069, México: 1233, Isla Caimán 2, Belice: 4, Guatemala 30, Honduras 71, El Salvador 16, Nicaragua--- 19, Costa Rica 39, Panamá 27, Colombia 153, Ecuador 52, Perú 44, - Bolivia 6, Paraguay 14, Chile 56, Uruguay 16, Argentina 120, Bahamas 163, Turcos y Caicos 4, Cuba 27, Jamaica 30, Haití 912, República Dominicana 352, San Cristobal y Nevis 1, Anguila 2, Guadalupe 61, Antigua y Barbuda 3, Martinica 27, Dominica 5, Barbados 52, Grenada 7, San Vicente 7, Santa Lucía 6, Trinidad y Tobago 206, Venezuela 101, Guayana Británica 5, Guayana Francesa 93, Surinam 6, Brasil 2 325. Estos datos son según la OMS.

Aunque la AZT es la mejor opción actual no representa el punto final en la búsqueda terapéutica. Aumenta la vida de los enfermos, pero finalmente los pacientes evolucionarán mal y fallecerán. La alta toxicidad del fármaco es otro problema, ya que una proporción significativa de casos presenta depresión en las funciones de la médula ósea, desarrollan anemia, requieren de transfusiones continuas, hasta que las complicaciones demanden disminuir la dosis o suspender el tratamiento. Actualmente se desarrollan investigaciones sobre otros compuestos derivados o parecidos a la azidotimidina, en todos ellos, el mayor problema sigue siendo su elevada toxicidad. Otro medicamento que tuvo gran divulgación en una revista de gran divulgación nacional fue la chahina, pero no se

ha probado su efectividad ya que solo se apoya en casos anecdóticos y no por medio de las rigurosas fases por las que debe de pasar un fármaco para su investigación de eficacia farmacológica. Otro medicamento es la Rivabirina el cual si ha demostrado su utilidad clínica, pero aún es necesario contar con un cuerpo de información más amplio para evaluarlo adecuadamente. En apariencia disminuye el riesgo de complicaciones, de complicaciones mas graves, en los pacientes que reciben dosis de este medicamento, aumenta el número de linfocitos cooperadores y su toxicidad es baja, la mayoría de los enfermos no presentan consecuencias clínicas. Sin embargo, la experiencia resulte insuficiente todavia para afirmar que es util en los diferentes estadios de la enfermedad. La Rivabirina y la Azidotimidina se aplican fundamentalmente en EE.UU. pero ¿qué sucede en México?. Aquí en nuestro país el Instituto Nacional de la Nutrición ha desarrollado un protocolo de tratamiento para pacientes con SIDA, con un medicamento derivado del telurio que tiene propiedades inmunoestimulentes, y se ha probado a lo largo de dos años, pero lamentablemente no tuve oportunidad de saber sus resultados. Este Instituto esta trabajando para desarrollar una combinación de antivirales e inmunomoduladores para así ofrecer mejores perspectivas en el tratamiento y en la calidad de vida de los enfermos de SIDA.

Hay otros medicamentos actualmente en estudio para el tratamiento del SIDA, a saber:

Nombre del Medicamento:	Vía de administración:	Efectos Secundarios:
1. Suramina	parenteral	neurológicos y cutáneos.
2. Ribavirina	parenteral	anemia, náusea, cefalea.
3. Alfa interferón	subcutánea	fiebre y náuseas
4. Fosfonoformato	infusión intravenosa	problemas renales y retención oses.

5. Antimoniotungstato	parenteral	problemas sanguíneos
6. Ansemicina	oral	problemas hepáticos
7. Azidotimidina (AZT)	oral y parenteral	en estudio.

Debido a que todos los virus tienen en común la necesidad de utilizar la célula a la que infectan para reproducirse es por lo que no se han podido encontrar hasta la fecha medicamentos antivirales que además de ser efectivos sean inocuos: para destruirlos o inactivarlos hay que destruir la célula infectada. Afortunadamente, nuestro sistema inmunológico es capaz de controlar la mayoría de las infecciones virales, pero en el caso del virus del SIDA es precisamente este sistema el afectado. El primer virus responsable del SIDA fue descrito por dos grupos de investigadores: uno del Instituto Pasteur, en 1983, y otro del Instituto Nacional del Cáncer en USA en 1984. Cada uno lo llamó de manera distinta: LAV y HTLV III, respectivamente, pero por tratarse del mismo virus se unificó la nomenclatura denominándolo Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). En 1986 se aisló un virus muy parecido, pero con diferencias genéticas bien definidas, en pacientes con inmunodeficiencia en África Occidental. Al virus este actualmente se le conoce como VIH-2, para diferenciarlo del primero. Efectivamente los virus VIH-1 y VIH-2 tienen una notable capacidad para cambiar, lo cual constituye una de las dificultades principales para desarrollar una vacuna efectiva. Sin embargo, esta propiedad para mutar no significa que cada vez que el virus se modifica de origen a uno nuevo, pues lo que cambia son sólo algunas proteínas de la envoltura. Las evidencias epidemiológicas de que disponemos actualmente indican que el VIH-2 ha restringido su circulación al África Occidental y Europa; en USA sólo se ha podido documentar un caso. Casi sin excepción, los pacientes a quienes se les han detectado anticuerpos contra el VIH-2 dijeron haber tenido contacto sexual con personas de esta región africana o haber vivido allí alguna temporada.

Los mecanismos de transmisión parecen ser los mismos que para el VIH-1, por lo que se espera un aumento considerable en el número de enfermos e infectados por el VIH-2 durante los próximos años en caso de que las campañas educativas y preventivas no sean efectivas.

El conocimiento de la historia natural de la infección por el VIH ha evolucionado a medida que se han ido conociendo las diferentes manifestaciones clínicas de la enfermedad y se ha desarrollado tecnología más sensible para el diagnóstico de formas asintomáticas.

Seroconversión, infectados e infectantes: En la actualidad, la detección de anticuerpos es la forma más práctica de detectar cuando un sujeto ha tenido contacto con el virus. El tiempo que transcurre para la formación de anticuerpos se considera que oscila entre 6 a 8 semanas (o hasta 12 semanas) aunque puede ser variable. Desde el punto de vista de Salud Pública es importante hacer énfasis en que los sujetos con anticuerpos se consideren infectados e infectantes.

Infección Aguda: Poco tiempo después de que se ha tenido contacto con el VIH es posible que se presente un síndrome inespecífico similar al de la mononucleosis infecciosa, que corresponde a la infección primaria y que requiere que se demuestre que el sujeto ha seroconvertido para considerarlo en este grupo. Corresponde al grupo I de la clasificación de los CDC. Una vez resuelto el cuadro clínico agudo estos sujetos cursan asintomáticos o evolucionan hacia otro estadio.

Infección Asintomática. Se consideran en este grupo a aquellos sujetos en los que se detecten niveles de anticuerpos y que no han presentado manifestaciones clínicas de la enfermedad. Pueden cursar o no con alteraciones de laboratorio (linfopenia, trombocitopenia, disminución en el número de linfocitos cooperadores, etc.) En caso de que desarrollen manifestaciones clínicas que remitan no se

contempla su reclasificación en este grupo. Estos sujetos corresponden al grupo II de la clasificación de los CDC.

Linfadenopatía Generalizada persistente: Las personas en este grupo presentan crecimientos ganglionares mayores de 1 cm, en dos o más sitios, excluyendo las regiones inguinales, con duración mayor de 3 meses. En caso de desarrollar sintomatología agregada, se clasifican en algún otro grupo, sin embargo, si esta sintomatología desaparece no se les vuelve a considerar en este rubro.

A continuación se consideran otros cuatro grupos, que no son mutuamente excluyentes y en los que los pacientes pueden tener sintomatología diversa, desde leve hasta grave.

Enfermedad constitucional o complejo relacionado al SIDA: En este grupo se clasifican aquellos enfermos que presentan sintomatología inespecífica: fiebre y/o diarrea persistente por más de un mes, pérdida de peso involuntaria mayor al 10%, en ausencia de algún otro padecimiento que lo explique. Este rubro corresponde al subgrupo IV a de la clasificación de los CDC.

Inmunodeficiencia con infección y/o neoplasia secundaria: Este grupo es el que tradicionalmente se ha considerado con fines de vigilancia epidemiológica de acuerdo a la definición de los CDC. La manifestación principal es un padecimiento infeccioso o neoplásico que indica que hay inmunodeficiencia celular, en ausencia de alguna otra enfermedad que lo explique (como desnutrición, neoplasia, o tuberculosis). Algunos casos requieren de serología positiva para considerarlos en este grupo. Estos enfermos corresponden a los subgrupos IVc y IVd de la clasificación de los CDC.

Enfermedad neurológica porVIH: El cuadro clínico de estos pacientes puede tener tres variantes:

- 1) Encéfalitis subaguda manifestada por demencia.
- 2) Mielopatía, en la que se presenta paraparesia progresiva, acompañada de ataxia, espasticidad e incontinencia, y

3) Neuropatía periférica manifestada en tres subtipos:

- 3.1. Un cuadro de neuropatía sensorial dolorosa que afecta los núcleos dorsales.
- 3.2. Neuropatía multifocal que se observa tanto en pacientes con SIDA como en pacientes con complejo relacionado y
- 3.3 Neuropatías desmielinizantes similares a las del Síndrome de Guillain-Barré y que se han correlacionado a un fenómeno autoinmune.

Otros: En este grupo se incluyen otras condiciones clínicas que no pueden clasificarse en los rubros previos, se ha incluido dado el desconocimiento que tenemos de otras manifestaciones de la enfermedad. A medida que aumenta el tiempo de observación de la historia natural de la misma podrá precisarse mejor otros cuadros --- clínicos. Este grupo corresponde al subgrupo IVe.



## II. JUSTIFICACION.

En base a la información anterior hay que destacar varios --- hechos importantes. La epidemiología de la enfermedad en nuestro -- país señala que la población principalmente afectada pertenece al -- sexo masculino de 25 a 44 años y que tiene antecedentes de prác-- ticas homosexuales y bisexuales. El virus de la inmunodeficiencia humana produce daño neurológico directamente. Debido a que a ve-- ces la demencia o el cuadro clínico que semeja y se confunde como depresión pueden ser los únicos síntomas de la enfermedad y este -- tipo de pacientes son canalizados al psiquiatra, se hace necesario hacer una medición real de la prevalencia de seropositividad del -- virus del SIDA en la población que acude a un Servicio de Urgencias de un Hospital Psiquiátrico para tener parámetros en que apoyarse -- y poder decir con cierta seguridad como es la prevalencia en este servicio, o sea, si el alta, mediana o baja. Además el hecho de -- medir seropositividad a una fracción de la población general (en.. este caso esa fracción es la de pacientes masculinos de 18 a 44 -- años de edad que acuden al Servicio de Urgencias del Hospital Psi-- quiátrico ya citado) contribuye a la detección de seropositivos y con esto también se contribuirá a frenar el crecimiento o propaga-- ción de la infección por el VIH.

## III. OBJETIVOS.

1. Determinar la prevalencia de la seropositividad a la infección por el VIH entre la población de enfermos que acuden al servicio de Urgencias de un Hospital Psiquiátrico, en la Ciudad de México, du-- rante el lapso del jueves 20 de octubre de 1988 al miércoles 8 de febrero de 1989.

2. Determinar los factores, practicas de riesgo y características ambientales y sociodemográficas asociadas con los pacientes con -- casos de prevalencia.

#### IV. POBLACION Y METODO:

Se selecciona el Hospital Psiquiátrico para Agudos "Fray Bernardino Alvarez" por ser el hospital de concentración que tiene -- más cobertura de pacientes psiquiátricos en el área metropolitana, al que también llegan pacientes procedentes del interior de la República. Se selecciona el servicio de Urgencias por ser éste el servicio que aparte de cubrir las Urgencias propiamente dichas, -- también ve pacientes que recayeron por descuido familiar para reins-- talarles tratamiento y además porque este servicio es el de Admi-- sión en donde todo paciente nuevo o subsecuente es valorado para canalizarlo posteriormente a la Consulta Externa (con toda su gama de subservicios como psicoterapia individual, de pareja, familiar, grupal, etc) o para internarlos si lo amerita el caso, o para ca-- nelizarlos al Hospital Parcial, o bien, para derivarlos a otra ins-- titución en los casos que así sea conveniente.

Para el presente estudio se seleccionará a los pacientes mas-- culinos de 18 a 44 años de edad por ser los de más alto riesgo, -- según hemos visto en las cifras estadísticas. Se le aplicarán los cuestionarios diseñados para este estudio y se le hará la exploración neurológica pertinente y teniendo las precauciones necesarias el personal del laboratorio procederá a la toma de la muestra de -- sangre utilizando tubos de vacutines SST con gel para separa---- ción del suero, se deja que se retraigne el coágulo a temperatura -- ambiente durante 2 horas, posteriormente se centrifuga la muestra a 2000 revoluciones por minuto durante 10 minutos y luego se re---

frigerers ya que después de la centrifugación se separó el plasma -- abajo del gel y el suero arriba del mismo. Tanto las muestras como los cuestionarios tendrán un número clave y se podrá localizar de quien se trata en caso de seropositividad y al mismo tiempo asegurando la confidencialidad de la información. Una vez acumulado un número grande de muestras en refrigeración y valiéndome de una grdilla dentro de un refrigeradorcito portatil trasladaba las mues-- tras al laboratorio del ISET (Instituto de Salubridad de Enfermedades Tropicales) en donde se les practicaba la prueba de detección de E.L.I.S.A. y si en dado caso la muestra saliera positiva se les practicaba también las de confirmación (una segunda E.L.I.S.A. y una de WESTERNBLOT. Se planeaba que se compararían los resultados de estas pruebas de laboratorio con los datos de los cuestionarios y exploraciones neurológicas. Las entrevistas y exploraciones -- neurológicas las hice yo. Conté con el apoyo del laboratorio del Fray Bernardino para la toma de la muestra, para la retracción del coagulo a temperatura ambiente, para el centrifugado y para su almacenamiento en refrigeración, me prestaron la gradilla para el -- traslado de las muestras. Las agujas desechables estériles y los vacutainer SST con gel me fueron proporcionados por el Dr. Magis de la Dirección General de Epidemiología. El listado de claves lo conservo yo personalmente a mi cuidado.

Se investigarán datos sociodemográficos, antecedentes clínicos e información sobre prácticas sexuales.

A todos los participantes se les dijo que en un plazo de 3--- semanas después de tomada la muestra podían buscarme para que yo les dijera su resultado el cual se les comunicaría a ellos personalmente. En cada entrevista procuré orientarles sobre prácticas de "Sexo Seguro" y uso de condón, formas de transmisión, etc. Se planeaba enviar a los seropositivos con problemas neurológicos al

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y a los seropositivos con otros síntomas (como linfadenopatía generalizada, etc) al Instituto Nacional de la Nutrición y a los seropositivos asintomáticos a la Consulta Externa para que entablaran lo más pronto posible su alianza terapéutica con su médico tratante y cuando este lo creyera adecuado darle la noticia de su seropositividad y seguirle dando apoyo psicoterapéutico a fin de evitar suicidios u conductas de "venganza" infectando a los demás. También se le sugerirían a los seropositivos integrarse a los grupos de Seropositivos Anónimos.

En cuanto a las precauciones para el personal de salud, tenemos que el VIH se ha aislado de sangre, semen, saliva, láquimas, orina, líquido cefalorraquídeo, tejido nervioso, secreción o secreciones vaginales, y leche materna. Se considera que la administración percutánea o parenteral y el contacto directo en cortaduras, raspaduras o mucosas con suspensiones virales o especímenes que contengan el virus vivo, son vías potenciales de contaminación. Existe el riesgo de transmisión de la infección a través de la vía parenteral al autoinocularse mediante agujas u objetos rotos de cristal contaminados con el VIH. El derrame de líquidos contaminados es una vía posible de transmisión, principalmente si se acompaña de aerosoles de material contaminado que pudieran entrar en contacto directo con soluciones de continuidad en la piel y mucosas de ojos, nariz, o boca. No hay evidencia de que haya ocurrido transmisión del virus por esta vía. No se ha documentado tampoco transmisión por ingesta o inhalación de material contaminado, pero es necesario tomar precauciones para evitar el contacto repetido. En el personal de salud que ha sufrido exposición a sangre de pacientes infectados por VIH se ha documentado seroconversión en un 0.5% el cual es un porcentaje mínimo. Se ha demostrado que por lo menos un 40% de los accidentes se hubieran prevenido

adoptando medidas preventivas sencillas (p. ejem. evitar encapuchar agujas y desecharlas en recipientes rígidos e irrompibles). El personal médico asistencial y de laboratorio deberá tomar precauciones para evitar el contacto directo de la piel y membranas mucosas con sangre, hemoderivados, excreciones, secreciones y tejidos de pacientes con SIDA, o de personas que se sospeche o que estén infectadas por VIH. Se debe tener cuidado para evitar heridas accidentales con instrumentos punzantes o cortantes (agujas, bisturios, etc) contaminados con material que pueda estar infectado, e impedir el contacto de lesiones cutáneas abiertas con material de pacientes infectados. Las jeringas y agujas desechables, se deben colocar en recipientes rígidos e irrompibles lo más cercanos del lugar donde se utilicen. Con el fin de evitar pinchaduras, las agujas de las jeringas desechables no se deben de encapuchar, doblar o romper. Si la persona que realiza el procedimiento se mancha las manos de sangre accidentalmente, se las debe de lavar escrupulosamente de inmediato. Usar guantes cuando se realicen actividades de donde haya contacto con sangre y otros líquidos. Lavarse las manos inmediatamente si están potencialmente contaminadas con sangre u otros líquidos, y nuevamente antes de tener contacto con otros pacientes. Marcar los artículos contaminados para ser desechados o enviarlos a descontaminación. Tener especial cuidado para evitar pinchaduras con agujas usadas. Limpiar los derrames de sangre o líquidos con hipoclorito de sodio al 5% diluido en agua 1 : 10. La sangre y otros especímenes deben rotularse de manera visible con una advertencia especial, por ejemplo: "Precaución, contiene muestra potencialmente infectante". Si la parte externa del recipiente del espécimen está visiblemente manchada de sangre, debe limpiarse con desinfectante recién preparado. Todos los especímenes de sangre deben colocarse en un segundo recipiente, como puede ser una bolsa impermeable en el caso de necesitar transportarles a otro sitio. Se debe examinar cuidadosamente el recipiente

o la bolsa para asegurarse de que no haya filtraciones ni roturas. Los objetos manchados de sangre deben colocarse en una bolsa impermeable rotulada "precaución, contaminado con sangre" antes de enviarlos para su limpieza o destrucción. Además, esos objetos contaminados se pueden colocar en bolsas de plástico de un color determinado, destinado únicamente a la eliminación de desechos infecciosos en el hospital. El material desechable debe incinerarse. Los objetos reutilizables, deben limpiarse de conformidad con las normas seguidas en el hospital para limpieza de objetos contaminados con el virus de la Hepatitis B. Se prefieren las agujas y jeringas desechables. Para extraer líquidos de los pacientes, deben usarse sólo jeringas con aguja fija o unidades en que las que la jeringa y la aguja constituyen una sola pieza, a fin de que el líquido recolectado se pueda verter correctamente por medio de la aguja si así se desea. En caso necesario de usar jeringas reutilizables, deben esterilizarse antes de proceder a su limpieza. Las personas con lesiones o dermatitis exudativas no tendrán acceso a las áreas donde exista contacto directo con pacientes o con equipo utilizado en su atención. Después de quitarse los guantes se deberá lavar uno las manos. En el laboratorio mientras se trabaja con materiales potencialmente infecciosos, deberán usarse batas, blusas o uniformes de laboratorio. Deberán usarse pipetas mecánicas para la manipulación de todos los líquidos del laboratorio. No deberá permitirse el pipeteo con la boca. Los procedimientos y la manipulación de material potencialmente infectado, deben realizarse con sumo cuidado para reducir al mínimo la formación de aerosoles. Se recomienda el uso de gabinetes de seguridad biológica (clase I o II) y otros dispositivos de contención primaria (por ejemplo, camisas de seguridad para tubos de centrifuga) cuando se realicen procedimientos en los que haya grandes posibilidades de crear aerosoles. Estos procedimientos son :centrifugación, mezcla, tratamiento por vi---

bración ultrasónica, agitación vigorosa y recolección de tejidos-- infectados de animales o de huevos embrionados. Es preciso limpiar la superficie de trabajo de los laboratorios con un desinfectante, por ejemplo: una solución de hipoclorito de sodio después de cualquier derrame de material potencialmente infectado al terminar el trabajo. Todos los materiales que puedan estar contaminados y que se empleen en pruebas de laboratorio deberán esterilizarse, preferiblemente en autoclave, antes de eliminarlos o de limpiarlos. Todo el personal deberá lavarse las manos después de quitarse la ropa protectora y antes de salir del laboratorio. Las precauciones precedentes deberán adoptarse tanto en los laboratorios clínicos-- como en los de investigación. En general, en los laboratorios clínicos no se dispone de gabinetes de seguridad biológica y de otros equipos de seguridad, de manera que cuando sea necesario, habrá -- que solicitar la colaboración de un laboratorio de microbiología para garantizar que los recipientes y las instalaciones sean apropiadas para realizar sin peligro las pruebas de laboratorio.

#### V. ASPECTOS ETICOS Y PROCEDIMIENTOS RIESGOSOS.

A los sujetos seleccionados se les explicara o se les explicó ampliamente de que trata el estudio. En los casos necesarios también se le explicó esto al familiar o al médico tratante, o al responsable o tutor.

Se les aseguró la confidencialidad de su información. Si un sujeto se hubiera arrepentido de participar la información proporcionada por este hubiera sido destruida, caso que no se dió porque nadie se arrepintió.

Todas las entrevistas y exploraciones neurológicas se hicieron en privado. Todos los cuestionarios y muestras y listados serán o fueron anónimos y solo tienen un número clave. Los listados donde figura el nombre y la clave están bajo mi custodia y en privacidad.

## VI. RESULTADOS.

De un universo aproximado de 1 443 pacientes verones de entre 18 a 44 años de edad se toma una muestra de 77 (5.33%).

La Prevalencia buscada de Seropositividad el VIH es de UN--CASO en la muestra de 77 pacientes en un lapso de 111 días. Esta equivale al 1.3 % de la muestra. Se obtiene una sumatoria de ----153, una media de 1.99 y una desviación estandar de 0.11

Referente al análisis estadístico se pretendía comparar a los sujetos seronegativos con los seropositivos en cuanto a las diferentes variables investigadas, utilizando la prueba de T en las --variables continuas y cálculo de riesgo relativo en las variables--categorías, pero no se efectua porque solo encontré un solo caso de seropositividad por lo cual solo describiré en los cuadros las variables que mas nos sean útiles.

El paciente seropositivo es un joven de 28 años de edad, soltero, con secundaria terminada, comerciante, nacido en el D.F. y--residente de Ecatepec, Edo. Mex, sin hijos. Abuelo paterno con pa--decimiento psiquiátrico no especificado. Es un producto no deseado, ya que el padre no se quería casar con la madre y tuvo que hacerlo por imposición. Su padre no se ocupa de él. Por impulsivo --múltiples problemas laborales. Se sabe homosexual desde los 15 años tiene en dos ocasiones contactos heterosexuales no satisfactorios. Acude al servicio por presentar ideas obsesivas y consecuentes rituales compulsivos, ya que siente la necesidad de "complacer" a --las imágenes religiosas "haciendo determinados movimientos" para --lo cual se tiene que "concentrar" ya que de salir mal el ritual lo "castigaré" la imagen. O bien, tiene que acomodar varias veces la ropa que vende. Por su ideación obsesiva tiene miedo de salir solo a la calle y sufre de cefalea e insomnio al oponerse a su ideación obsesiva. Al examen mental encontramos a un muchacho con ali--ño y aseo aceptables, sin movimientos anormales, tenso, conciente



cooperador, con talante bajo, orientado en las 3 esferas y en circunstancia, con discurso coherente y congruente, cálculo y abstracción conservados al igual que las memorias. Solo refiere haber tenido alucinaciones táctiles. Sin ideación delirante de daño, referencia o persecución. Se le maneja con tafil tab. 25 mg 1-1-1 VO anafranil grageas de 25 mg 1-0-2 VO y sinogan tab. 25 mg 0-0-1 VO PRN, su evolución es con leve mejoría, con ayuda de su médico tratante se le comunica en una de las sesiones a la madre de la homosexualidad del paciente y al parecer la señora ni se inmuta refiriendo que el paciente "puede hacer de su vida lo que quiera" y que "solo le interesa que se le quite lo nervioso" En otra sesión su médico tratante le informa sobre su seropositividad cursando aun en estos momentos por la etapa de negación y deprimiéndose, sin embargo, el pronóstico no es sombrío ya que su pareja declara que aun así no lo abandonara.

Durante el examen que le hice yo tenemos que : nunca ha donado sangre, ni tampoco lo han transfundido, nunca ha estado internado en un hospital psiquiátrico, y este totalmente asintomático - en cuanto a SIDA. Como ya se mencionó solo tuvo 2 experiencias heterosexuales no satisfactorias y a lo largo de toda su vida sexual activa unicamente habra tenido, según declara, 50 parejas sexuales, teniendo 3 en los últimos 6 meses y en el último mes en que yo lo entreviste no había tenido relaciones sexuales. Niega haber tenido contacto sexual con prostitutas o prostitutos, ni con extranjeros, no ha modificado sus hábitos sexuales a pesar de saber que existe el SIDA, nego saber si había tenido contacto sexual con alguien infectado con SIDA, ha tenido relaciones sexuales con hombres bisexuales, no ha tenido contacto sexual con hemofílicos, ni se ha inyectado con agujas o jeringas no esterilizadas, ni drogas I.V. ni tatuajes, ni acupuntura, ni cortado o pinchado con instrumento quirúrgico. En su exploración neurológica tenemos:

PARES CRANEALES: I. ligera dificultad en identificación de aromas.

V. leve desviación de la mandíbula a la izquierda al abrir la boca.

VII. al sonreír hemicara derecha con ligera paresia.

VIII. Tinnitus ocasional.

XII. La lengua se desvia ligeramente a la derecha.

REFLEJOS: Miotáticos: hiperactivos.

Superficiales: normales.

Patológicos: ausentes.

FUERZA MUSCULAR: normal.

TRASTORNOS DE COOERDINACION: ausentes.

ESTADOS MUSCULARES ANORMALES: ausentes.

MOVIMIENTOS ANORMALES: ausentes.

TRASTORNOS DE LA MARCHA: ausentes.

TRASTORNOS DE LA SENSIBILIDAD: En entebrazos y piernas disminución al dolor profundo, Dificultad en la discriminación de 2 puntos en cara anterior del brazo derecho. Ligera dificultad para discriminar texturas.

Esta es la información obtenida para este paciente.

Volviendo a la muestra de los otros pacientes :

CUADRO 1:

PACIENTES QUE SE LES NOTIFICO SU RESULTADO		
No. de pacientes:	%:	Forma de notificación:
41	53.2	Personalmente.
9	11.7	Por medio del médico tratante.
27	35.0	No han venido por su resultado.

CUADRO 2		
DISTRIBUCION POR EDADES:		
EDAD:	NUMERO DE PACIENTES:	PORCENTAJE:
18	11	14.3%
19	5	6.5%
20	4	5.2%
21	9	11.7%
22	8	10.4%
23	4	5.2%
24	4	5.2%
25	8	10.4%
26	4	5.2%
27	3	3.9%
28	3	3.9%
29	1	1.3%
30	2	2.6%
31	1	1.3%
32	2	2.6%
33	1	1.3%
34	2	2.6%
35	1	1.3%
36	2	2.6%
39	1	1.3%
40	1	1.3%

CUADRO 3		
ESTADO CIVIL		
ESTADO CIVIL:	NUMERO DE PACIENTES:	PORCENTAJE:
SOLTEROS	56	72.72%
CASADOS	8	10.38%
UNION LIBRE	10	12.98%
DIVORSIADOS	3	3.89%

CUADRO 4		
LUGARES DE RESIDENCIA		
LUGAR DE RESIDENCIA:	NUMERO DE PACIENTES:	PORCENTAJE:
CIUDAD DE MEXICO	53	68.8%
ESTADO DE MEXICO	15	19.5%
GUANAJUATO	1	1.3%
GUERRERO	1	1.3%
MORELOS	2	2.6%
NICARAGUA	1	1.3%
SAN LUIS POTOSI	1	1.3%
VERACRUZ	3	3.9%

CUADRO 5		
ESTADOS DE NACIMIENTO		
ESTADO:	NUMERO DE PACIENTES:	PORCENTAJE:
COAHUILA	1	1.3%
DISTRITO FEDERAL	53	68.8%
NICARAGUA	1	1.3%
GUERRERO	2	2.6%
GUANAJUATO	1	1.3%
JALISCO	1	1.3%
ESTADO DE MEXICO	7	9.1%
MICHOACAN	4	5.2%
MORELOS	1	1.3%
OAXACA	1	1.3%
PUEBLA	1	1.3%
SAN LUIS POTOSI	1	1.3%
TLAXCALA	1	1.3%
VERACRUZ	2	2.6%

CUADRO 6		
ESCOLARIDAD		
ESCOLARIDAD:	NUMERO DE PACIENTES:	PORCENTAJE:
ANALFABETA	1	1.3%
PRIMARIA INCOMPLETA	5	6.4%
PRIMARIA COMPLETA	1	1.3%
SECUNDARIA INCOMPLETA	11	14.3%
SECUNDARIA COMPLETA	12	15.6%
CARRERA TECNICA	5	6.5%
BACHILLERATO INCOMP.	16	20.8%
BACHILLERATO COMPLETO	5	6.5%
PROFESIONAL INCOMP.	13	16.9%
PROFESIONAL COMPLETA	6	7.8%
POSTGRADO	2	2.6%

CUADRO 7		
NUMERO DE HIJOS A PARTIR DE 1981		
HIJOS:	NUMERO DE PACIENTES:	PORCENTAJE:
0	58	75.3%
1	11	89.6%
2	6	7.8%
3	1	1.3%
4	1	1.3%

CUADRO 8		
OCUPACION		
OCUPACION:	NUMERO DE PACIENTES:	PORCENTAJE:
PROFESIONISTA	12	15.6%
EMPLEADO	19	24.7%
TECNICO	3	3.9%
COMERCIANTE	11	14.3%
ALGUN OFICIO	7	9.0%
ESTUDIANTE	9	11.7%
NINGUNA	16	20.8%

CUADRO 9		
DONACION DE SANGRE		
DONACION:	NUMERO DE PACIENTES:	PORCENTAJE:
SI	7	9.0%
NO	70	90.9%

CUADRO 10		
TRANSFUSION DE SANGRE:		
TRANSFUSION:	NUMERO DE PACIENTES:	PORCENTAJE:
SI	1	1.3%
NO	75	97.4%
NO SABE	1	1.3%

CUADRO 11		
INTERNAMIENTOS PREVIOS		
INTERNAMIENTO:	NUMERO DE PACIENTES:	PORCENTAJE:
SI	10	13.0%
NO	67	87.0%

CUADRO 12		
AMERITARON INTERNAMIENTO ACTUAL		
INTERNAMIENTO:	NUMERO DE PACIENTES:	PORCENTAJE:
NO	70	90.9%
SI	7	9.1%



CUADRO 13		
DIAGNOSTICOS		
DIAGNOSTICO:	NUMERO DE PACIENTES:	PORCENTAJE:
ABUSO DE ALCOHOL	1	1.3%
FARMACODEPENDENCIA	5	6.5%
ALCOHOLISMO	2	2.6%
ALUCINOSIS ALCOHOLICA	1	1.3%
PSICOSIS INESPECIFICA	1	1.3%
PSICOSIS EN RETR. MENTAL	1	1.3%
CRISIS DE ANGUSTIA	2	2.6%
EPILEPSIA	7	9.0%
DEPRESION	14	18.18%
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	3	3.9%
ESQUIZOFRENIA SIMPLE	1	1.3%
NEUROSIS DE ANSIEDAD	8	10.4%
NEUROSIS OBSESIVO-COMP.	3	3.9%
ESTADOS PARANOIDES	4	5.2%
S.O.C.	10	12.9%
REACCION ANTE TENSION	12	15.6%
P.M.D.	1	1.3%
TRASTORNO IDENT. SEX.	1	1.3%

CUADRO 14

PERDIDA DE PESO:

PERDIDA:	NUMERO DE PACIENTES:	PORCENTAJE:
SI	10	13.0%
NO	60	77.9%
NO SABE	7	9.1%

CUADRO 15

TOS PERSISTENTE POR MAS DE UN MES

TOS:	NUMERO DE PACIENTES:	PORCENTAJE:
SI	2	2.6%
NO	74	96.1%
NO SABE	1	1.3%

CUADRO 16

DERMATOSIS GENERALIZADA

DERMATOSIS;	NUMERO DE PACIENTES:	PORCENTAJE:
SI	1	1.3%
NO	76	98.7%

CUADRO 17

CANDIDIASIS OROFARINGEA

CANDIDIASIS:	NUMERO DE PACIENTES:	PORCENTAJE:
SI	2	2.6%
NO	75	97.4%

TODOS LOS PACIENTES NEGARON HABER PRESENTADO :

- fiebre que haya durado más de un mes,
- diarrea que haya durado más de un mes,
- herpes zoster recidivante,
- herpes simple crónico, progresivo y deseminado y
- linfadenopatía generalizada por más de tres meses.

62 pacientes (80.5%) han tenido relaciones sexuales con mujeres.  
15 pacientes (19.5%) NO han tenido relaciones sexuales con -  
Mujeres.

cuadro 18		
NUMERO DE MUJERES CON LAS QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES EN TODA SU VIDA		
# MUJERES:	NUMERO DE PACIENTES:	PORCENTAJE:
0	15	19.5%
1	4	5.2%
2	15	19.5%
3	8	10.4%
4	5	6.5%
5	6	7.8%
6	2	2.6%
7	3	3.9%
8	1	1.3%
10	5	6.5%
14	1	1.3%
15	2	2.6%

CUADRO 18  
(CONTINUA)

NUMERO DE MUJERES CON LAS QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUA-  
LES EN TODA SU VIDA

No. MUJERES:	NUMERO DE PACIENTES:	PORCENTAJE:
20	3	3.9%
25	1	1.3%
30	3	3.9%
40	2	2.6%
50	1	1.3%

CUADRO 19

NUMERO DE MUJERES CON LAS QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES  
EN LOS ULTIMOS 6MESES:

NUMERO DE MUJERES:	NUMERO DE PACIENTES:	PORCENTAJE:
0	31	40.3%
1	29	37.7%
2	8	10.4%
3	4	5.2%
4	2	2.6%
5	1	1.3%
6	1	1.3%
10	1	1.3%

CUADRO 20		
NUMERO DE MUJERES CON LAS QUE TUVIERON RELACIONES SEXUALES EN EL ULTIMO MES		
NUMERO DE MUJERES:	NUMERO DE PACIENTES:	PORCENTAJE:
0	48	62.3%
1	21	27.3%
2	7	9.1%
3	1	1.3%

27 pacientes han tenido relaciones sexuales con hombres (35.1%)

50 pacientes NIEGAN haber tenido relaciones con hombres (64.9%)

CUADRO 21		
NUMERO DE HOMBRES CON LOS QUE TUVIERON RELACIONES SEXUALES EN TODA SU VIDA		
NUMERO DE HOMBRES:	NUMERO DE PACIENTES:	PORCENTAJE:
0	49	63.6%
1	9	11.7%
2	5	6.5%
3	2	2.6%
4	1	1.3%
5	2	2.6%
6	4	5.2%
7	3	3.9%
9	1	1.3%
50	1	1.3%

CUADRO 22		
NUMERO DE HOMBRES CON LOS QUE TUVIERON RELACIONES SEXUALES EN LOS ULTIMOS 6 MESES		
NUMERO DE HOMBRES:	NUMERO DE PACIENTES:	PORCENTAJE:
0	69	89.6%
1	4	5.2%
2	2	2.6%
3	2	2.6%

CUADRO 23

NUMERO DE HOMBRES CON LOS QUE TUVIERON RELACIONES SEXUALES EN EL ULTIMO MES		
NUMERO DE HOMBRES:	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE:
0	74	96.1%
1	3	3.9%

21 pacientes (27.3%) SI han tenido relaciones con prostitutas.  
 42 pacientes (54.5%) NO han tenido relaciones sexuales con estas.  
 14 pacientes (18.2%) IGNORAN si eran o no prostitutas(os).

18 pacientes (23.4%) SI han tenido relaciones sexuales con extranjeras(os).

56 pacientes (72.7%) NO han tenido relaciones sexuales con extranjeras(os).

3 pacientes (3.9%) IGNORAN si eran o no extranjeras (os).

30 pacientes (39.0%) HAN MODIFICADO hábitos sexuales a partir del SIDA.

46 pacientes (59.7%) no han modificado estos hábitos y

1 paciente ( 1.3%) no supo contestar a esta pregunta.

39 pacientes (50.6%) NIEGAN haber tenido relaciones sexuales con alguien infectado con SIDA y

38 pacientes (49.4%) ignoran si las personas con las que sostuvieron relaciones sexuales estaban infectadas .

13 pacientes (16.9%) han tenido relaciones sexuales con bisexuales,

52 pacientes (67.5%) NIEGAN haber tenido relaciones sexuales con hombres bisexuales y

12 pacientes (15.6%) no saben si eran o no bisexuales.

21 pacientes (27.3%) negaron haber tenido contacto sexual con politransfundidos(os) y

56 pacientes (72.7%) lo ignoran.

46 pacientes (59.7%) niegan haber tenido contacto sexual con hemofílicas(os) y

31 pacientes (40.3%) lo ignoran.

3 pacientes (3.9%) se han inyectado con agujas o jeringas no esterilizadas,

72 pacientes (93.5%) lo niegan y

2 pacientes (2.6%) lo ignoran.

1 paciente (1.3%) se ha inyectado drogas intravenosamente y

76 pacientes (98.7%) lo niegan.

4 pacientes (5.2%) se han hecho tatuajes y

73 pacientes (94.8%) lo niegan.

5 pacientes (6.5%) se han aplicado acupuntura,  
71 pacientes (92.2%) lo niegan y  
1 paciente (1.3%) no entendió la pregunta.

9 pacientes (11.7%) se han cortado o pinchado con instrumentos quirúrgicos,  
67 pacientes (87%) lo niegan y  
1 paciente (1.3%) no lo sabe.



## VII. CONCLUSIONES:

La Prevalencia de Seropositividad del VIH en la población masculina de 18 a 44 años que acuden al Servicio de Urgencias del Hospital Psiquiátrico para Agudos "Fray Bernardino Alvarez" es de 1 en 77 pacientes (1.3%) según nos lo indica la muestra estudiada durante un lapso de 111 días.

Si tomamos en cuenta que el universo aproximado fue de 1 443 pacientes masculinos de 18 a 44 años de edad en esos 111 días y que nuestra muestra representa el 5.33% podemos suponer que en ese lapso han de haber acudido aproximadamente unos 20 seropositivos.

Aunque aparentemente asintomático e signos mayores y menores de SIDA, el paciente seropositivo, después de estudiarlo neurológicamente y encontrar muchos datos positivos, podemos atribuir que quizá el causante de estas alteraciones sea el VIH.

Como sabemos el VIH de alteraciones neurológicas y si calculamos como unos 20 infectados en 111 días esperamos suponer que - habrá muchos casos neurológicos que resolver en esta población de pacientes.

Lo dicho en el párrafo anterior también se apoya en que 27 pacientes (35.1%) han tenido relaciones homosexuales, que 21 pacientes (27.3%) las han tenido con prostitutas, que 23.4% las han tenido con extranjeras(os), que 46 pacientes (59.7%) no han modificado sus hábitos sexuales, que 38 pacientes (49.4%) ignoran si las personas con las que tuvieron contacto sexual estaban infectadas o no, que 56 pacientes (72.7%) ignoran si la persona con quien tuvieron el contacto era o no politrafundida. Además 3 de ellos (3.9%) se

han inyectado con agujas no esterilizadas, 4(5.2%) se han hecho tatuajes, 5 de ellos (6.5%) se han aplicado acupuntura y 9 pacientes (11.7) se han cortado o pinchado con instrumento quirúrgico .

El contacto sexual con varones (sobre todo homosexuales y --- bisexuales) es de alto riesgo para contraer la infección del VIH - y nos apoyaremos en que nuestro paciente seropositivo fue el que ha tenido 50 compañeros sexuales a lo largo de toda su vida siendo el paciente con mas parejas sexuales varones. Además para apoyar lo anterior tenemos que hubo quien también tuvo 50 parejas sexuales mujeres y no fue seropositivo.

Vemos según la muestra que la principal vía de infección es la sexual, y en especial la homosexual. y sobre todo cuando se -- tienen muchas parejas sexuales.

ATENTAMENTE:



DR. ERNESTO JUAN CALVO HERNANDEZ.  
R-III PSIQ.

VIII. BIBLIOGRAFIA.

- 1) CLINICAS MEDICAS DE NORTEAMERICA, S.I.D.A. y otros problemas - Médicos en el Varón Homosexual, Interamericana Vol 3/1986
- 2) CONASIDA, Gaceta, mayo/junio de 1988 , año I, vol 1 Comité Nacional de Prevención del SIDA.
- 3) CONASIDA, Gaceta julio/agosto de 1988 , año I número 2 Comité Nacional de Prevención del SIDA.
- 4) DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL, Folleto del Taller de Estadística aplicada a la Epidemiología Psiquiátrica, Facultad de Medicina, U.N.A.M.
- 5) DANIELS VICTOR G. S.I.D.A. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Manual Moderno, Segunda Edición.
- 6) DEL RIO GONZALEZ BENITO, Folleto Novedades en SIDA # 1, Secretaría General Auxiliar, UNAM Servicio de Educación para la Salud, Departamento de Salud Pública, Dirección General de Servicios Médicos.
- 7) DEL RIO GONZALEZ BENITO, Folleto SIDA ¡Un esfuerzo mundial lo vencerá! OMS Información básica para el estudiante universitario. Comisión de Prevención y Control del SIDA , Servicio de Educación para la Salud, Departamento de Salud Pública, Dirección General de Servicios Médicos, Secretaría General Auxiliar, UNAM.
- 8) Dilley J. Osbitill H. et. al: Findings in Psychiatric Consultation with patients with AIDS . Am. J. of Psychiatry 142:1, Jan, 1985.
- 9) DIRECCION DE EDUCACION PARA LA SALUD, Modelo de Educación para la Salud a la Población en Prevención del SIDA, Subsecretaría de servicio de salud, Secretaría de Salud.

- 10) DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA, Las Pruebas de Detección del SIDA y su Significado (folleto verde), Programa de Investigación y Detección de SIDA, Subsecretaría de Servicios de Salud, Secretaría de Salud.
- 11) DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA, Información sobre SIDA para Público en General (folleto azul), Programa de Investigación y detección del SIDA, Subsecretaría de Servicios de Salud, Secretaría de Salud.
- 12) Dirección General de Epidemiología, INFORMACION SOBRE SIDA, (folleto rojo), Programa de Investigación y Detección de SIDA, Subsecretaría de Servicios de Salud, Secretaría de Salud.
- 13) DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA, El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Medidas Preventivas. Comité Nacional para Prevención del SIDA, Subsecretaría de Servicios de Salud, Secretaría de Salud, México D.F. junio 1987.
- 14) DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA, SIDA: Manual de Trabajo para Capacitadores. Subsecretaría de Servicios de Salud, Secretaría de Salud y Consejo Nacional de Recursos para la atención de la Juventud, Procuraduría de Orientación y Apoyo a la Juventud, Secretaría de Educación Pública, México 1988.
- 15) DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA, Boletín Mensual SIDA No. 1 - 12, Años 1 - 2. Secretaría de Salud.
- 16) FAUCI A. The HIV: Infectivity and mechanisms of pathogenesis. Science. 1988; feb, 239: 617-22
- 17) FISCHER AN, ENZENSBERGER W; Neurological complications in AIDS. Journal of Neurology. 1987 234: 269-79.
- 18) FISHER A, y cols. Manual para el Diseño de Investigaciones Operacionales en Planificación Familiar, The Population --

Council, New York 1983.

- 19) FREEDMAN , KAPLAN, SADOCK , Tratado de Psiquiatria, Cap. 3  
Solomon S . M.D. 2a. Edición. Salvat.
- 20) Holland J. Tross S: The psychosocial an neuropsychiatric  
sequele of the AIDS and related disorders. Ann of intern  
med 985; 103: 760-64.
- 21) LE ROY W. : Ethical issues in the prevention and tratament  
of HIV infection and AIDS. Science. 1988; feb, 239: 597-601.
- 22) MC ARTHUR J. : Neurologic manifestations of AIDS, Medicina  
vol. 66 No. 6: 407-37.
- 23) MENDEZ R. I. y cols: El Protocolo de Investigación. Linea-  
mientos para su elaboración y análisis. Trillas la. edicion  
2a. reimpresion 1987
- 24) NAVIA B. et. al. The AIDS dementia complex: I Clinical. Ann  
of neurology 1986. 19: 6: 518-24.
- 25) NAVIA B. EUN S. et. al. The AIDS dementia complex: II  
Neuropathology, Ann of, neurology 1986. 19.6: 525-535.
- 26) PICHOT P. y cols. DSM-III Manual diagnóstico y estadístico  
de los Trastornos Mentales. American Psychiatric Association  
Masson S.A. 1984
- 27) PIOT P. PLUMMER T. : AIDS an international perspective.  
Science. 1988; feb, 239: 573-9.
- 28) PIRCE R. BIEW B. et. al: The brain in AIDS: CNS HIV infec-  
tion and ADC. Science. 1988; feb, 239: 586-96.
- 29) PIZER H.F. : SIDA: descubrimiento del HTLV-III , Mundo Médico,  
Vol XIII, No. 146, junio 1986 : 51-55.
- 30) ROZENBAUM W. y cols. SIDA , Realidades y Fantasmas, Ed.  
KATUN 3a, edición.

- 31) SAUL A. Lecciones de Dermatología, 9a. edición. Francisco Mendez Cervantes editor. 1979.
- 32) VAZUKA F. A. y cols. Principios Elementales del Examen Neurológico. producido por Smith Kline & French. S.A.
- 33) ZARATE H. L. E.: Homosexualidad Masculina y Depresión, Tesina. México D.F. 1985.

REGISTRO

HOSPITAL FRAY BERNARDINO ALVAREZ /DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA

=====

SEXO MASCULINO/FEMENINO EDAD  FECHA DE NACIMIENTO

SOLTERO/CASADO/UNION LIBRE/DIVORCIADO/VIUDO/NO SE SABE

ESTADO DE RESIDENCIA \_\_\_\_\_ RESIDENCIA EN LOS CINCO ULTIMOS AÑOS : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ESTADO DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_

HIJOS (DESDE 1981) SI / NO / NO SABE CUANTOS \_\_\_\_\_

Ocupacion \_\_\_\_\_  
DE 1981 A LA FECHA

HA DONADO SANGRE SI / NO / NO SABE REMUNERADO / ALTRUISTA

TRANSFUNDIDO (SANGRE O PLASMA ) SI/NO/NO SABE cuantos UNIDADES

FECHA DEL PRIMER INGRESO (DIA/MES/AÑO)

FECHA DEL ACTUAL INGRESO (DIA/MES/AÑO)

DIAGNOSTICO DE INGRESO DE ESTE INTERNAMIENTO(CIE 9) \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO ACTUAL(CIE 9) \_\_\_\_\_

DURACION DE LA ULTIMA HOSPITALIZACION  DURACION DE LA ACTUAL

PRINCIPALES SINTOMAS PSIQUIATRICOS:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

EN LOS ULTIMOS CUATRO MESES

- ¿PERDIDA DE MAS DE 5 kgs. ININTENCIONADAMENTE? SI/NO/NO SABE
- ¿FIEBRE QUE DURO MAS DE UN MES ? SI/NO/NO SABE
- ¿DIARREA QUE DURO MAS DE UN MES ? SI/NO/NO SABE
- ¿TOSIS PERSISTENTE POR MAS DE UN MES? SI/NO/NO SABE
- ¿DERMATOSIS GENERALIZADA? SI/NO/NO SABE
- ¿HA PADECIDO HERPES ZOSTER RECIDIVANTE? SI/NO/NO SABE
- ¿HA PADECIDO CANDIDIASIS OROFARINGEA? SI/NO/NO SABE
- ¿HA PADECIDO HERPES SIMPLE CRONICO PROGRESIVO Y DISEMINADO? SI/NO/NO SABE
- ¿LINFADENOPATIA GENERALIZADA POR MAS DE TRES MESES? SI/NO/NO SABE

**EL PACIENTE**

¿HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON MUJERES? **SI/NO/NO SABE**  
CON CUANTAS :

EN TODA SU VIDA  EN LOS ULTIMOS 6 MESES  ULTIMO MES

¿HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES? **SI/NO/NO SABE**  
CON CUANTOS :

EN TODA SU VIDA  EN LOS ULTIMOS 6 MESES  ULTIMO MES

¿ALGUNA DE ELLAS HA SIDO CON PROSTITUTA (O) **SI/NO/NO SABE**

¿HA TENIDO CONTACTO SEXUAL CON PERSONAS EXTRANJERAS? **SI/NO/NO SABE**

¿HA MODIFICADO HABITOS SEXUALES DESDE LA APARICION DEL SIDA? **SI/NO/NO SABE**

¿HA TENIDO CONTACTO SEXUAL CON ALGUIEN INFECTADO CON SIDA? **SI/NO/NO SABE**

¿HA TENIDO CONTACTO SEXUAL CON HOMBRES BISEXUALES? **SI/NO/NO SABE**

¿HA TENIDO CONTACTO SEXUAL CON POLITRANSFUNDIDOS(AS)? **SI/NO/NO SABE**

¿HA TENIDO CONTACTO SEXUAL CON HEMOFILICOS? **SI/NO/NO SABE**

¿SE HA INYECTADO CON AGUJAS O JERINGAS NO ESTERILIZADAS? **SI/NO/NO SABE**

¿SE HA INYECTADO ALGUNA DROGA POR VIA INTRAVENOSA? **SI/NO/NO SABE**

¿SE HA HECHO TATUAJES? **SI/NO/NO SABE**

¿HA ACUDIDO A APLICARSE ACUPUNTURA? **SI/NO/NO SABE**

¿SE HA CORTADO O PINCHADO CON UN INSTRUMENTO QUIRURGICO? **SI/NO/NO SABE**

OBSERVACIONES:

NOMBRE Y FIRMA DEL ENCUESTADOR: \_\_\_\_\_

SEROLOGIA:	RESULTADOS	LUGAR DE REALIZACION	FECHA		
PRUEBA DE 1a. ELISA	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			DIA	MES	AÑO
PRUEBA DE 2 a. ELISA	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			DIA	MES	AÑO
PRUEBA CONFR. W.B.	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			DIA	MES	AÑO



PRINCIPALES SINTOMAS PSIQUIATRICOS Y NEUROLOGICOS

	PRESENTE	AUSENTE	SE IGNORA
ALTERACIONES DE LA MEMORIA	1	2	3
DEMENCIA	1	2	3
DESORIENTACION	1	2	3
POBREZA EMOCIONAL	1	2	3
APLANAMIENTO AFECTIVO	1	2	3
ALTERACIONES DE LA ATENCION	1	2	3
DESORGANIZACION CONCEPTUAL	1	2	3
RETARDO MOTOR	1	2	3
FALTA DE COOPERACION	1	2	3
MANIERISMOS Y POSTURAS EXTRANAS	1	2	3
CONTENIDO EXTRAÑO DEL PENSAMIENTO	1	2	3
ANSIEDAD	1	2	3
HOSTILIDAD	1	2	3
EXCITACION	1	2	3
TENSION	1	2	3
SUSPICACIA	1	2	3
ALUCINACIONES	1	2	3
DEPRESION	1	2	3
PREOCUPACIONES SOMATICAS	1	2	3
GRANDIOSIDAD	1	2	3
SENTIMIENTO DE CULPA	1	2	3

ALTERACIONES EN PARES CRANEALES si no cual

REFLEJOS

(0=ausente 1=disminuido 2=normal 3=hiperactivo 4=clonus)

MIOTATICOS	0	1	2	3	4
SUPERFICIALES	0	1	2	3	4
PATOLOGICOS	0	1	2	3	4
ATAVICOS	0	1	2	3	4

DISMINUCION ANORMAL EN LA FUERZA MUSCULAR si no

TRASTORNOS DE COORDINACION si no

ESTADOS MUSCULARES ANORMALES si no

(flaccidez, espasticidad, rigidez, atrofia, hipertofia, contracturas)

MOVIMIENTOS ANORMALES: si no cual

(fasciculaciones, miotonias, corea, balismo, akatisia, distonias, atetosis, mioclonias)

TRASTORNOS DE LA MARCHA si no

TRASTORNOS DE LA SENSIBILIDAD si no

SIGNOS MENINGEOS si no

CEFALEA si no

MAREO si no

CRISIS EPILEPTICAS si no