

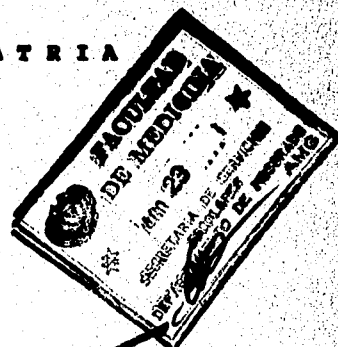
11241
13
2ej

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

"ANSIEDAD Y DEPRESION EN UNA POBLACION DE PACIENTES
CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA POR V.I.H"

TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA
PRESENTA

DR. RODRIGO MORALES GARCIA
Residente del Hospital Psiquiátrico
"Fray Bernardino Alvarez"

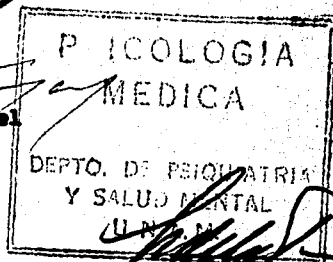


ASESOR DE TESIS:

DR. CARLOS CASTAÑEDA G.
Director del Hospital Psiquiátrico
"Fray Bernardino Alvarez"

ASESOR METODOLOGICO:

DR. CARLOS TORNER A.
División de investigación del
Hospital Psiquiátrico "Fray
Bernardino Alvarez"



MEXICO D.F.; FEBRERO DE 1993.

16 *[Signature]*

1995

FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

TESIS SIN PAGINACION

COMPLETA LA INFORMACION

INDICE

I.-	TITULO.....	1
II.-	INVESTIGADORES.....	1
III.-	INTRODUCCION.....	2
	Situación del SIDA en México.....	2
	Aspectos Psiquiátricos del SIDA.....	3
	Antecedentes.....	4
IV.-	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
V.-	NATERIAL Y METODOS.....	6
	Diseño.....	6
	Definición de la población.....	7
	Criterios de Inclusión.....	8
	Criterios de Exclusión.....	8
	Instrumentos.....	8
VI.-	PROCEDIMIENTOS.....	9
VII.-	ANALISIS DE DATOS.....	10
VIII.-	RECURSOS.....	10
IX.-	RESULTADOS.....	12
X.-	DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	18
XI.-	REFERENCIAS.....	21
XII.-	ANEXOS.....	24

FALLA DE ORIGEN

REPORTE FINAL DE INVESTIGACION

**I. TITULO: "ANSIEDAD Y DEPRESION EN UNA POBLACION DE PACIENTES CON
ENFERMEDAD RESPIRATORIA POR V.I.H"**

II.- INVESTIGADORES: DR. RODRIGO MORALES BARCIA. Residente de tercer año de la especialidad de Psiquiatría. Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez". S.S.
DR. CARLOS CASTAÑEDA BONZALEZ. Asesor Teórico. Director del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" S.S.

INSTITUCION SEDE

**DE LA INVESTIGACION: INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
RESPIRATORIAS (INER).**

FALLA DE ORIGEN

III.- INTRODUCCION

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es una enfermedad de aparición mas o menos reciente, de causa infecciosa y hasta el momento irreversible, caracterizada por una depresión severa de la inmunidad celular a todos sus niveles, manifestada por infecciones graves y recurrentes por agentes "oportunistas", por la aparición de neoplasias peculiares y cuyo resultado es finalmente la muerte de los pacientes afectados.

Desde su descripción inicial en 1981 el SIDA ha recibido gran atención en la literatura médica y en la prensa en general. Varios factores han contribuido a este fenómeno; en primer lugar, el hecho de que la enfermedad fuera reconocida inicialmente en ciertos grupos sociales como los individuos homosexuales y pacientes adictos a drogas intravenosas fue causa suficiente para despertar un gran interés en la prensa sensacionalista. Así mismo, la alta incidencia de infecciones por gérmenes oportunistas, habitualmente observadas en individuos críticamente enfermos e inmunocomprometidos pero no en sujetos previamente sanos llamaron la atención dentro de la comunidad médica. Finalmente, su inexorable pronóstico de mortalidad en individuos jóvenes y previamente sanos constituyeron factores importantes para el desencadenamiento de una verdadera revolución en el ambiente científico, destinándose un sinnúmero de recursos para la investigación de su naturaleza, historia natural y posible control y tratamiento.)

El agente etiológico de la enfermedad fue identificado en 1983 en el Instituto Pasteur de París por Luc Montagnier y su equipo de

investigadores, al mismo tiempo que Robert Gallo del Instituto Nacional de Cáncer de E.U. intentaba el mismo propósito. A tal descubrimiento han seguido innumerables trabajos que han identificado algunas variantes del mismo virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

SITUACION DEL SIDA EN MEXICO. (Datos actualizados hasta el 30 de abril de 1992).

En México, el crecimiento de los casos continúa siendo exponencial de tipo amortiguado. La tasa de casos nuevos en 1992 es de 8.9 casos. Este incremento en la tasa (2.6) del mes anterior a este, podría ser comparable a seis meses del crecimiento entre 1988 y 1989. La razón hombre-mujer, es ahora menor a la observada en años anteriores, para 1992 la proporción reportada en mujeres es de 16.9%. 2

Desde 1983 a la actualidad se han reportado un total de 9602 casos, con una tasa de incidencia en 1992 de 120.8 (por 1 millón de habitantes), estableciéndose una razón hombre /mujer de 6:1.

En lo que se refiere al estado actual de los pacientes, el 47.2% (4,627) ha fallecido, continúan vivos 44.6% (4,373) y no se tiene información de la evolución del 8.2% (802) casos.

La proporción de casos acumulados de SIDA por sexo indica que el 85.2% se ha presentado en hombres. Una distribución similar se conserva para las dos últimas anualidades, el 65.9% de los casos se ha presentado en el grupo de edad de 25 a 44 años, el 14.5% en el de 45 a 64 años, el 13.8% en el de 15 a 24 años, el 3.3% en menores de

15 años y el 1.3% en mayores de 65 años, desconociéndose el grupo de edad del 1.9% de los casos.

ASPECTOS PSIQUIATRICOS DEL SIDA.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) afecta directamente al Sistema Nervioso Central (SNC) causando alteraciones varias.

El VIH no solamente causa inmunosupresión, sino que puede afectar al SNC. Los cambios mentales vistos en pacientes seropositivos pueden ser debidos a efectos neuropatogenicos del VIH. No se conoce exactamente como afecta el retrovirus al SNC, pero se plantea que es a través de macrófagos que atraviesan la barrera hematoencefálica causando una meningoencefalitis subclínica, pero debido a que en estos estadios los pacientes no se encuentran aun inmunocomprometidos, pueden tener una adecuada recuperación de esta infección inicial. Cuando la inmunosupresión se presenta a través de meses o años, la replicación el virus dentro del SNC escapa al control inmune y puede entonces mostrarse como una leucoencefalopatía multifocal progresiva.³

Las anomalías a nivel del SNC observadas post-mortem, difusas y variables explican de alguna manera cambios mentales múltiples, pero es de particular relevancia el hecho de que exista un relativo respeto de la corteza. Las alteraciones histopatológicas son preferentemente subcorticales, incluyendo materia blanca central, estructuras grises profundas como ganglios basales, tálamo, tallo cerebral (de ahí el término de Demencia Subcortical), además puede haber atrofia marcada, o una reacción astrocítica con pocos cambios inflamatorios.⁴

FALLA DE ORIGEN

No hay pruebas de que el virus ataque directamente a las neuronas. La infección inicial de los macrófagos hace que estos secreten interleucina-1 e interferon GAMA, lo que estimula la proliferación de astrocitos. Estos, a su vez, producen neurotoxinas solubles que, sin ser neurotóxicas, sí disminuyen el funcionamiento neuronal. También se cree que algunos fragmentos del virus pueden interrumpir la función de los factores de crecimiento neuronal. El 80% de los pacientes con SIDA presenta infección cerebral por el virus.⁵

El que el VIH afecte directamente al SNC ha tenido un impacto creciente en el área de la Psiquiatría. Existen alteraciones mentales orgánicas que ocurren comúnmente en pacientes hospitalizados con SIDA, y son motivo frecuente de consulta ya que pueden simular alteraciones psiquiátricas funcionales. Esto ha llevado a plantearse importantes cuestionamientos tales como 1.- ¿Qué tan frecuente ocurre un deterioro neuropsicológico antes de la enfermedad sistémica como tal? 2.- ¿Cuáles son los métodos más sensibles y específicos para el diagnóstico de estos cambios? 3.- ¿Qué tan rápido progresan estos cambios? 4.- ¿Que tratamientos pueden retrasar el desarrollo de estas alteraciones? Ninguna de estas preguntas se han respondido en forma concluyente, por lo que las investigaciones encaminadas a resolverlas son de crucial importancia para el integral manejo de esta enfermedad.^{3,5}

Además de los síntomas neuropsicológicos que pueden mostrar los pacientes con VIH independientemente del estadio de su enfermedad, también se han descrito alteraciones en el estado de ánimo que frecuentemente es referido como un estado de tristeza y ansiedad, con

pérdida de interés (anhedonia), apatía, y otros síntomas sugestivos de un cuadro depresivo. De un 20 a un 40% de los pacientes seropositivos asintomáticos tienen un síndrome psicorgánico, con problemas de la memoria, del lenguaje, de la atención, lentitud motora y de las ideas, apatía, apatetismo, desinterés y problemas de juicio. Por otra parte, la sintomatología depresiva podría contribuir a la alteración de la ejecución de las pruebas neuropsicológicas.⁶

Desafortunadamente, los investigadores se han encontrado con una serie de factores muy confusos en la evaluación cognoscitiva, que pone en duda la validez y confiabilidad de estos hallazgos o al menos, hace tomarlos con reserva. Los estudios comparativos del estado neuropsicológico entre los pacientes seropositivos y seronegativos, han mostrado que el mayor deterioro se encuentra en el primer grupo de pacientes. Sus resultados son controvertidos con respecto a los pacientes seropositivos, y en algunos casos se ha demostrado que los aparentes déficits cognoscitivos se encuentran asociados con alteraciones en el estado de ánimo más que con desajustes cognoscitivos reales.⁷

Conforme se profundiza en la observación de pacientes con SIDA, parece ser que la tasa de trastornos psiquiátricos encontrada es menor que la predicha. Los principales diagnósticos incluyen estados de ansiedad, trastornos depresivos y reacciones prolongadas de adaptación.

En 1985 fue aislado el DNA específico del VIH-1 en cerebros de pacientes con SIDA que presentaban demencia. Sin embargo, aún permanecen sin respuesta varias preguntas sobre la forma en que el virus causa daño. Actualmente se realizan estudios prospectivos para determinar las manifestaciones neurológicas y neuropsicológicas precoces de la infección por VIH. Se usan técnicas de imágenes para detectar las manifestaciones iniciales de la enfermedad, y se explora el mecanismo de las anomalías metabólicas celulares en busca de un tratamiento para la demencia en el SIDA. Finalmente, se están realizando estudios de seguimiento neurológico y neuropsicológico en grupos distintos de los homosexuales, tales como los drogadictos.⁶

Un tópico controversial ha sido la posible presencia de cambios cognoscitivos en individuos VIH positivos asintomáticos o con síntomas moderados. Varios trabajos no han reportado diferencias significativas entre los pacientes seropositivos asintomáticos y los controles. El estudio de cohortes multicéntrico de SIDA (MACS), comparó a 193 controles con 218 sujetos seropositivos asintomáticos, y a 52 individuos que tuvieron seroconversión durante el estudio. Se les aplicó una batería neuropsicológica de filtro, utilizando una batería más amplia en aquellos sujetos con malos resultados en la primera prueba, a los sujetos que presentaron hallazgos neurológicos objetivos y a los sujetos que cumplieron los criterios psiquiátricos específicos. 15% de los sujetos controles, 14% de los seropositivos y 12% de los sujetos con seroconversión presentaron resultados anormales, sin diferencias entre las medias de los grupos en ninguna prueba individual.⁹

En un seguimiento del estudio anterior, el grupo del NACS se comparó con una batería corta a 769 hombres homosexuales seronegativos y 727 hombres seropositivos asintomáticos, sin encontrar diferencias significativas entre los grupos. Sin embargo, cuando se compararon los sujetos seronegativos con los sujetos seropositivos sintomáticos, se observaron diferencias significativas en la ejecución de varias pruebas. Además, no hubo deterioro en la ejecución de esta batería en 132 pacientes seropositivos asintomáticos después de 1,5 años de seguimiento.¹⁰

Janssen y colaboradores¹¹ estudiaron a grupos de pacientes VIH negativos, VIH positivos asintomáticos, pacientes con linfadenopatía generalizada y pacientes con complejo relacionado al SIDA (CRS). Los sujetos con CRS fueron el único grupo VIH positivo que ejecutó significativamente peor la batería aplicada.

En contraste, varios reportes han indicado cambios cognoscitivos en individuos seropositivos asintomáticos. Wilkie y colaboradores¹² evaluaron a hombres homosexuales VIH positivos y a sujetos control VIH negativos a los que se les aplicó una batería neuropsicológica. Encontraron que el grupo de sujetos VIH positivos fue significativamente más lento en las tareas de procesamiento de información. Stern y su equipo de investigadores¹³ valoraron los signos y síntomas neurológicos administrando una batería neuropsicológica extensa a un grupo de hombres homosexuales, dividiéndolo en sujetos VIH negativos, VIH positivos asintomáticos, moderadamente sintomáticos y sujetos con síntomas médicos significativos pero sin SIDA. Encontraron que los sujetos VIH

FALLA DE ORIGEN

positivos ejecutaron ligera pero significativamente peor las pruebas de memoria verbal y de ejecución en relación con los sujetos VIH negativos. Estos autores sugieren la posibilidad de un síndrome definible asociado con la infección por VIH en sujetos asintomáticos. A pesar de que ha habido múltiples estudios con hallazgos negativos, los escasos estudios con hallazgos positivos no pueden ser ignorados.

En una revisión de los historiales médicos de 630 pacientes, Wong y colaboradores¹⁴ encontraron que las crisis convulsivas eran una manifestación temprana de la infección por VIH. Holtzman y su equipo¹⁵ reportaron que las lesiones ocupativas eran responsables de las convulsiones de nueva aparición en un estudio retrospectivo de 100 pacientes VIH positivos en distintos estadios clínicos. Ambos estudios sugieren que el VIH puede ser una causa importante de que se presenten convulsiones, y que un estudio intensivo de esto sería beneficioso.

Por otro lado, los estudios encaminados a la determinación de estados y niveles de ansiedad y depresión en los pacientes seropositivos han mostrado resultados que han creado controversia, sobre todo por la dificultad de discernir si las alteraciones afectivas son producto de las alteraciones cognitivas que se proponen como un cuadro neuropsicológico, o bien si son secundarias al evento de los individuos de saberse con una enfermedad de tal gravedad.

Es frecuente que se presente un cuadro psiquiátrico caracterizado por 1. depresión, ansiedad patológica y comportamiento suicida, y en pocos casos estados psicóticos.⁶

Algunos autores señalan que las alteraciones afectivas y los estados de estrés inciden tanto en la aparición de sintomatología

sistémica en seropositivos, así como en su posterior evolución, basados en un enfoque psiconeuroinmunológico.¹⁵

Muchos de los problemas psiquiátricos desarrollados después del diagnóstico de la enfermedad compleja relacionado (CRS) son similares a los que se han reportado en pacientes con cáncer terminal. Posterior a la notificación de la enfermedad, los pacientes presentan reacciones iniciales de negación y escepticismo que van seguidas de estados depresivos y ansiosos. Los estados de ansiedad incluyen agitación, ataques de pánico, anorexia, taquicardia e insomnio.

Dille y colaboradores¹⁶ reportaron el estudio de 40 pacientes con SIDA o CRS vistos en el Hospital General de San Francisco, de los cuales 13 habían sido referidos al servicio de psiquiatría por depresión como razón de consulta, continuando en orden de importancia: demencia, delirium y ataques de pánico.

Otros estudios han reportado que la atención psiquiátrica a este tipo de pacientes es por alteraciones tales como síntomas depresivos, riesgo suicida, y síntomas neuropsiquiátricos.¹⁷

IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los estudios revisados indican la existencia de alteraciones cognitivas y afectivas en pacientes seropositivos, tanto asintomáticos, como en los diversos estadios de la enfermedad. Sin embargo, las interpretaciones han sido contradictorias y confusas sobre los mismos hallazgos ya que es difícil precisar si las alteraciones afectivas son parte de un cuadro neuropsicológico secundario a los efectos del virus sobre el SNC o bien, que las

FALLA DE ORIGEN

alteraciones afectivas presentes en los pacientes, y que son inherentes a una enfermedad de tal gravedad, condicionan un mal rendimiento en las pruebas neuropsicológicas.

En el presente estudio se describirán las alteraciones afectivas en una población de pacientes con SIDA en estadio IV de la enfermedad, cursando con una alteración respiratoria secundaria.

HIPOTESIS.

Debido a que la estructura del estudio es descriptivo, no consideramos adecuado el planteamiento de hipótesis de trabajo.

V.- MATERIAL Y METODOS.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Se trata de un estudio clasificado en los siguientes ejes según los criterios de Feinstein.¹⁸

- **Propósito general:** Investigación descriptiva de marcadores de espectro.
- **Tipo de agente:** Hombre.
- **Asignación del agente:** Escrutinio.
- **Dirección temporal:** Seccional (transversal).
- **Componentes del grupo:** Homodémico.

Se estudiarán pacientes internados en los servicios de hospitalización del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Una vez que los pacientes hayan cumplido con los criterios de inclusión, y salvo los criterios de exclusión, se revisarán sus expedientes con el fin de determinar aspectos médicos del diagnóstico

y su tratamiento, así como datos sociodemográficos. Una vez que hayan aceptado y firmado su participación en el estudio, se les aplicarán los instrumentos a utilizar (Inventario de depresión de Beck, la escala de ansiedad de Hamilton). Se procederá después al procesamiento de datos y análisis de los resultados.

POBLACION A ESTUDIAR:

La población sujeta de estudio serán los pacientes del servicio de hospitalización del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias durante el periodo comprendido de septiembre a noviembre de 1992. Debido a que un sesgo importante puede ser que la notificación del diagnóstico provoque cambios afectivos, los pacientes que se incluirán en el estudio serán aquellos que ignoren su diagnóstico aun.

Los pacientes con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida serán clasificados según los criterios del Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta, E.U. La clasificación será de acuerdo al siguiente esquema:

GRUPO I- Primoinfección. Seroconversión asintomática o sintomática.

GRUPO II-Infección crónica asintomática. Anemia, leucopenia, linfopenia, baja de T4, trombocitopenia, aumento de gammaglobulinemia y anergia cutánea.

GRUPO III-Linfadenopatía generalizada permanente.

GRUPO IV- Otras enfermedades (SIDA v CRS).

IV-A. Enfermedad constitucional.

IV-B. Enfermedad neurológica (central o periférica).

IV-C. Enfermedad infecciosa secundaria.

FALLA DE ORIGEN

IV-D. Cáncer secundario.

IV-E. Otras.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Serán incluidos en el presente estudio los pacientes:

- 1.- Hospitalizados en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.
- 2.- Hombre o mujer.
- 3.- Edad de 16 a 50 años.
- 4.- Con diagnóstico de SIDA o CRS en estadio IV-C.
- 5.- Sin antecedentes de alteraciones neurológicas previas.
- 6.- Sin tratamiento con benzodiazepínicos, anticonvulsivos, o neurolepticos.
- 7.- Que no hayan recibido notificación de su diagnóstico (ignoren el diagnóstico).
- 8.- Que acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

Serán excluidos del estudio los pacientes que:

- 1.- Presenten cuadro psicótico.
- 2.- Que presenten confusión mental que les impida resolver los cuestionarios.
- 3.- Sepan su diagnóstico antes de la aplicación de las pruebas.

INSTRUMENTOS A UTILIZAR (CLINIMETRIA).

Inventario para Depresión de Beck.

El Inventario para Depresión de Beck (IDB)19 es un instrumento que consta de 21 apartados que evalúan otras tantas categorías sintomático-conductuales observadas en pacientes con depresión. Cada apartado contiene 4 aseveraciones que describen el espectro de severidad de la categoría evaluada. En todos los casos, el primer enunciado tiene un valor de 0, que indica la ausencia del síntoma, el segundo de 1 punto, el tercero de 2 puntos, y el cuarto de 3 puntos, que constituye la severidad máxima del síntoma. El instrumento es autoaplicable; por lo que el evaluado elige aquella aseveración que describe el estado por el que ha atravesado durante la última semana. Las categorías evaluadas son: 1) ánimo, 2) pesimismo, 3) sensación de fracaso, 4) insatisfacción, 5) sentimientos de culpa, 6) sensación de castigo, 7) autoaceptación, 8) autoacusación, 9) ideación suicida, 10) llanto, 11) irritabilidad, 12) aislamiento, 13) indecisión, 14) imagen corporal, 15) rendimiento laboral, 16) trastornos del sueño, 17) fatigabilidad, 18) apetito, 19) pérdida de peso, 20) preocupación somática y 21) pérdida de la libido. Los primeros 14 apartados se refieren a síntomas afectivo-cognoscitivos, y los 7 restantes a síntomas vegetativos y somáticos que, aunque regularmente se incluyen para hacer el diagnóstico de la depresión, pueden también ser el resultado de una enfermedad física.

En el terreno estrictamente psiquiátrico, el instrumento ha mostrado tener una validez satisfactoria. Inicialmente, Beck y su equipo de colaboradores lo compararon con el diagnóstico que les dieron 4 psiquiatras experimentados a más de 400 pacientes. La

FALLA DE ORIGEN

correlación entre los puntajes obtenidos en el instrumento, contra la otorgada por los clínicos fue cercana a 0.7. Los puntos de corte varían entre los 11 y los 21 puntos en los estudios reportados a partir de 1967. Como es de esperarse, la variación de la prevalencia depende del punto de corte y este está íntimamente relacionado con la sensibilidad y especificidad del instrumento para diagnosticar la entidad. Torres y colaboradores²⁰ en un estudio mexicano encontraron que el instrumento mostró una especificidad bastante aceptable con puntos de corte por arriba de 11 puntos, recomendando 14 como punto de corte para lograr una especificidad y sensibilidad satisfactorias en una población no psiquiátrica.

Los puntos de corte usados inicialmente por el Dr. Beck para clasificar las alteraciones mostradas por su instrumento son: 0 a 13= sin depresión, 14 a 24= depresión leve a moderada y 25 o más para depresión profunda.

Escala de Ansiedad de Hamilton.

La escala de Ansiedad de Hamilton (EAH) fue introducida en el estudio de las enfermedades mentales desde hace más de cuatro décadas.²¹ En México, algunos estudios han comprobado su validez y confiabilidad tanto en la aplicación a poblaciones psiquiátricas, como a poblaciones con enfermedad médica de otro tipo. La escala cuenta con 14 ítems con rangos de calificación de 0 a 4, en donde 0 representa la ausencia del síntoma y 4 es el máximo valor posible del síntoma, representado por un estado de "muy severo".^{22,23}

Este instrumento tiene la ventaja de ser de aplicación breve y que ha mostrado adecuada especificidad y validez en nuestro país.

VI.- PROCEDIMIENTO.

La investigación se llevará a cabo en base al siguiente procedimiento:

1 Inicialmente se presentó el protocolo al Comité de Investigación y ética del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Una vez realizadas las correcciones necesarias y autorizado se inició el trabajo clínico.

2 Los pacientes serán localizados por el investigador en base a los diagnósticos, utilizando los reportes de los servicios de hospitalización del INER. Será requisito indispensable el que los pacientes ignoren el diagnóstico origen del cuadro respiratorio.

3 Se entrevistará al paciente para valorar si cumple los criterios de inclusión en el estudio. En caso de ser así, se le solicitará su cooperación y se le explicará las implicaciones del estudio. Una vez que el paciente acepte, firmará una carta de consentimiento (Ver anexos).

4 En la siguiente entrevista, que será llevada a cabo por la mañana, posterior al día de la primera entrevista, se aplicarán los instrumentos y se llenará la hoja de datos demográficos.

5 La entrevista de aplicación de instrumentos consumirá un tiempo no mayor de 45 minutos.

4 Los instrumentos serán calificados y codificados por el investigador en un programa estadístico (SYSTAT) para su posterior análisis.

4 Al realizarse el análisis de resultados, los pacientes que hayan mostrado puntuaciones importantes para diagnosticarlos como deprimidos se les sugerirá recibir atención por parte del servicio de Psiquiatría de dicho instituto.

4 Se presentará un avance de investigación el mes de noviembre de 1992.

4 Se presentará un reporte final en el mes de enero de 1993.

VII.- ANÁLISIS DE DATOS.

Los datos se analizarán utilizando un software SYSTAT, para obtener análisis no paramétrico o de distribución libre para aquellas variables nominales (variables demográficas). Se llevará a cabo un análisis paramétrico para las variables de intervalos iguales (datos climétricos), obteniéndose medidas de tendencia central así como medidas de dispersión.

VIII.- MATERIALES.

RECURSOS HUMANOS:

4 Un investigador (Residente de Tercer Año de la especialidad de Psiquiatría, adscrito al Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez").

* Un asesor teórico (Director del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez").

RECURSOS MATERIALES:

* Instrumentos de aplicación (Escala de EAH, IDB, cédula de datos demográficos).

* Una computadora IBM/PS1, 60386, 2mb en RAM, 80MB en disco duro, 33MHz.

* Software: Works 2.0, Harvard Graphics 3.0, SYSTAT 3.0.

* Una impresora Epson FX.

* Microdisks 3 1/2, alta densidad.

IX.- RESULTADOS.

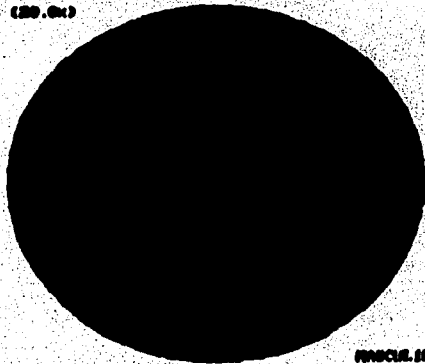
DESCRIPCION DEMOGRAFICA DE LA MUESTRA.

Se incluyeron en el estudio un total de 20 pacientes (n=20), de los cuales el 80% (16) correspondió al sexo masculino y el 20% al femenino (4). (Ver figura 1). La media de edad para toda muestra fue de 34.5, con una desviación estándar de 6.37 y un rango de 24 a 46.

FALLA DE ORIGEN

FIGURA 1
POBLACION ESTUDIADA POR SEXO

FEMENINO (80.0%)



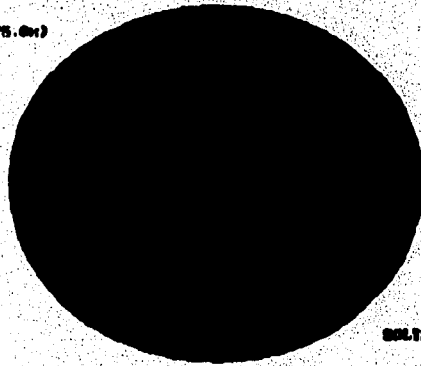
MASCULINO (20.0%)

Los sujetos masculinos mostraron una media de edad de 33.1 años con una desviación estándar de 6.21 y con un rango de 24 a 46 años. Para los sujetos del sexo femenino, la media fue de 35.1, con una desviación estándar de 4.78 y un rango de 33 a 45 años.

En cuanto al estado civil, 5 de los sujetos eran casados (25%) y 15 solteros (75%) (Ver figura 2). En el grupo del sexo masculino ($n=16$), 2 fueron casados y 14 solteros (12.5 y 87.5% respectivamente), en comparación con 3 mujeres casadas y 1 soltera (75 y 25%).

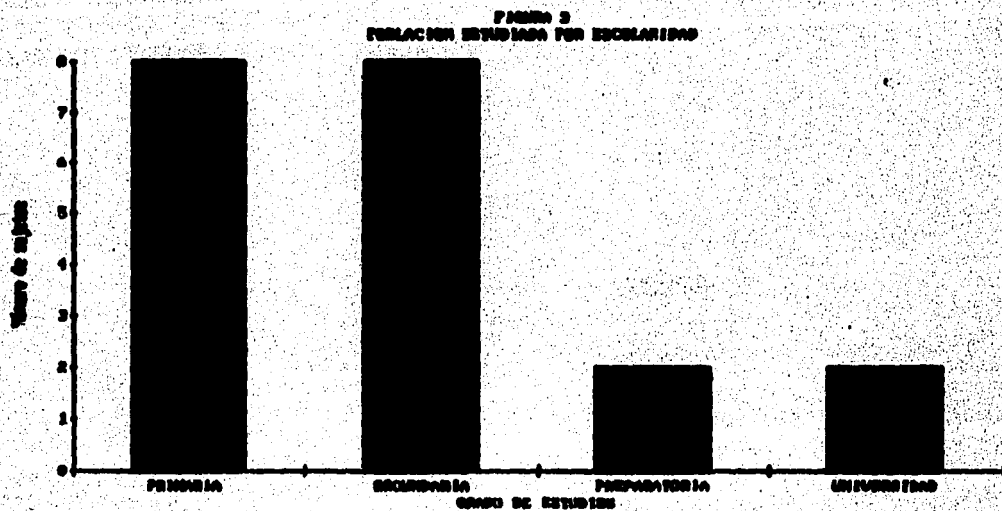
**FIGURA 2
POBLACION ESTADIANA POR ESTADO CIVIL**

CASADOS (75.0%)



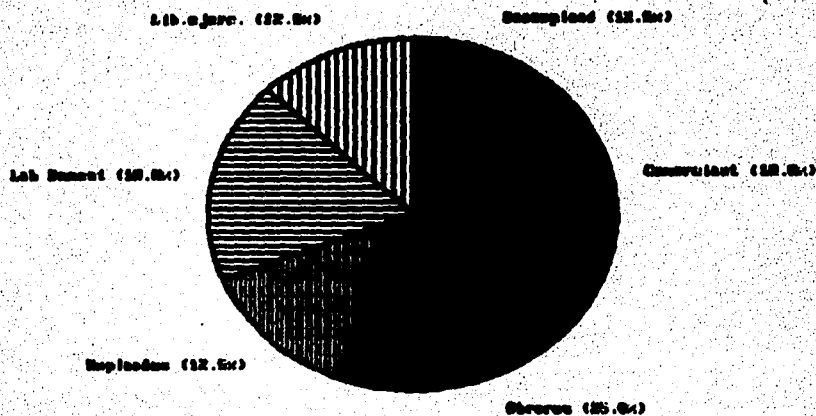
SOLTEROS (25.0%)

La escolaridad en toda la muestra fue la siguiente: 8 con primaria completa (40%), 8 con secundaria (40%), 2 de preparatoria (10%) y 2 con estudios universitarios (10%). Ver figura 3.



La ocupación de la muestra mostró esta distribución: 4 (20%) subempleados, 3 (15%) comerciantes, 4 (20%) obreros, 2 (10%) desempleados, 3 (15%) a labores domésticas, 3 (15%) empleados de gobierno y 2 (10%) profesionistas. (Ver figura 4).

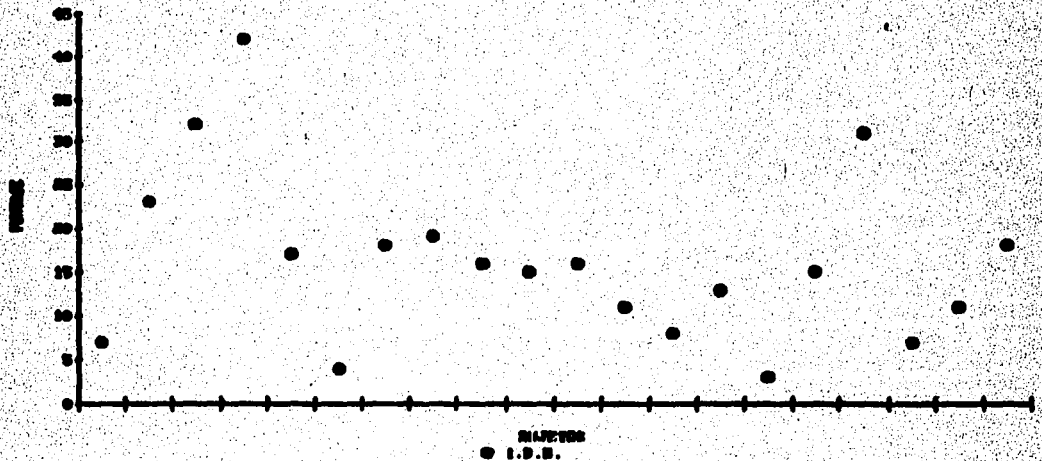
FIGURA 4
POBLACION ESTUDIADA POR OCUPACION



RESULTADOS EN LAS VARIABLES DE ANSIEDAD Y DEPRESION. (Clinimetría)

Los puntajes obtenidos por el inventario de depresión de Beck (IDB) se distribuyeron en un rango de 3 a 42, mostrando una media ($\bar{x}$) para todo el grupo ($n=20$) de 16.3, con una desviación estándar (DS) de 9.79. (Ver figura 5)

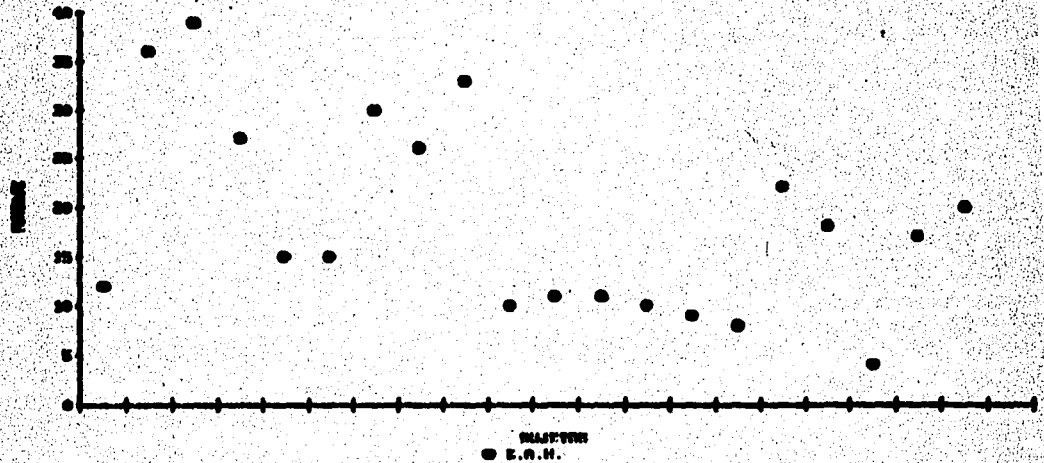
FIGURA 5
DISTRIBUCION DEL PUNTAJE DEL I.D.B.



Para los individuos del sexo masculino ($n=16$), se obtuvo con el mismo instrumento una $x=16.18$, con una $DS=9.96$, con un rango de 3 a 42. Para el sexo masculino ($n=4$), la $x=16.75$ y una $DS=10.53$ con un rango de 7 a 31.

La escala de ansiedad de Hamilton obtuvo puntajes en la población de personas estudiadas de un rango de 4 a 39, con una $x=18.65$ con $DS=10.12$ (Ver figura 6). La misma escala en los sujetos masculinos registró una $x=19.62$ con $DS=10.68$ y un rango de 9 a 39. Para los sujetos del sexo femenino, $x=14.75$, $DS=7.27$ y un rango de 4 a 26. (Ver cuadro 1)

FIGURA 6
PUNTAJE EN LA E.A.H. DE LA POBLACION



Cuadro 1.
RESULTADOS DEL INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (IDB) Y LA ESCALA
HAMILTON (E.A.H.) EN LA MUESTRA ESTUDIADA. (n=20)

DE ANSIEDAD DE

INSTRUMENTO	MEDIA	D.S.	RANGO
I.D.B.	16.3	9.7	3-42
E.A.H.	10.6	10.1	4-39

FALLA DE ORIGEN

Tomando como punto de corte 14 para el inventario de depresión de Beck, encontramos una prevalencia de depresión en 12 sujetos (60% de la población total). (ver figura 5). De éstos, 9(75%) presentan depresión leve a moderada (rango 14-24) y 3(25%) con depresión severa (rango +25).

X.- DISCUSION Y CONCLUSIONES.

Los resultados obtenidos en el presente estudio indican que los síntomas ansiosos y depresivos son frecuentes en los pacientes que tienen una enfermedad respiratoria secundaria como componente de un cuadro de inmunosupresión por el virus de la inmunodeficiencia humana.

La prevalencia de depresión fué mayor a la esperada, pues se encontró, tomando como punto de corte 14, una prevalencia del 60%, comparado con aproximadamente 48% que se ha reportado en estudios anteriores sobre depresión en pacientes con enfermedad médica no psiquiátrica. Aunque el objetivo de nuestro estudio no pretende establecer comparaciones, si sugiere la posibilidad de que en estudios ulteriores, esta prevalencia fuera comparada con otra población con diferente enfermedad médica, lo que arrojaría datos para pensar en una diferencia importante en este rubro.

Resulta difícil precisar, por otro lado las implicaciones psicológicas sobre el saber o no el diagnóstico, ya que si bien en nuestros pacientes no lo conocían antes de la aplicación de los

instrumentos, algunos sospechaban la posibilidad de este, bien por su nivel cultural o por su historial de factores de riesgo.

Un sesgo de referencia en nuestra muestra pudiera estar dado por el tipo de población que se atiende en el instituto de donde se extrajo a los sujetos de estudio, ya que la mayoría de ellos, al llegar al instituto, habían peregrinado por varios centros de atención primaria, lo que motiva un cuadro neurológico crónico, que por sí mismo podría causar síntomas afectivos detectados al momento de las valoraciones.

Por otro lado, los síntomas ansiosos medidos con la EAH parece comportarse en forma similar a otros resultados obtenidos en estudios con pacientes con enfermedad médica no psiquiátrica.

El presente constituye la primera aproximación al problema. Como hemos mencionado en la introducción de este trabajo, se requerirá otro de tipo de diseño metodológico, pues la determinación de marcadores de espectro de la enfermedad merece considerar a todos y cada uno de los factores que pueden intervenir en su manifestación.

El siguiente paso, ahora es el estudio de las alteraciones cognitivas y su relación con los síntomas depresivos y ansiosos en los pacientes con SIDA, para poder establecer patrones más específicos de correlación.

El presente trabajo es el primero de una serie de estudios en este campo, próximamente daremos a conocer los resultados de la segunda parte, que consistirá en la correlación de alteraciones afectivas y el desarrollo de una prueba neuropsicológica en una población de pacientes con las mismas características.

FALLA DE ORIGEN

Creemos que un estudio así requerirá mayores exigencias en la selección de los pacientes, sobre todo tratando de evitar los factores de riesgo para alteraciones neurológicas (que actúen como secuelas) que puedan interferir en el desarrollo de las pruebas neuropsicológicas.

Agradecemos de manera especial al Ing. Ricardo Morales G. de la División de Computación del Instituto Mexicano del Petróleo por su apoyo técnico para el desarrollo de esta investigación.

R E F E R E N C I A S

- 1.- **Alanís A.** Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). En: Jinich H(ed). Tratado de Medicina Interna. Academia Nacional de Medicina. El manual moderno. México. 104-107. 1987.
- 2.- **Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.** Boletín mensual de SIDA/EIS. (México) 6:5:2172-2189. 1992.
- 3.- **Perry SW.** Organic mental disorders caused by HIV: Update on early diagnosis and treatment. Am J Psychiatry 1990; 147:696-710
- 4.- **Price RW, Brew B, Sidtis J.** The brain in AIDS: central nervous system HIV-1 infection and AIDS dementia complex. Science 1988; 239:586-591.
- 5.- **Bloom FE, Costel LG, Hayes N, Martin A, Horoni F, Vaca K.** Aids and the nervous system. Neuroscience Facts 1991; 216:1-4.
- 6.- **Bourgeois M, Verdoux H, Peyref, Benezech H.** Aspects neuropsychiatriques de l'infection par le VIH et du SIDA. Ann Méd-Psychol 1989, 147;3:285-296.
- 7.- **King MB.** Psychological aspects of HIV infection and AIDS. What have we learned?. British Journal of Psychiatry 1990; 156:151-156.
- 8.- **Harder K, Stern Y.** Neurological and neuropsychological aspects of HIV infection. Current Opinion in Psychiatry 1991; 4:96-100.
- 9.- **McArthur J, Cohen B, Selnes IO, Kumar A, Cooper K, Soucy J, Cornbleth D, Chaisel J, Wang MC, Starkey D, Binzbug H, Ostrow D, Johnson R, Phair J, Polk B.** Low prevalence of neurological and neuropsychological abnormalities in otherwise healthy HIV-1 infected individuals: Results from the multicenter AIDS cohort

- study. *Ann Neurol* 1989;26:601-609.
- 10- Miller EN, Selnes OA, McArthur JA, Satz P, Becker JT, Cohen BA, Sheridan K, Machado AM, Van Gorp MG, Viasscher B. Neuropsychological performance in HIV-1 infected homosexual men: The multicenter AIDS cohort study (MACS). *Neurology* 1990; 40:197-203.
 - 11- Janssen RA, Saykin AJ, Cannon L, Campbell J, Pinsky PF, Hessel NA, O'Malley PM, Lifson AR, Doll LG, Rutherford GW, Kaplan JE. Neurological and neuropsychological manifestations of HIV-1 infection: Association with AIDS-related complex but not asymptomatic HIV-1 infection. *Ann Neurol* 1989;26:592-600.
 - 12- Milkie FL, Eisdorffer CE, Morgan R, Lowenstein DH, Szapocznik J. Cognition in early human immunodeficiency virus infection. *Arch Neurol* 1990; 47:433-440.
 - 13- Stern Y, Harder K, Bell K, Chen J, Dooneief G, Goldstein S. Multidisciplinary baseline assessment of gay men with and without HIV infection. Neurological and neuropsychological findings. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:131-138.
 - 14- Engstrom JM, Lowenstein DH, Brodesen DE. Cerebral infarctions and transient neurologic deficits associated with acquired immunodeficiency syndrome. *Am J Med* 1989; 86:528-532.
 - 15- Solomon BF. Psychoneuroimmunology in human immunodeficiency virus infection. *Psychiatric Medicine* 1989. 7;2:47-57.
 - 16- Dilley JM, Ochitill HN, Perl M. Findings in psychiatric consultations with patients with acquired immune deficiency syndrome. *Am J Psychiatry* 1985;142:82-86.
 - 17- Faulstich ME. Psychiatric aspects of AIDS. *Am J Psychiatry* 1987;

144:551-556.

- 18- Feinstein AR. Clinical Epidemiology. The architecture of research. WB Saunders Co. Philadelphia. pp:12-24. 1985.
- 19- Beck AT, Ward CH, Mendelson N, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961;4:53-63.
- 20- Torres CH, Hernández ME, Ortega SNA. Validez y reproducibilidad del inventario para depresión de Beck en un hospital de cardiología. Salud Mental 1991;14:2:1-6.
- 21- Brabb JA. Psychiatric Rating Scales. En: Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive textbook of psychiatry. Williams & Wilkins, Baltimore. pp:534-542. 1989.
- 22- Lara MC y cols. Diferencias entre crisis de angustia y ansiedad generalizada en la escala de Hamilton para ansiedad. Salud Mental 1988;11:4:7-10.
- 23- Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. Brit J Med Psychol 1959;32:50-55.

FALLA DE ORIGEN

X.- ANEXOS

FALLA DE ORIGEN

FALLA DE ORIGEN

REGISTRO DE DATOS DEMOGRAFICOS

Por favor responda, lo más verazmente posible, a las aseveraciones que aparecen a continuación completando o marcando con una X en el espacio correspondiente. La información es totalmente confidencial.

1. Nombre: _____

2. Edad: ☐ Años 3. Sexo: 1 ☐ F 2 ☐ M

4. Domicilio: _____

Calle y Número Colonia Ciudad Estado Código Postal

5. Teléfono: _____

6. Estado Civil:

1 ☐ Soltero 2 ☐ Casado 3 ☐ Divorciado 4 ☐ Unión Libre 5 ☐ Viudo

7. Educación:

1 ☐ Sin educación escolar 2 ☐ Primaria completa 3 ☐ Primaria incompleta 4 ☐ Secundaria completa

5 ☐ Secundaria incompleta 6 ☐ Preparatoria o equivalente completa 7 ☐ Preparatoria o equivalente incompleta

8 ☐ Profesional 9 ☐ Posgrado

8. Ocupación:

1 ☐ Empleado 2 ☐ Obrero 3 ☐ Técnico 4 ☐ Profesionalista 5 ☐ Subempleado

6 ☐ Campesino 7 ☐ Hogar 8 ☐ Estudiante 9 ☐ Comerciante 10 ☐ Jubilado

11 ☐ Ninguna 12 ☐ Otras, especifique: _____

Si está desempleado ¿Cuál es la razón?

1 ☐ Por su padecimiento 2 ☐ Otros, especifique: _____

9. Situación Económica:

Ingreso mensual total (aproximado de su familia): _____

Número de personas que dependen de este ingreso: _____

Provee el mayor ingreso familiar: 1 ☐ Usted 2 ☐ Su esposo(a)

3 ☐ Su(s) hijo(s) 4 ☐ Otros, especifique: _____

10. Problemas médicos:

Problema de salud por el que acude al hospital: _____

O ANOTAR EN ESTE ESPACIO.

Fecha: ☐ ☐ ☐

Paciente N° ☐ ☐ ☐

Hospital: _____

Encuestador: _____

FALLA DE ORIGEN

A. **Antecedentes médicos y tiempo de evolución:** _____

B. **Exámenes de laboratorio actuales:** _____

C. **Examen hospitalario (incluir terapia medicamentosa, física, oxigenoterapia actual, etc.).** _____

D. **Diagnóstico psiquiátrico (Entrevista DSM-III R)**

1 ☐ SOC 2 ☐ SOC amnésico

3 ☐ Delirium 4 ☐ Demencia 5 ☐ Otro

Trastorno depresivos

1 ☐ Depresión mayor 2 ☐ Distimia 3 ☐ Reacción de ajuste depresiva

4 ☐ SOC afectivo 5 ☐ Otros, especifique: _____

FALLA DE ORIGEN

INVENTARIO DE BECK

En este cuestionario hay grupos de oraciones, por favor lee cada grupo cuidadosamente y elige la oración, de cada grupo, que mejor describe como se ha sentido esta última semana, incluyendo hoy. Marque con una X la oración que haya escogido. Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse a su caso marque sólo una. Asegúrese de leer todas las aservaciones en cada grupo antes de contestar.

- 1) ☐ No me siento triste.
☐ Me siento triste.
☐ Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme.
☐ Me siento tan triste o infeliz que ya no lo soporto.
☐ Me me siento desanimado acerca del futuro.
- 2) ☐ Me siento desanimado acerca del futuro.
☐ Siento que no tengo para que pensar en el porvenir.
☐ Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no puedan mejorar.
- 3) ☐ Me me siento como un fracasado.
☐ Siento que he fracasado más que otras personas.
☐ Conforme veo hacia atrás en mi vida todo lo que puedo ver son muchos fracasos.
☐ Siento que como persona soy un completo fracaso.
- 4) ☐ Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.
☐ No disfruto las cosas como antes.
☐ Ya no obtengo satisfacción de nada.
☐ Estoy insatisfecho y molesto con todo.
- 5) ☐ No me siento culpable.
☐ En algunos momentos me siento culpable.
☐ La mayor parte del tiempo siento algo culpable.
☐ Me siento culpable todo el tiempo.
- 6) ☐ No siento que seré castigado.
☐ Siento que puedo ser castigado.
☐ Creo que seré castigado.
☐ Siento que estoy siendo castigado.
- 7) ☐ No me siento descontento conmigo mismo.
☐ Me siento descontento conmigo mismo.
☐ Me siento a disgusto conmigo mismo.
☐ Me odio a mi mismo.
- 8) ☐ No siento que sea peor que otros.
☐ Me critico a mi mismo por mi debilidad y mis errores.
☐ Me culpo todo el tiempo por mis errores.
☐ Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9) ☐ No tengo ninguna idea acerca de suicidarme.
☐ Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría.
☐ Quisiera suicidarme.
☐ Me suicidaría si tuviera la oportunidad.
- 10) ☐ No lloro más que de costumbre.
☐ Llora más que antes.
☐ Llora todo el tiempo.
☐ Podía llorar pero ahora no puedo aunque quiera.

FALLA DE ORIGEN

- 1) ☐ Ahora no estoy mas irritable que antes.
☐ Me molesto o irrito m^{as} fácilmente que antes.
☐ Me siento irritado tod^o el tiempo.
☐ No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban.
- 12) ☐ No he perdido el interés en la gente.
☐ No me interesa la gente como antes.
☐ He perdido la mayor parte de mi interés en la gente.
☐ He perdido todo el interés en la gente.
- 13) ☐ Tomo decisiones tan bien como siempre.
☐ Tomo decisiones con más frecuencia que antes.
☐ Se me dificulta tomar decisiones.
☐ No puedo tomar decisiones en nada.
- 14) ☐ No me siento que me vea más feo que antes.
☐ Me preocupa que me vea viejo y feo.
☐ Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que, me vea feo.
☐ Creo que me veo horrible.
- 15) ☐ Puedo trabajar tan bien como antes.
☐ Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo.
☐ Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa.
☐ No puedo trabajar para nada.
- 16) ☐ Duermo tan bien como antes.
☐ No duermo tan bien como antes.
☐ Me despierto 1 ó 2 horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormirme.
☐ Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormirme.
- 17) ☐ No me canso más de lo habitual.
☐ Me canso más fácilmente que antes.
☐ Me canso de hacer casi cualquier cosa.
☐ Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa.
- 18) ☐ Mi apetito es igual que siempre.
☐ Mi apetito no es tan bueno como antes.
☐ Casi no tengo apetito.
☐ No tengo apetito en lo absoluto.
- 19) ☐ No he perdido peso o casi nada.
☐ He perdido más de 2.5 kilos.
☐ He perdido más de 5 kilos.
☐ He perdido más de 7.5 kilos.
☐ (Estoy a dieta SI NO).
- 20) ☐ Mi salud no me preocupa más que antes.
☐ Me preocupan molestias como dolor de cabeza, malestar estomacal, o estreñimiento.
☐ Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es difícil que pueda pensar en otra cosa.
☐ Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que no puedo pensar en otra cosa.
- 21) ☐ Mi interés por el sexo es igual que antes.
☐ Estoy menos interesado en el sexo que antes.
☐ Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo que antes.
☐ He perdido completamente el interés en el sexo.

FALLA DE ORIGEN

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

NÚMERO DEL PACIENTE _____

FECHA _____

CÓDIGO 0=ausente 1=intensidad leve 2=intensidad media 3=intensidad fuerte 4=intensidad máxima

HUMOR ANSIOSO	Inquietud, espere de lo peor, aprensión, (anticipación temerosa), irritabilidad.	
TENSION	Sensación de tensión, fatigabilidad, sobresaltos, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar, incapacidad de relajarse.	
MIEDOS	A la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a la multitud.	
INSOMNIO	Dificultad en permitir el sueño. Sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, sueños penosos, pesadillas, terrores nocturnos.	
FUNCIONES INTELECTUALES	Dificultad de concentración, mala memoria.	
HUMOR DEPRESIVO	Falta de interés, no disfrutar ya con los pasatiempos, depresión, insomnio de la madrugada, variaciones de humor durante el día.	
SINTOMAS SOMÁTICOS	Dolores y cansancio muscular, contracciones, rigidez, sacudidas mioclónicas, chirrido de dientes, voz poco firme, tono muscular aumentado.	
SINTOMAS SOMÁTICOS GENERALES	Zumbido de oídos, visión borrosa, sofocos, escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	
SINTOMAS CARDIOVASCULARES	Taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístoles.	
SINTOMAS RESPIRATORIOS	Peso u opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	
SINTOMAS GASTROINTESTINALES	Dificultad para tragar, meteorismo, dolor abdominal, sensación de ardor, plenitud abdominal, náusea, vómitos, burbujismo, sensación de estómago vacío, pérdida de peso, estreñimiento.	

FALLA DE ORIGEN

PSICOPATIA DE LA PERSONA ADULTA

SÍNTOMAS DEL SÍNDROME

SÍNTOMAS GASTROURINARIOS

Micciones frecuentes, urgencia de micción, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia

SÍNTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO

Boca seca, acoscos de rubor, palidez, transpiración excesiva, vértigo, cefalea de tensión, hormigueo

COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA

Agitado, inquieto o dando vueltas, manos temblorosas, codo fruncido, facies tensa, suspiros o respiración agitada, palidez, tragar saliva, eructos, rápidos movimientos de los tendones, midriasis, exoftalmos

ECORRAN

CONCACAN

EXACCIÓN
EXACCIÓN

EXACCIÓN
EXACCIÓN

EXACCIÓN
EXACCIÓN

EXACCIÓN
EXACCIÓN

EXACCIÓN
EXACCIÓN

EXACCIÓN
EXACCIÓN

EXACCIÓN
EXACCIÓN

EXACCIÓN
EXACCIÓN

FALLA DE ORIGEN

VERBOS DE ORIGEN