

381



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE DERECHO

SEMINARIO DE SOCIOLOGIA GENERAL Y JURIDICA

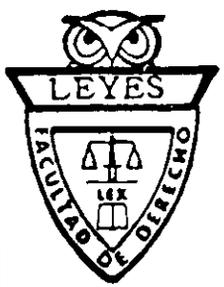
"ESTUDIO SOCIOJURIDICO DEL SIDA SUS CONSECUENCIAS SOCIALES Y POSIBLE REGULACION"

1097-82

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIADO EN DERECHO PRESENTA: GUZMAN AVELLANEDA RUTH

ASESOR DE LA TESIS: LIC. ARTURO HERNANDEZ BATA



MEXICO, D. F.

2000



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

SEMINARIO DE SOCIOLOGIA
FACULTAD DE DERECHO
GENERAL Y JURIDICA

**REQUISITOS PARA LA EXPEDICION DEL RECIBO DE TESIS PARA TRAMITES DE
EXAMEN PROFESIONAL**

A LOS COMPAÑEROS ALUMNOS EN TRAMITE DE EXAMEN PROFESIONAL:

SE LES COMUNICA QUE LA RECEPCION DE TESIS PROFESIONAL PARA EFECTOS DE TRAMITE RECEPCIONAL Y, EN CONSECUENCIA, LA EXPEDICION DEL RECIBO RESPECTIVO, SE SUJETARA A LO SIGUIENTE:

- 1) LA ATENCION SE LLEVARA A CABO DE 9:00 A 14:00 Y DE 17:00 A 20:00 HORAS DE LUNES A VIERNES.**
- 2) EL INTERESADO DEBERA ENTREGAR UN EJEMPLAR DE SU TRABAJO IMPRESO QUE INVARIABLEMENTE DEBERA CONTENER EL OFICIO DE TERMINACION DEL SUSCRITO POR SU ASESOR Y EL DE AUTORIZACION DE IMPRESION SUSCRITO POR EL DIRECTOR DEL SEMINARIO. NO SE RECIBIRAN TESIS CUYO OFICIO DE AUTORIZACION DE IMPRESION SE HUBIERE EXPEDIDO EN FECHA ANTERIOR A SEIS MESES DE SU PRESENTACION.**
- 3) LA TESIS DEBERA ESTAR EMPASTADA EN COLOR AZUL MARINO Y LETRAS DORADAS, EN TAMAÑO REGLAMENTARIO EXPRESANDO EN LA "COSTILLA" O "LOMO" EL NUMERO DE OFICIO POR EL QUE SE AUTORIZO SU IMPRESION, EL NOMBRE COMPLETO DEL AUTOR Y EL TITULO DE LA INVESTIGACION.**
- 4) EL ALUMNO DEBERA EXHIBIR SU TARJETON DE INSCRIPCION AL SEMINARIO, PARA LA ANOTACION DE CANCELACION PROCEDENTE.**
- 5) LA ENTREGA DEL RECIBO CORRESPONDIENTE SE HARA DENTRO DE LAS 24 HRS. SIGUIENTES A LA PRESENTACION DE LA TESIS Y SOLO SERA VALIDO SI APARECE EL SELLO Y LA FIRMA DEL DIRECTOR DEL SEMINARIO, LA VIGENCIA DE ESTE DOCUMENTO SERA DE SEIS MESES A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICION.**

A T E N T A M E N T E .
"POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"

LIC. PABLO ROBERTO ALMAZAN ALANIZ
DIRECTOR DEL SEMINARIO



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

FACULTAD DE DERECHO
SEMINARIO DE SOCIOLOGIA
GENERAL Y JURIDICA

No. L/36/00

ING. LEOPOLDO SILVA GUTIERREZ
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACION
ESCOLAR DE LA U.N.A.M.
P R E S E N T E .

La pasante de la licenciatura en Derecho **GUZMAN AVELLANEDA RUTH**, solicitó inscripción en este H. Seminario a mi cargo y registró el Tema intitulado.

"ESTUDIO SOCIOJURIDICO DEL SIDA SUS CONSECUENCIAS SOCIALES Y POSIBLE REGULACION", asignándose como asesor de la tesis al LIC. ARTURO HERNANDEZ BATA.

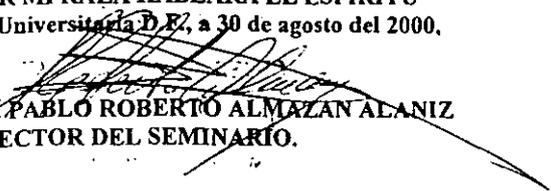
Al haber llegado a su fin dicho trabajo, después, de revisarlo su asesor; lo envió con la respectiva carta de terminación considerando que reúne los requisitos que establece el Reglamento de Exámenes Profesionales.

Apoyado en este dictamen, en mi carácter de Director del Seminario, tengo a bien autorizar su **IMPRESIÓN**, para ser presentado ante el Jurado que para efecto de Examen Profesional se designe por esta Facultad de Derecho.

El interesado deberá iniciar el trámite para su titulación dentro de los seis meses siguientes contados de día a día a aquél en que le sea entregado el presente oficio, en el entendido de que transcurrido dicho lapso sin haberlo hecho, caducará la autorización que ahora se le concede para someter su tesis a examen profesional, misma autorización que no podrá otorgarse nuevamente sino en el caso de que el trabajo recepcional conserve su actualidad y siempre que la oportuna iniciación del trámite para la celebración del examen haya sido impedida por circunstancia grave, todo lo cual calificará la Secretaría General de la Facultad.

Reciba usted un respetuoso saludo y las seguridades de mi más alta consideración.

A T E N T A M E N T E
"POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"
Cd. Universitaria D.F., a 30 de agosto del 2000.


LIC. PABLO ROBERTO ALMAZAN ALANIZ
DIRECTOR DEL SEMINARIO.

A DIOS:

POR SU DIVINA PRESENCIA EN MI EXISTENCIA.

A LA MEMORIA DE MI PADRE:

RODOLFO GUZMÁN PALACIOS.

POR TODO SU AMOR, CARIÑO Y CONSEJOS, QUE A LO LARGO DE MI TRAYECTORIA POR LA VIDA HAN SIDO FUNDAMENTALES EN LA REALIZACIÓN DE MIS PROYECTOS Y METAS. QUE DIOS TE BENDIGA Y TE TENGA EN UN BUEN LUGAR.

A MI MADRE:

HORTENSIA AVELLANEDA RODRÍGUEZ.

GRACIAS LE DOY A DIOS, POR TENER LA FORTUNA DE TENER UNA MADRE TAN BUENA Y BELLA, COMO TU. GRACIAS POR TODO LO QUE ME HAS DADO.

A MI ABUELITA:

VICTORIA.

POR TODO EL AMOR Y APOYO BRINDADO CUANDO MÁS LO NECESITO.

A MIS TIOS:

FRANCISCO Y LINDA.

POR SER EJEMPLO DE LUCHA Y PERSEVERANCIA POR LO QUE SE AMA.

A MIS HERMANOS:

RODOLFO, PEDRO, CARO Y MARY. POR LO QUE SIGNIFICAN.

A MIS MAESTROS:

POR QUIENES E LOGRADO DIA CON DIA LA SUPERACION PERSONAL Y SON QUIENES ILUMINAN CON SU SABIDURÍA Y CONSEJO, MI MAR DE TINIEBLAS Y OSCURIDAD. MUY EN ESPECIAL AL LICENCIADO ARTURO HERNÁNDEZ BATA. POR DEPOSITAR EN MI TODO SU APOYO Y CONFIANZA. ; GRACIAS !

AL INER:

POR SER LA INSTITUCIÓN, QUE ME HA BRINDANDO TODO SU APOYO CUANDO MÁS LO HE NECESITADO, Y DE LA CUAL ME SIENTO MUY ORGULLOSA EN PERTENECER COMO PARTE DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE SALUD.

A MIS AMIGOS:

*JOSE ANGEL, OSCAR, LUZ DEL CARMEN, Y NIEVES.
POR ESCUCHARME Y AYUDARME DESINTERESADAMENTE EN LA SOLUCION DE MIS PROBLEMAS, Y PRINCIPALMENTE POR ACEPTARME TAL COMO SOY.*

A LOS AUSENTES:

A TODOS MIS SERES QUERIDOS, QUE SE ME ADELANTARON Y COMPARTEN YA, EL CIELO JUNTO AL CREADOR, SIEMPRE LOS LLEVO EN MI MENTE Y CORAZON.

A MI FUTURA FAMILIA:

A MI ESPOSO E HIJOS, QUIENES SIEMPRE HAN FORMADO, PARTE DE UN GRAN SUEÑO E ILUSION; Y DE LOS CUALES, AUN SIN CONOCER, SON PRINCIPAL FUENTE DE INSPIRACIÓN EN MI REALIZACIÓN COMO MUJER Y PROFESIONAL.

ESTUDIO SOCIOJURÍDICO DEL SIDA, SUS CONSECUENCIAS SOCIALES Y POSIBLE REGULACIÓN

ÍNDICE

Pág.

PRÓLOGO

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

1.1.	ORIGEN DE ESTA ENFERMEDAD.	1
1.2.	EVOLUCION DEL PADECIMIENTO EN MÉXICO.	4
1.2.1.	FRECUENCIA.	5
1.2.2.	TENDENCIA.	5
1.2.3.	EDAD.	5
1.2.4.	SEXO.	5
1.2.5.	RESIDENCIA.	5
1.2.6.	ACTIVIDAD.	6
1.2.7.	HABITOS SEXUALES.	6
1.2.8.	FACTOR DE RIESGO POR TRANSMISIÓN SEXUAL.	6
1.2.9.	FACTOR DE RIESGO POR TRANSFUSIÓN DE SANGRE, CONTAMINADA CON HIV.	7
1.2.1.1.	DROGADICCION INTRAVENOSA.	8
1.2.1.2.	CONTAGIO SEXUAL.	8
1.2.1.3.	OTRAS FORMAS DE CONTAGIO.	8
1.2.1.4.	USO DEL CONDON.	8
1.2.1.5.	EDUCACIÓN.	9
1.2.1.6.	ATENCIÓN MÉDICA.	9
1.2.1.7.	FACTORES PRONOSTICOS.	9
1.2.1.8.	NECESIDAD DE INFRAESTRUCTURA.	10
1.2.1.9.	VACUNAS.	10
1.3.	SIGNOS Y SÍNTOMAS MÁS COMUNES.	11
1.3.1.	ETAPAS DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA.	12
1.3.2.	SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD.	13
1.3.3.	MECANISMOS DE TRANSMISIÓN.	13
1.3.4.	PROPUESTA DE CAMBIO EN EL LENGUAJE EN TORNO AL VIH/SIDA.	15
1.3.5.	DIFERENCIA ENTRE EL SIDA Y OTRAS ENFERMEDADES CONTAGIOSAS.	16

CAPITULO II.

MARCO JURÍDICO DEL SIDA EN EL DERECHO DE FAMILIA.

2.1.	CODIGO CIVIL PARA EL DISTRITO FEDERAL.	18
2.2.	CODIGO DE PROCEDIMIENTOS CIVILES PARA EL	20
2.3.	DISTRITO FEDERAL.	
2.4.	CODIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL.	20
2.4.1.	CÓDIGO PENAL. DEL PELIGRO DE CONTAGIO.	20
2.3.2.	CÓDIGO PENAL. TÍTULO DÉCIMONOVENO DELITOS CONTRA LA VIDA Y LA INTEGRIDAD CORPORAL. CAPITULO I. LESIONES.	21
2.3.3.	CÓDIGO PENAL. CAPITULO II. HOMICIDIO.	22
2.3.4.	CÓDIGO PENAL. CAPITULO VII. ABANDONO DE PERSONAS.	23
2.5.	LEY GENERAL DE SALUD. CAPITULO II. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.	23
2.4.1.	LEY GENERAL DE SALUD. TÍTULO DÉCIMOSEXTO AUTORIZACIONES Y CERTIFICADOS. CAPITULO I. AUTORIZACIONES. LEY GENERAL DE SALUD.	26
2.6.	INSTITUCIONES.	26
2.5.1.	CONASIDA	27
	ORIGEN Y ESTRUCTURA ACTUAL	
2.5.2.	OBJETIVOS GENERALES.	29
2.5.3.	OBJETIVOS ESPECIFICOS.	30
2.5.4.	REDUCCIÓN DEL IMPACTO INDIVIDUAL Y SOCIAL.	31
2.5.5.	MOVILIZACIÓN Y UNIFICACIÓN DE ESFUERZOS NACIONALES.	31
2.5.6.	INVESTIGACIÓN.	32
2.5.7.	DECRETO POR EL QUE SE CREA EL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SÍNDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.	32
2.5.8.	AMIGOS VOLUNTARIOS EN EDUCACIÓN Y SERVICIOS (AVES).	35
2.5.8.1.	OBJETIVO GENERAL.	36
2.5.8.2.	SERVICIOS QUE OFRECE AVES.	36
2.5.8.3.	ALCANCE Y COLOCACIÓN.	36
2.5.8.4.	MANEJO DE CASOS.	37
2.5.8.5.	SALUD MENTAL.	37
2.5.8.6.	GRUPOS DE APOYO.	38
2.5.8.7.	ALCANCE Y CAPACITACIÓN PARA MUJERES HISPANAS.	38
2.5.8.8.	EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN COMUNITARIA.	38
2.5.8.9.	SALUD DENTAL.	39
2.5.9.	CAPACITACION EN EL HOGAR.	39
2.5.9.1.	ACTIVIDADES SOCIALES Y DE RECREO.	39

2.5.9.2. PROYECTOS ESPECIALES.	40
2.5.9.3. LÍNEA DE INFORMACIÓN.	40
2.5.9.4. PROGRAMAS PARA VOLUNTARIOS.	40
2.6. SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (D I F).	40
2.7. COMISION NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS.	41
2.7.1. REGULACION PARA EL MANEJO DE PERSONAS INFECTADAS POR (HIV) EN CENTROS HOSPITALARIOS.	42
2.7.2. EVASIÓN DEL SIDA Y PREVALENCIA DE LA RENUENCIA A DAR TRATAMIENTO.	43
2.7.3. TEMOR AL CONTAGIO Y RIESGO LABORAL.	45
2.7.4. FACTORES QUE SE ASOCIAN CON LA EVASIÓN DEL SIDA.	46
2.7.5. REGULACIÓN DEL ACTUAR DE LAS PERSONAS INFECTADAS POR HIV, FRENTE A LA SOCIEDAD.	47

CAPITULO III. ASPECTO SOCIOLOGICO.

3.1. EL SIDA COMO RIESGO SOCIAL.	49
3.1.1. EL IMPACTO DEL SIDA EN LA SEXUALIDAD.	51
3.1.2. LA CONSTRUCCIÓN DE LA IMAGEN SOCIAL DEL SIDA.	51
3.2. REACCIÓN DE LA FAMILIA Y DE LA SOCIEDAD EN RELACIÓN A ESTA ENFERMEDAD (SIDA).	52
3.3. MANEJO QUE DAN LAS INSTITUCIONES DE SALUD A ESTA ENFERMEDAD (SIDA) PARA SU PREVENCIÓN CONTROL Y TRATAMIENTO.	53
3.3.1. TRASTORNOS DE AJUSTE.	54
3.3.2. TRASTORNOS AFECTIVOS.	55
3.3.3. DEPRESIÓN MAYOR.	55
3.3.4. TRASTORNOS DE ANSIEDAD.	57
3.3.5. TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS.	57
3.3.6. SÍNTOMAS PSICOTICOS.	59
3.3.7. TRASTORNOS ORGANICOS DEL ESTADO DE ANIMO.	59
3.3.8. TRATAMIENTO, PSICOFARMACOLOGIA. FUNDAMENTOS GENERALES.	60

CAPÍTULO IV

4.1. EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS FRENTE AL SIDA.	68
4.2. EDUCACION A LA SALUD, AL ENFERMO, FAMILIA Y TRABAJADORES DE LA SALUD SOBRE ESTA ENFERMEDAD.	69
4.3. EL APOYO PSICOLOGICO AL ENFERMO Y FAMILIA.	70
4.4. TRATAMIENTO Y READAPTACION A LA SOCIEDAD.	75
4.5. EL MANEJO DE MATERIAL Y EQUIPO EN LAS INSTITUCIONES.	76
4.5.1. CLASIFICACIÓN DE LOS RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICOS INFECCIOSOS.	80
4.5.5.1 CLASIFICACIÓN PROPUESTA POR EL CEPIS.	81
4.5.5.2. CLASIFICACIÓN SIMPLIFICADA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD PARA PAISES EN VÍAS DE DESARROLLO.	84
4.5.5.3. CLASIFICACION ALEMANA.	85
4.5.5.4. CLASIFICACIÓN DE LA AGENCIA DE PROTECCIÓN AMBIENTAL DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (Environmental Protection Agency, EPA).	87
4.5.5.5. NORMA OFICIAL MEXICANA.	88
4.6. LA NECESIDAD DE CREAR UN ÁREA ESPECIFICA CON PERSONAL ALTAMENTE CALIFICADO PARA EL MANEJO Y ATENCIÓN DE ESTE TIPO DE PACIENTES.	89
4.6.1. BIOSEGURIDAD DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE SALUD EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.	91
4.6.2. PLAN DE CONTINGENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.	92
4.6.3. CONSIDERACIONES ÉTICO AMBIENTALES EN LA MANIPULACIÓN DE LOS RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO INFECCIOSOS.	93
4.6.4. CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ DE MANEJO DE RESIDUOS.	95
4.6.5. RESPONSABILIDAD DEFINIDA.	95
PROPUESTAS	97
CONCLUSIONES.	100
GLOSARIO MEDICO.	102
BIBLIOGRAFÍA.	105

PROLOGO

El SIDA constituye un problema de salud pública que afecta al mundo entero. En la actualidad es mortal, y todavía no se dispone de una vacuna que permita prevenirlo y tratarlo eficazmente. Debido a los mecanismos de transmisión que lo caracterizan, plantea un problema de ética complejo, no sólo a quienes lo padecen o pueden padecerlo en la población sino también al personal de salud que presta atención médica. Se trata de dilemas éticos, morales, legales y médicos, de difícil resolución.

El equipo interdisciplinario de salud centra su atención en el ser humano, en continua evolución, y capaz de dar respuestas adaptativas a los procesos normales y patológicos. Esta adaptación del hombre tiende a lograr un equilibrio cuyo resultado es la salud y la interrupción de la enfermedad. La enfermería como profesión es un servicio de salud que pretende proporcionar cuidado al individuo, a la familia y al grupo, en diferentes entornos.

Las enfermeras profesionales originariamente son proveedoras de atención de salud, y participan en un amplio rango de promoción de la salud y en actividades educacionales. Esta función se extiende al cuidado de pacientes con enfermedades agudas y crónicas.

El equipo interdisciplinario de salud no se puede negar a dar atención a pacientes con SIDA, y tiene la obligación moral de prepararse adecuadamente en todo lo concerniente al SIDA, para brindar atención segura, de calidad, aplicando todas las medidas y precauciones universales ya establecidas.

El miedo, con frecuencia se observa en el personal que atiende a este tipo de enfermos con SIDA, particularmente en las enfermeras, debido al contacto directo con los pacientes, situación que afecta tanto en lo personal como en la calidad del cuidado que brindamos al paciente.

El conocimiento de las causas que producen esta ansiedad y otras emociones resulta inútil para manejar la situación apropiadamente, es por ello mi preocupación como enfermera y parte de este equipo interdisciplinario de salud del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, que me resulta de gran utilidad y aportación a nuestro conocimiento y cultura en general dar a conocer las formas de manejarlo y superarlo, así como informar mediante una investigación científica sobre los avances que hasta hoy en día, se han dado en forma general respecto del padecimiento.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la tendencia y magnitud esperada de la epidemia del SIDA son tales que el personal de salud, en general, en algún momento de su ejercicio profesional, se verá atendiendo a alguna persona portadora del VIH o con SIDA.

Con mayor frecuencia el médico, trabajador social, enfermera o psicólogo se encuentran ante una persona a la que juzgan necesario practicarle los análisis sanguíneos para la detección de anticuerpos contra el VIH o se ven ante la situación de tener que entregar un resultado positivo de VIH a alguna persona o familiar, sin contar con el entrenamiento y los conocimientos para dar la asesoría necesaria antes de la prueba o bien para reducir el impacto emocional y psicosocial que provoca el ser informado de un resultado positivo.

Recibir la notificación de algo que pone en peligro la integridad física, sin lugar a duda representa un impacto a la estabilidad emocional de cualquier ser humano, más aún si la enfermedad de que se trata es incurable. Si a todo ello se agrega que la enfermedad, por su medio de transmisión involucra la intimidad sexual de cada individuo, y que las personas afectadas están injustamente sujetas a estigmatización y marginación social, la descompensación emocional provocada es mayor.

Ante una crisis o estrés psicosocial, las reacciones del individuo pueden oscilar desde el ajuste con angustia, propia de cualquier proceso adaptativo, hasta problemas de mayor gravedad que incluso requieran de atención psicológica y/o psiquiátrica específica. Pero hay muchas cosas que cualquier profesionista o trabajador de la salud puede hacer para reducir el impacto y no provocar mayor daño a la persona que sufre.

La presente investigación tiene como primordial objetivo poner a la disposición de cualquier profesionista del equipo interdisciplinario de salud, los elementos básicos y puntos de apoyo en lo social, jurídico, psicológico y emocional que se deben brindar al enfermo portador del virus VIH y a la familia para el mejor transitar por su caminar en este mundo; y de igual forma dar a conocer a toda la humanidad que la mejor forma de prevenir el SIDA, mientras se encuentra la cura, es la prevención, es decir sexo seguro y solo con tu pareja.

Es importante de igual forma no olvidar, que esta enfermedad no es exclusiva de nadie y que cualquiera de nosotros, por el motivo que sea puede ser portador del virus del VIH, y que por lo mismo en lugar de recriminar y marginar a nuestros hermanos, debemos unirnos y hablar el mismo idioma la educación y prevención siempre de la mano.

Asimismo, se describen las descompensaciones y manifestaciones psicológicas más frecuentes en la población afectada por el VIH/SIDA. Esto reviste singular importancia, puesto que dependiendo de la comprensión que el personal de salud pueda tener sobre este proceso, se favorecerá la adaptación funcional del paciente, mejorando así su calidad de vida.

Finalmente se ofrecen algunas alternativas de apoyo para las personas con riesgos de adquirir la infección o que ya viven con VIH/SIDA, basadas fundamentalmente en la información y que no requieren de personal altamente especializado para su replicación, como son: los grupos de información y los talleres de sexo seguro y de buen morir.

La intención de CONASIDA es compartir su experiencia con todos aquellos que, sin ser necesariamente psicólogos, psiquiatras, psicoterapeutas o psicoanalistas, día a día atienden a personas en riesgo o afectadas por el VIH/SIDA.

CAPITULO I

1.1. ORIGEN DE ESTA ENFERMEDAD.

El descubrimiento del SIDA se realizó a partir de la investigación de dos hechos aparentemente no relacionados en lugares alejados el uno del otro en EE.UU. en 1981. El primer acontecimiento notificado fue un brote de cinco casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* en varones jóvenes en la ciudad de los Angeles; el segundo hecho fue un informe de ocho casos de sarcoma Kaposi, también en varones, jóvenes, en la ciudad de Nueva York. (1)

Lo extraño de estos casos era que ambos sucesos se habían observado previamente en individuos con fallas en el sistema inmunológico, lo que no era aparente en estos casos; más bien, el elemento común entre estos individuos afectados era su homosexualidad activa.

Estos dos brotes dispares ocurrieron durante un periodo en el que la comunidad de homosexuales había disfrutado de una libertad nunca antes experimentada. Sin embargo debido a un cambio en el ambiente en el ámbito nacional, se percibía que los miembros de esta comunidad estaban más amenazados que en el pasado inmediato.

No podía preverse el impacto de la publicación de estos 13 casos de "epidemia en homosexuales" en dicha comunidad. El CCE (Centro para Control de Enfermedades) envió un equipo de investigadores para determinar por qué tales enfermedades oportunistas se presentaron en individuos aparentemente sanos. La investigación pronto se centró sobre lo que se había descrito como la "vía rápida" del estilo de vida de los homosexuales.

Lo que afligía en particular a muchos entre la comunidad de homosexuales era la rapidez con la cual la enfermedad se etiquetó como una "epidemia en homosexuales". Por otra parte, lo que preocupaba a los investigadores de CCE era que la neumonía por *Pneumocystis carinii* y el sarcoma de Kaposi posiblemente resultaban de causa desconocida que de alguna manera destruían la capacidad inmunológica del cuerpo.

Igualmente alarmante fue la propagación rápida y repentina de la enfermedad, de los primeros 13 casos notificados a finales de la primavera de 1981, a 129 en septiembre del mismo año. En enero de 1982 este número había llegado a 259, aumentando a 514 en julio de ese año. Esto representó una duplicación de los casos cada cinco meses, sin una disminución a la vista (Programa del SIDA, 1986; CCE, 1982; 1982; Choi, 1985). Al principio casi todos los casos se presentaron en varones homosexuales o bisexuales, lo que llevó a los epidemiólogos de CCE a estudiar las prácticas de la comunidad de homosexuales que pudieron causar una falla en el sistema inmunológico.

(1) Romo García, Javier; Salido Rengell, Francisco. "SIDA- El Manejo del Paciente con HIV"; Segunda Edición, Edit. El Manual Moderno, México D. F., p. P. 260.

Los investigadores consideraron varios factores. Debido a que casi todos los primeros individuos afectados eran sexualmente muy activos con múltiples compañeros en ocasiones anónimos, la naturaleza de sus vidas sexuales se convirtió en el foco de atención. (2)

Entre los factores que se identificaron y consideraron de manera importante aunque breve, están los siguientes: amplio uso de estimulantes (nitratos de butilo y amilo); el semen como inmunosupresor por sí mismo; episodios múltiples de enfermedades de transmisión sexual y el impacto de una vida sexual frenética. Mientras que estas causas hipotéticas eran publicadas en la prensa popular y técnica, surgieron otros grupos de afectados, uno de haitianos y otro que usaba drogas intravenosas.

La mayoría del público por lo general sentía tan poca simpatía por estos dos grupos como por los miembros de la comunidad de homosexuales. Ya habían surgido varias preguntas acerca de la naturaleza venérea de la enfermedad. Algunos científicos notaron casi desde el inicio la similitud en el patrón de propagación del SIDA y la hepatitis B, y formularon preguntas sobre la posibilidad de un vector no venéreo (Seale, 1984). Esta conclusión destacó al descubrirse que quienes usaban drogas intravenosas también estaban afectados por la enfermedad.

Los haitianos representaban un grupo más difícil de acomodar en el patrón del SIDA. La naturaleza de su inmigración a EE.UU., su pobreza y su color eran factores que disminuían la simpatía entre el público. Los entrevistadores intentaron descubrir si los inmigrantes haitianos con SIDA pertenecían a uno de los primeros grupos de personas con SIDA, pero finalmente concluyeron que formaban una categoría diferente. Después se descubrió que, en gran parte, los entrevistadores no pudieron comunicarse de manera comprensiva con los pacientes, que en su mayoría podían haberse asignado a otra categoría de riesgo. La inclusión de los haitianos como grupo de riesgo fue desechada posteriormente por C. C. E.(3).

Se sospecha que la enfermedad nació en África Central, ya que desde 1909, se sabe que la región Ecuatorial del África ha sido la base de una variedad de padecimientos ligados con retrovirus, por lo que se considera que éste es el origen más probable de la enfermedad (SIDA).

Cada vez más se considera que la enfermedad tuvo su origen a raíz del contacto sexual del ser humano con los animales (mono verde).

Algunos científicos piensan que la enfermedad viajó de África a los Estados Unidos a través de muestras de sangre contaminada por el VIH, y se presume que ciertas compañías hayan sido las probables responsables de la diseminación de esta -

(2) Allain J. P. ; Prevalence of HTLV-III/LAV Antibodies in Patients with Hemophilia and in their Sexual Partners in France. *New England Journal Medicine* 315: 317, 1986.

(3) Anonymous; Needlestick Transmission of HTLV-III from a Patient Infected in Africa. *Lancet* 2: 1376-1377, 1984.

enfermedad, ya que se dedicaban al contrabando de sangre y órganos humanos; y la sangre la extraían por vía intravenosa de consumidores de drogas, y por tal motivo se dice que éstas fueron las primeras en haber introducido el virus infectante a la población de Estados Unidos. (4)

Está teoría en la que el microorganismo pudo haber tenido su origen en algunos laboratorios, como consecuencia de experimentos para la construcción de armas biológicas, sin embargo, la mayoría de los científicos prefieren la hipótesis de que el virus es tan antiguo como el hombre mismo, y que su origen ha sido en África, en la zona de lago Victoria, en donde existen algunas especies de monos como los macacos y los monos verdes, y que a causa de recientes mutaciones, el virus parece haberse "equipado", para agredir al hombre, después de haberse manifestado por primera vez en Haití.

Otra hipótesis es que el virus HTLV III, proviene del África Central de aquellos lugares insalubres y que experimentó su transformación en los cordones de miseria de las ciudades africanas. Cuando los trabajadores haitianos regresaron de la República de Zaire en la década de los setenta, y diseminaron el virus en Haití, país favorito de norteamericanos que visitaban prostíbulos de homosexuales.

Por vía semejante, la enfermedad pudo haberse penetrado en Europa, por el contacto de Francia, Bélgica, Inglaterra, y Portugal, con sus ex-colonias africanas. Hoy en día la enfermedad ha comenzado a diseminarse en la mayoría de los países del mundo.

Otra hipótesis fue la de que antes de aislar al virus HTLV III y ubicarlo en la categoría de los retrovirus, se pensó que éste se había desarrollado en forma autónoma dentro de la complejidad de desórdenes y desarreglos que a nivel inmunológico tiene lugar en los homosexuales masculinos. (5)

Hoy en día se sabe que el virus HTLV III es "MUTANTE", es decir, que tiene la capacidad de cambiarse así mismo, de alterar su propia estructura genética.

Hay científicos que dicen que el virus HTLV III, era el causante de un tipo raro de leucemia, el cual había perdido la habilidad de producir ese cáncer, desarrollando la capacidad de destruir las células linfocíticas T4.

Algunos estudios sugieren una conexión positiva entre el abuso de nitritos y el riesgo del SIDA. Sin embargo, los resultados de estudios de casos controlados indican que ya no se consideran más como un factor importante en el origen de este padecimiento.

(4) SEPÚLVEDA, Amor Jaime. El SIDA, la Enfermedad del Siglo.
Ed. Diana, México, 1ª. Ed., 1988, p. 17.

(5) SEPULVEDA, Amor Jaime. El SIDA, La Enfermedad del Siglo.
Ed. Diana, México, 1ª. Ed., 1988, p.22.

Más aún, se ha demostrado en animales que los nitritos no son inmunotóxicos. Sin embargo no se ha descartado su control como cofactor de este síndrome. Las autoridades médicas han llegado al acuerdo de que el (VIH), es el agente etiológico del SIDA, y que pertenece a la familia de los "RETROVIRUS".(6)

CONCEPTO DE RETROVIRUS.- Virus RNA que tiene una enzima (transcriptasa reversa) que puede causar la elaboración de una copia de DNA del RNA viral. Los retrovirus causan sarcomas y leucemias en animales y leucemias y SIDA en el hombre. A este virus se le han otorgado diferentes denominaciones, como las siguientes:

En mayo de 1983, el Dr. Luc Montagnier y Cols, lo denominaron Virus Asociado con Linfadenopatía, esto ocurrió en el Instituto Pasteur en Francia.

En mayo de 1984, el Dr. Robert Gallo y Cols, lo llamaron Virus Linfotrópico Tipo III de las Células T Humanas, esto fue en el Instituto Nacional del Cáncer en los Estados Unidos de Norteamérica.

En agosto de 1984, el Dr. Jay Levy y Cols, Virus relacionado al SIDA, esto fue en la Escuela de Medicina en la Universidad de California.

El nombre definitivo del virus fue establecido por el Comité Internacional sobre la Taxonomía de los virus, recomendando el nombre en inglés " HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS ", la Organización Mundial de la Salud, recomendó a la vez el uso de los nombres equivalentes en francés y español "VIRUS DE IMMUNODEFICIENCIE HUMAINE", y VIRUS DE IMMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), estos nombres sustituyen a las siglas o, a los nombres que representan los virus HTLV III, L.A.V. , o A.R.V. , estas eran las siglas de mayor uso, hasta antes de la aparición de esta recomendación". (7)

1.2. EVOLUCION DEL PADECIMIENTO EN MÉXICO.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) apareció como de la nada en la primavera de 1981, al parecer se presentó por primera vez en 1979, pero llamó la atención de la comunidad médica en 1981.

Síndrome, significa un conjunto de signos y síntomas iguales, que ayudan a identificar a una enfermedad particular como en este caso lo es el SIDA.

Inmunodeficiencia, significa los deficientes mecanismos de defensa corporal que reaccionan en contra de infecciones.

(6) Volberding, Sande, "Manejo Médico del SIDA"; 3ª. Edición, Edit. Interamericana McGraw-Hill, México D. F., 1994.

(7) SEPÚLVEDA, Amor Jaime. El SIDA, la Enfermedad del Siglo.
Ed. Diana, México, 1ª. ed., 1988, p.33.

Adquirida, significa, en oposición a heredado, y por lo tanto como esta inmunodeficiencia se ha considerado como un defecto adquirido, más bien que hereditario, se denominó Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

El porqué apareció el SIDA hasta los últimos años de la década de los setenta, se ignora científicamente pero se ha constituido en México como la primordial enfermedad. Prueba de ello es la creciente cantidad de casos notificados a nivel mundial y nacional.

1.2.1 FRECUENCIA.

Fue a partir del año 1983 cuando se efectuó el primer diagnóstico de SIDA en México, en su inicio de modo insidioso, y posteriormente como epidemia. En el Hospital General de México, S.S.A dada la importancia de la situación se llevó un registro sistematizado de la información a partir del último trimestre de 1985, de tal forma que para enero de 1995 se rebasaron los 2000 casos registrados de pacientes infectados por HIV; de los cuales, en la actualidad, el 90% tienen SIDA y el resto son portadores.(8)

1.2.2 TENDENCIA.

La incidencia ha evolucionado de manera logarítmica ascendente, hasta 1990 y después, sigue un patrón de crecimiento amortiguado en el cual el número de nuevos casos por año es de alrededor de 275, considerando hasta el año de 1994.

1.2.3 EDAD.

La afectación del padecimiento (SIDA), se dio entre los 20 y 40 años de edad al inicio de los registros con un promedio de 31 años y luego se observó una tendencia discreta a la elevación del promedio de edad en los últimos tres años, de tal manera que actualmente es casi de 34 años; lo cual constituye un mal pronóstico al indicar el temprano, frecuente e irresponsable ejercicio de las relaciones sexuales por adolescentes que lamentablemente están engrosando las estadísticas.

1.2.4 SEXO.

La relación hombre/mujer ha permanecido sin variación en el periodo 1994-1999.

(8) Volberding, Sande. Loc. Cit. p. p. 234.

1.2.5. RESIDENCIA.

La población estudiada procede de la Ciudad de México en 59.2% de los casos y, el resto de otros estados en especial del Estado de México y Veracruz; o incluso del extranjero; por ejemplo, el dos por ciento procede de EE.UU.

1.2.6. ACTIVIDAD.

La diversidad de ocupaciones en nuestra población es amplia y no existe predominio por actividad alguna entre heterosexuales, si acaso entre homosexuales una preferencia por dedicarse con mayor frecuencia a preparación de alimentos, estéticas, danza, etc., sin una tendencia definitiva.

1.2.7. HABITOS SEXUALES.

Los homosexuales y bisexuales predominan como población afectada y representan globalmente el 56%. Los heterosexuales varones representan el 30% del total, y las mujeres el 14%, estas últimas, con una tendencia a la alta como se aprecia en el resto del mundo.

1.2.8. FACTOR DE RIESGO POR TRANSMISIÓN SEXUAL.

Las relaciones sexuales son el principal factor de riesgo para contraer el HIV, el 87.4% al que se suma alrededor del 10% de factores mixtos (sexual y transfusión o donación remunerada de sangre) por lo que la promiscuidad es el principal elemento que, para estos fines, debe conceptuarse factor epidemiológico, desde un punto de vista técnico.(9)

Bastan dos personas, con una de ellas infectada para que pueda llevarse a cabo dicha cadena de transmisión, independientemente de juicios psicológicos, sociológicos, morales o religiosos. En ocasiones una o pocas relaciones sexuales son suficientes para infectarse con el virus y el problema avanza silenciosamente de una persona a otra antes de un diagnóstico oportuno.

(9) Sánchez Azcona, Jorge: "Familia y Sociedad". 3ª. Edición, Grupo Editorial Planeta, México, 1980 p. p. 15.

Los factores del huésped pueden ser:

El tipo de relación sexual, la frecuencia de las mismas, protección con condón o no, el uso de nitrito de amilo, la presencia de enfermedades venéreas como sífilis, chancro blando, linfogranuloma venéreo etcétera.

El homosexual por realizar el coito anal, evoluciona con frecuencia a un bloqueo inmunitario por depósito de semen en recto, absorción material genético, reconocimiento inmunitario y paralización del mismo, debido en parte al exceso y calidad de información, conduciendo al sujeto a una inmunodepresión celular por este solo factor, por lo que es una persona más susceptible en relación a heterosexuales que no practican el coito anal para adquirir la infección por el HIV, pues el colon es un tejido diseñado para la absorción y no para funcionar como vagina, la cual es relativamente impermeable y más elástica que el colon y recto. La penetración por vía rectal es traumática y favorece el asentamiento de diferentes agentes.(10)

1.2.9. FACTOR DE RIESGO POR TRANSFUSIÓN DE SANGRE, CONTAMINADA CON HIV.

Las transfusiones de sangre representan el nueve por ciento de nuevos casos, desde el año de 1992. Este mecanismo de transmisión requiere para su control de muchos elementos técnicos y humanos que no deben fallar, la capacitación del personal de laboratorio.

En 1987, México se apresuró a establecer legislación en esta materia, otra cosa es la responsabilidad del manejo de la sangre.

La prevención de la transmisión sexual del VIH se basa en una modificación del comportamiento; la participación de la sociedad en general es imprescindible para el cambio sostenido necesario para alterar significativamente la epidemia del SIDA. Es importante que se ejerza una intensa y bien dirigida estrategia para la prevención y control de la infección por VIH.(11)

Se brinde adecuada atención integral a los infectados, ya que el impacto social y económico que el SIDA impone a los sistemas de salud y en general a las sociedades, será cada vez mayor.

Las autoridades de salud deben plantear un combate eficaz contra el SIDA, tanto preventivo como curativo, como parte del derecho a la protección de la salud.

(10) Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (CONASIDA). Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Editado por CONASIDA. México, 1988.

(11) Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (CONASIDA). Loc. Cit.

1.2.1.1. DROGADICCION INTRAVENOSA.

La drogadicción por vía venosa es considerada como factor de riesgo y a presentado un incremento desde principios de 1992, constituyendo 1.2% de riesgo con seis pacientes de aquellos valorados.(12)

1.2.1.2. CONTAGIO SEXUAL.

No se han visto personas que habiten la misma vivienda con infectados por HIV que por este factor presenten seroconversión, lo cual permitiría suponer un contagio casual, ni en la literatura se hace mención en ese sentido. (13)

1.2.1.3. OTRAS FORMAS DE CONTAGIO.

Existe el riesgo por uso de agujas de acupuntura, y otro de adquisición profesional por picadura con aguja de catéter intravenoso, sin embargo si se lleva un cuidadoso y estricto control del material – equipo y procedimientos a realizar con esté tipo de enfermos, el accidente profesional será menos probable. En casos locales la seroconversión prácticamente no ha sido detectada.(14)

1.2.1.4. USO DEL CONDON.

Actualmente se han diseñado mejores condones y algunos para ser utilizados por dicha vía, es vital para aquellos que deseen mantener relaciones sexuales con diversas parejas, el concepto de uso apropiado, moderar el número de parejas sexuales, evitar el coito anal y de preferencia lograr la fidelidad humana.(15)

(12) SEPÚLVEDA, Amor Jaime. Op. Cit. p. p. 75.

(13) Diccionario Comentado del VIH/SIDA. En ser Humano A. C. Y amigos contra el SIDA. SIDA Hoy. 1ª Ed. S. E. México 1997, p. p. 270.

(14) Diccionario Comentado del VIH/SIDA. Op. Cit. p. p. 304

(15) Jennigs, Chris. Qué es el SIDA y Cómo Prevenirlo, (Tr. Adriana de Asan), 6ª. Edición, Grupo Editorial Norma. Colombia, 1994. p.p. 7.

1.2.1.5. EDUCACION.

En general, no se tiene la suficiente educación para enfrentar el problema, con frecuencia, existe infidelidad entre las parejas, y no se acostumbra utilizar el condón entre aquellos que desean tener relaciones sexuales con más de una persona. No basta la información, la responsabilidad de actuar correctamente requiere cambios de conducta, gran convicción y madurez; en el individuo.

La O. M. S. recomienda en primer lugar la abstención para evitar un posible contagio por el HIV, en segundo lugar la fidelidad mutua como concepto de sexo seguro o actitudes sexuales sin penetración ni contacto con secreciones y en tercer lugar el uso del condón para aquellas personas que desean mantener relaciones sexuales con varias personas.

1.2.1.6. ATENCION MEDICA.

La atención hospitalaria es cada día más difícil, pues nos enfrentamos a un número cada vez mayor de pacientes en etapa avanzada, es decir con SIDA y una disminución relativa en la frecuencia de portadores desde un 25% hasta un 10%, lo habitual en nuestra área es una saturación total de las camas disponibles para estos pacientes, por lo que es indispensable esforzarse en manejar a la mayoría de los pacientes en su casa, con apoyo de familiares, voluntarios e incluso, en experiencia de otros países, el envío de personal médico y paramédico entrenado para este fin, con un costo menor, en un 30% a 40%, si se compara a los costos de hospitalización.

1.2.1.7. FACTORES PRONOSTICOS.

Por desgracia el HIV causa la muerte en todos los pacientes que desarrollan SIDA; de acuerdo a nuestros datos, la historia natural de la enfermedad marca un promedio de vida menor a un año, a partir del inicio del complejo relacionado a SIDA o Síndrome de consunción.

Por contraste un cinco por ciento de infectados por HIV, logran rechazar al virus por mecanismos en estudio aún discutibles, y al parecer no desarrollarán SIDA. Este hecho se ha observado de modo particular en África adonde algunas prostitutas, entre muchas con una misma clientela y mismos hábitos sexuales, han tenido contacto con el virus, lo han rechazado e incluso llegan a una etapa de seronegativización. No cabe duda que la naturaleza establece ecológicamente un equilibrio entre especies, y es muy probable que la verdadera solución de este difícil problema llegue por conducto de entender qué es lo que ocurre en estas personas.

Por otra parte existen pacientes (menos de cinco por cien), que saltan de una manera asintomático a un cuadro clínico fulminante de corta duración, que conduce a la muerte, como puede ocurrir en el caso de infecciones oportunistas en el sistema nervioso central o los pulmones, sin presentar previamente el Síndrome de consunción (pérdida de más del 10% de peso, con diarrea crónica y fiebre persistente).

El nivel socioeconómico cuenta mucho pues el costo de la atención a la enfermedad es muy elevado y, un gran número, no puede tener acceso a tratamiento más avanzado. Por ejemplo, la zidovudina original (frasco con 100 cápsulas) cuesta actualmente más de 800 pesos y la administración debe ser permanente.

1.2.1.8. NECESIDAD DE INFRAESTRUCTURA.

El país requiere mejorar los recursos humanos para un óptimo manejo diagnóstico en laboratorios y atención médica; manuales y libros escritos localmente, que sean un apoyo intelectual en este difícil campo; más y mejores equipos para la seguridad de los trabajadores de salud, aparatos automatizados para conteo de subpoblaciones T; laboratorios de virología y, la posibilidad de contar con técnicas de hibridación de DNA y RNA. Antivirales más eficaces, menos tóxicos y a precios razonables. Dar un giro de 180 grados en lo relativo a educación integral, incluyendo el área sexual, muy en especial en lo referente a niños y jóvenes.

1.2.1.9. VACUNAS.

La esperanza de contar con una vacuna efectiva y segura es cada día más cercana, pero se requiere un mínimo de cinco años para su posible suministro a la población en general. A la fecha, no existe a corto plazo, alguna vacuna realmente promisorias, a lo sumo nuevos conocimientos que permitirán desarrollar dicha vacuna. Uno de los avances en esta materia es contar con modelos animales en roedores monoclonales, y primates que cada día simulan mejor la situación en el hombre, y permitirán acelerar el diseño y experimentación de vacunas, por otra parte se ha entendido que cualquier vacuna eficaz deberá estimular no únicamente la presencia de anticuerpos protectores, sino así mismo activar la inmunidad celular, para que haya éxito.(16)

También existe otro tipo de vacuna experimental desarrollada por Salk en California y simultáneamente en Girard en el Instituto Pasteur a base de virus inactivos, destinada a sujetos inmunocompetentes portadores del virus; concepto, este último, único en medicina, en relación al suministro de antígenos a una persona ya infectada, con la esperanza que el organismo " se adelante " al efecto del virus y logre producir anticuerpos protectores, y una respuesta inmune celular; gracias al lento proceso de invasión viral.

(16) Gerbert B., Maguire B. Badner V., et., al: Why Fear Persist: Health Care Professionals and AIDS. JAMA 260 : 3481, 1988.

Se ha denominado a estas vacunas como "terapéuticas"; nombre incorrecto pero de uso común médicos. Es posible que en dos años se vendan comercialmente, una limitante es la cobertura de cepas del HIV, que para ciertas regiones geográficas puede ser suficiente. (17)

1.3. SIGNOS Y SÍNTOMAS MÁS COMUNES.

SIDA:

Es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: Enfermedad infecciosa, crónica y mortal que destruye las defensas del organismo exponiéndolo a múltiples infecciones que pueden ser desde leves hasta muy graves. Se llama adquirida, porque no es congénita.

La produce un virus llamado VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), que afecta al sistema inmunológico del organismo. Disminuye la capacidad de defensa ante los microbios que producen las enfermedades. Existen el VIH-1 y el VIH-2.

SISTEMA INMUNOLÓGICO: Es el sistema que defiende nuestro organismo de los agentes externos que producen las enfermedades. Está compuesto por células procedentes de los órganos linforreticulares: Médula ósea, timo, bazo, ganglios linfáticos y agregados linfoides. Dichos órganos se encargan de producir las células de defensa B y T, que a su vez se encuentran en la sangre y se conocen como los glóbulos blancos, leucocitos o más específicamente linfocitos B y T que se encuentran permanentemente en los órganos linfáticos. Este sistema impide también el desarrollo de cánceres.

Los linfocitos T y los linfocitos B, tienen distintas funciones, a los primeros les corresponde la inmunidad celular y a los segundos la producción de anticuerpos (inmunidad humoral). Un subtipo de linfocitos T, los linfocitos T4, actúan dirigiendo las operaciones de defensa, por lo que son de vital importancia. Cuando un microorganismo entra al organismo es identificado por los linfocitos T4, que activan a los linfocitos T y B e inician el proceso inmunológico del cuerpo.

Los linfocitos T atacan directamente a los agentes extraños, mientras que los linfocitos B producen unas sustancias llamadas anticuerpos que actúan sobre él y lo destruyen. Los anticuerpos son específicos para cada microbio; por lo que su presencia en el organismo indica que éste ha estado en contacto con el microorganismo en cuestión. El SIDA ocurre tras un largo periodo de destrucción progresiva de los linfocitos T4 por la infección viral.

(17) ROMO, García Javier-SALIDO Rengel Francisco. SIDA. Manejo del Paciente con HIV. Segunda Edición. Ed. El Manual Moderno, S. A. de C. V. México, D. F. - Santafé Bogotá. P 260.

El virus entra en el torrente sanguíneo y se adhiere a los linfocitos T4; posteriormente la pared del virus se abre y permite la salida del ARN viral, que por medio de la enzima llamada Transcriptasa Reversa se transcribe en ADN y se introduce en el núcleo del linfocito, pasando a formar parte del código genético de la célula, con lo cual la célula T4 deja de funcionar como defensa del organismo.

El virus se replica dentro de la célula huésped hasta que ésta estalla y libera un gran número de virus que infectarán a otros linfocitos T4. Cuando una cantidad importante de células T4 del organismo han sido destruidas a consecuencia de la infección por el virus, las defensas del organismo se encuentran debilitadas y el riesgo de aparición de los síntomas del SIDA es muy elevado.(18)

Todos somos susceptibles de infección si nos exponemos al contacto con el VIH, afectando a hombres, mujeres y niños.

1.3.1. ETAPAS DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

1.- Fase de infección aguda: Es el periodo comprendido desde que el VIH ingresa al organismo, hasta la formación de anticuerpos específicos contra el VIH, esta etapa es por lo regular de 8 a 12 semanas y en la mayoría de los casos puede pasar inadvertida o con manifestaciones clínicas similares a un resfriado.

2.- Fase de infección asintomático: Etapa después de la seroconversión hasta que aparecen los primeros síntomas y signos de la inmunodeficiencia, puede extenderse hasta más de 10 años.

3.- Linfadenopatía Generalizada Persistente: Durante esta etapa se presenta inflamación de los ganglios linfocutelticos, como un signo evidente de que se encuentran trabajando para contrarrestar la infección por el VIH: es posible que aquí se presenten las primeras manifestaciones como fiebres ocasionales, diarreas de corta duración, sudoraciones nocturnas, pérdida de peso, fatiga, etc.

4.- Fase SIDA: Esta es la última etapa de la infección por el VIH, se relaciona con la presencia de enfermedades sistémicas como el Síndrome de Desgaste y una serie de infecciones oportunistas, es decir aquellas producidas por agentes extraños al organismo que ante un sistema inmunocompetente NO producen ninguna enfermedad, pero ante un sistema inmunocomprometido SI; estas enfermedades pueden ser tan graves que ocasionen la muerte de las personas en etapa de SIDA. En esta etapa es posible que se presenten neoplasias como Sarcoma de Kaposi.

(18) Gómez A., Rubén Dario, MD. Mecanismo de Trasnmisión y Factores de Riesgo para la Infección por el HIV. Velázquez V; Gloria y Gómez A.; Rubén Dario. SIDA; Enfoque Global. 1ª. Reimpresión, s/e Medellín, Colombia. 1993. p. p. 19.

1.3.2. SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD.

Fatiga intensa persistente por varias semanas sin causa aparente, inflamación de los ganglios linfáticos, tanto en la región cervical, axilar o inguinal, pérdida de peso, mayor de 4 a 5 kilos en dos meses aproximadamente, fiebre persistente y diaforesis nocturnas, durante varias semanas, tos, asfixia, afección cutánea, manchas de color rosa o violeta pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, pero principalmente en los párpados o alrededor de la boca.(19)

Estos no son signos y síntomas concluyentes de la enfermedad, para ello se requiere de un intenso examen médico y de laboratorio.

1.3.3. MECANISMOS DE TRANSMISIÓN.

Para que se dé la transmisión del VIH se necesitan presentar tres condiciones fundamentales:

- A) Que esté presente el VIH: Solamente el fluido con VIH puede transmitirlo. Cuando se desconoce si hay o no presencia de VIH se deben tomar medidas preventivas como si estuviera presente.
- B) Que exista un fluido que pueda transmitir el VIH: Los fluidos que pueden transmitir el VIH son la sangre, las secreciones sexuales y la leche materna; y los que NO pueden transmitirlo son sudor, lágrimas, saliva, orina y excremento.
- C) Que exista un punto de entrada: Se refiere a un lugar del organismo en donde el virus pueda ser depositado junto con el fluido que lo contiene y absorbido por el torrente sanguíneo. Son puntos de entrada al organismo: las mucosas expuestas como la de los ojos, boca, ano, pene y vagina, así como las heridas abiertas.

SE HAN ENCONTRADO TRES FORMAS DE TRANSMISIÓN: SANGUÍNEA, PERINATAL Y SEXUAL.

Se transmite por:

- A) Relaciones sexuales sin protección con personas infectadas.
- B) Sangre contaminada.
- C) De una mujer embarazada infectada a su bebé.
- D) Intercambiarse máquinas para rasurar.
- E) Hacerse tatuajes.
- F) Utilizar las mismas jeringas.

Por lo tanto una persona infectada por el virus del SIDA lo lleva en los líquidos de su organismo y dentro de determinadas células sanguíneas. Estos líquidos infectantes son: Semen, líquidos vaginales, sangre, leche materna.

Las secreciones y excreciones corporales que no pueden transmitir la infección por VIH son: saliva, sudor, lágrimas, orina y excremento, excepto si alguna de ellas contiene sangre, semen, líquido preeyaculatorio, secreciones cervicovaginales o leche materna, por lo tanto, el VIH no se transmite por besos, abrazos, caricias ni por apretón de manos, intercambiarse ropa, ni por picaduras de mosquitos. Tampoco por compartir cubiertos, alimentos o bebidas; por utilizar sanitarios, manejar dinero, usar regaderas, teléfonos públicos, acudir al cine; compartir albercas, gimnasios o lugar de trabajo, acudir a la escuela, por contacto casual, visitar el hospital o acudir al médico, utilizar transportes públicos. Tampoco se tiene riesgo de adquirir la infección por el VIH si se dona sangre, ya que se utiliza material estéril y desechable.(20).

El virus del VIH se encuentra y transmite a través de la sangre, líquidos sexuales y leche materna. Estos líquidos asociados a la vida, generan miedo, se percibe a la persona como contaminada y peligrosa. De hecho, cotidianamente se habla de que las personas infectan a otras personas, mientras que la realidad es que el virus es el que infecta.

Los primeros casos se presentaron en hombres homosexuales. Esta situación ha generado la idea de que el SIDA es producto de la homosexualidad y de que solamente da a homosexuales. Se concibe como consecuencia del salirse del modelo socialmente aceptado de preferencia y conducta sexual. Ha generado discriminación y ha fomentado que la población heterosexual no se proteja.

Actualmente el perfil epidemiológico del VIH/SIDA es un proceso de heterosexualización. Esto ha fomentado el mito de que los bisexuales han sido un "puente" que ha llevado el VIH/SIDA a los heterosexuales. Esto a generado una culpabilidad a las preferencias sexuales alternativas.

(20) SEPÚLVEDA, Amor Jaime. Op. Cit. 113.

Durante años se manejo el concepto de "GRUPOS DE ALTO RIESGO". Al tratarse precisamente de grupos estigmatizados; como los usuarios de drogas intravenosas, homosexuales, trabajadoras sexuales, personas con varias parejas sexuales; el concepto fue entendido por la gente como si solamente a esas personas afectaba el virus y, se les percibió como peligrosas. Este concepto generó que el resto de la población no se protegiera.(21).

Estos factores han contribuido a la formación de una imagen errónea del SIDA, que genera discriminación y apatía por parte de la comunidad. Ahora existe una tendencia a la feminización, heterosexualización y ruralización del SIDA, y es importante trabajar en la construcción de una imagen social que evite la discriminación y favorezca la prevención, que rompa de una vez por todas el mito que mantiene el trinomio "Sexo=SIDA=Muerte" y que termine con la cacería de brujas en que se ha convertido la búsqueda de culpables del origen o la transmisión del VIH.

1.3.4. PROPUESTA DE CAMBIO EN EL LENGUAJE EN TORNO AL VIH/SIDA.

Un análisis de las formas como se nombra a las personas que viven con VIH/SIDA nos permite confrontar los estigmas y la discriminación reflejados a través de los significados de dichas palabras, que forman parte de esa imagen social en la que se destaca la búsqueda de culpables y el perjuicio.

SIDOSO.- Es un término que expresa y genera rechazo, es en sí mismo una violación de los derechos humanos, por lo que no debe ser utilizado.

INFECTADO.- Tiene una connotación asociada a algo que está putrefacto, indeseable y genera rechazo, además las personas no pueden ser clasificadas en función a un criterio de ese tipo.

CONTAMINADO.- Tiene la connotación de tener algo dañino, y genera una imagen de personas que pueden ser dañinas, es un término discriminatorio y que no define a las personas.

PORTADOR.- Presenta una connotación de llevar dentro algo que lo hace diferente (como un arma); las personas no tienen como intención llevar consigo un virus, ni servir como "transporte", es un término que no las define. (22).

(21) SEPÚLVEDA, Amor Jaime. Idem.

(22) Enciclopedia de la Sexualidad Humana. 4 V. Edit. Océano, Barcelona, 1996.

SEROPOSITIVO.- Es seropositivo todo resultado positivo a una prueba de detección hecha en suero sanguíneo, independientemente de lo que se detecte, sin ser exclusivo del VIH; además las personas no pueden ser clasificadas en base a un estado serológico, puesto que no son muestras de sangre.(23)

ENFERMO.- El uso de esta palabra se limita a referirse a las personas que presentan sintomatología; una persona que vive con VIH y es asintomático no es un enfermo.

PACIENTE.- Este término sólo es utilizable por los trabajadores de salud para referirse a las personas a quienes están tratando, porque hay una relación terapéutica; pero si no existe esa relación es incorrecto.(24).

La propuesta es nombrar a la gente refiriendo su identidad como ser humano y que su intención no es morir ni estar enfermo, sino vivir; y que se encuentra en una situación concreta y especial; por lo tanto son **PERSONAS QUE VIVEN CON VIH O PERSONAS QUE VIVEN CON SIDA**. En esta propuesta se busca separar el binomio SIDA-muerte y abordar una propuesta de vida.

1.3.5. DIFERENCIA ENTRE EL SIDA Y OTRAS ENFERMEDADES CONTAGIOSAS.

Hasta nuestros días el SIDA ha cobrado más de 6 millones de vidas y aunque todavía falta un largo camino antes de hablar de soluciones definitivas, existen nuevas expectativas para el tratamiento de la infección temprana por VIH en pacientes selectos con ayuda de la tecnología existente y con los nuevos tratamientos que han generado mayor cautela en los médicos, enfermeras y pacientes debido a la toxicidad de estas nuevas aproximaciones.

Con el uso combinado y activo de medicamentos antivirales, es posible erradicar la infección por VIH según teorías de algunos investigadores.

El Director del Centro de Investigación del SIDA, Aarón Diamond de N. Y. explicó la reproducción del virus dentro de las células del sistema inmunológico, bando principal de la infección por el virus de la inmunodeficiencia. El virus penetra a la célula e integra su material genético a la misma por medio de enzimas; de esta manera la célula muere y un día y medio después libera una enorme cantidad de nuevos virus en la sangre que infectan nuevas células.(25).

(24) Diccionario Comentado del VIH/SIDA. Op. Cit. 74.

(23) Enciclopedia de la Sexualidad Humana. 6 V. Edit. Océano, Barcelona, 1996.

(25) Sande A.; Merle. Manejo Médico del SIDA. (Tr. Q. F. B. Sergio Cortés Pérez -sic-) 3ª. Edición, Nueva Editorial Interamericana. McGraw-Hill, México 1994.

Se ha estimado que se producen por lo menos 10 billones de virus nuevos diariamente dentro del organismo de un paciente infectado y que hasta 2 billones de células del sistema inmunológico se agotan, se inicia la disminución de éstas y pronto ocurre la inmunodeficiencia y la aparición clínica del SIDA.

Los medicamentos antivirales usados en el tratamiento contra el SIDA atacan la reproducción del virus, inhibiendo sus enzimas de manera que no puedan llevar a cabo su reproducción, por tal razón ya no es posible controlar el ciclo reproductivo.

Con los inhibidores de proteasa se ha logrado atacar la reproducción viral por medio de diferentes vías del ciclo reproductivo.

Por primera vez en 15 años de investigación del SIDA, se presentó una terapia combinada de tres medicamentos, conocida como terapia de "cóctel", la cual podría eliminar cualquier evidencia del virus del SIDA al actuar en diversas etapas del ciclo reproductivo durante un tiempo suficiente que impida la recuperación multiparasitaria del virus.(26).

"DIFERENCIA ENTRE EL SIDA, CON OTRAS ENFERMEDADES CONTAGIOSAS"

- A) Es una enfermedad incurable, muy dolorosa, y progresiva
- B) Es una enfermedad causada por el virus VIH.
- C) Es una enfermedad transmisible, principalmente por vía sexual
- D) Es una enfermedad que puede ser sintomática o asintomático.
- E) El período de incubación en algunos sujetos infectados por el virus del VIH es largo, lo que permite contagiar a otras personas sanas, si no se lleva a cabo un adecuado control médico y de laboratorio.
- F) La sociedad y muchas veces hasta la familia generan discriminación hacia las personas que viven con VIH o SIDA.
- G) Es una enfermedad MORTAL.

(26) Anders KH, Guerra WF, Tomiyasu U, et al. : The Neuropathologic of AIDS. American Journal Pathology 124 (3) : 537-558, 1986.

Es muy difícil señalar o detectar cuando una persona está infectada o no por el virus del HIV (SIDA), ya que, como se mencionó con anterioridad el período de incubación es largo y poco perceptible por el enfermo, debido muchas veces a la falta de interés por la población en general sobre las formas de prevención e información en general respecto al padecimiento. Regularmente cuando se dan cuenta que tienen SIDA, es muy tarde puesto que la enfermedad está en su etapa final y ya contagiaron a más personas sanas.

Los datos obtenidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en diversos países confirman que, en el curso de los últimos veinte años, ha aumentado el número de personas con enfermedades de transmisión sexual, conocidas también con el nombre de enfermedades venéreas.

La palabra venérea viene de venus (la diosa del amor) que en latín significa “amor o deseo sexual”, y estas enfermedades se adquieren por contacto sexual, por lo que también se les ha denominado enfermedades de transmisión sexual.

De tal manera que el término venéreo es lo perteneciente o relativo al deleite sexual o acto carnal, y también se le conoce como un mal contagioso contraído por este acto, y la única diferencia que tiene con las otras enfermedades contagiosas radica en la presencia del elemento sexual.

2.3.2. CÓDIGO PENAL. TÍTULO DÉCIMONOVENO DELITOS CONTRA LA VIDA Y LA INTEGRIDAD CORPORAL. CAPÍTULO I. LESIONES.

ART. 288.- Bajo el nombre de lesión se comprende no solamente las heridas, excoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, sino toda alteración en la salud y cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano, si esos efectos son producidos por una causa externa.(32).

Esté artículo es muy claro, ya que es bien sabido que la enfermedad del SIDA es muy dolorosa por todas las lesiones que va desencadenando en su desarrollo por el organismo humano, como por ejemplo lesiones lacerantes y sangrantes en la piel, pérdida del equilibrio lo que da lugar a las fracturas, desnutrición severa (la cual da origen a otro tipo de padecimientos), etc.

ART. 291.- Se impondrán de tres a cinco años de prisión y multa de trescientos a quinientos pesos, al que infiera una lesión que perturbe para siempre la vista, o disminuya la facultad de oír, entorpezca o debilite permanentemente una mano, un pie, un brazo, una pierna, o cualquier otro órgano, el uso de la palabra o alguna de las facultades mentales.

(32) Código Penal para el Distrito Federal. Idem. p. p. 202-203

ART. 292.- Se impondrán de cinco a ocho años de prisión al que infiera una lesión de la que resulte una enfermedad segura o probablemente incurable, la inutilización completa o la pérdida de un ojo, de un brazo, de una mano, de una pierna o de un pie, o de cualquier otro órgano; cuando quede perjudicada para siempre cualquier función orgánica y cuando el ofendido quede sordo, impotente o con una deformidad incorregible.

Se impondrá de seis a diez años de prisión, al que infiera una lesión a consecuencia de la cual resulte incapacidad permanente para trabajar, enajenación mental, la pérdida de la vista o del habla o de las funciones sexuales.

ART. 293.- Al que infiera lesiones que pongan en peligro la vida, se le impondrán de tres a seis años de prisión, sin perjuicio de las sanciones que le correspondan conforme los artículos anteriores.(33).

Como ya se mencionó la enfermedad de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, desencadena una serie de trastornos tanto físicos, mentales, económicos, y de orden social muy severos; y que, de no controlarse mediante una legislación más enérgica, sería y respetable nos conducirá como lo mencione antes, al exterminio de la humanidad.

2.3.3. CÓDIGO PENAL.CAPITULO II. HOMICIDIO.

ART. 302.- Comete el delito de homicidio: el que priva de la vida a otro.(34).

Es bien sabido por todos, que la negligencia en los hospitales, es el pan de cada día, y uno de los principales motivos de que muchas mujeres y niños, principalmente, salgan contagiados con el virus del SIDA (HIV); por ejemplo; al transfundirles sangre después de un parto, ò quién perdió mucha sangre en algún accidente automovilístico, etc. Regularmente esté tipo delitos quedan impunes, por la habilidad con que regularmente se manejan todos los errores intrahospitalarios y principalmente por la ignorancia de la población para hacer valer sus derechos y la falta de interés por conocerlos.

EL PROFESOR LUC MONTAGNIER DESCUBRIDOR DEL VIH, MANIFESTO QUE EN LA ACTUALIDAD EL MEJOR REMEDIO CONTRA EL SIDA ES LA PREVENCIÓN.

(33) Idem.

(34) Idem. p.p. 204.

**2.3.4. CÓDIGO PENAL. CAPITULO VII.
ABANDONO DE PERSONAS.**

ART.335.-Al que abandone a un niño incapaz de cuidarse a sí mismo o a una persona enferma, teniendo obligación de cuidarlos, se le aplicará de un mes a cuatro años de prisión, si no resultare daño alguno, privándolo, además de la patria potestad o de la tutela, si el delincuente fuere ascendiente o tutor del ofendido.(35).

**2.4. LEY GENERAL DE SALUD.
CAPITULO II.
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.**

ART. 134.- La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, realizarán actividades de vigilancia epidemiológica, de prevención y control de las siguientes enfermedades transmisibles:

- II. Cólera, fiebre tifoidea, paratifoidea, shigelosis, amibiasis, hepatitis virales y otras enfermedades infecciosas del aparato digestivo;
- III. Influenza epidémica, otras infecciones agudas del aparato respiratorio, infecciones meningocóccicas y enfermedades causadas por estreptococos;
- IV. Tuberculosis;
- V. Difteria, tosferina, tétanos, sarampión, poliomielitis, rubéola y parotiditis infecciosa;
- VI. Rabia, peste, brucelosis y otras zoonosis. En estos casos la Secretaría de Salud coordinará sus actividades con la de Agricultura y Recursos Hidráulicos;
- VII. Fiebre amarilla, dengue y otras enfermedades virales transmitidas por artrópodos;
- VIII. Paludismo, tifo, fiebre recurrente transmitida por piojo, otras rickettsiosis, leishamianiasis, tripanosomiasis y oncocercosis;
- IX. Sífilis, infecciones gonocóccicas y otras enfermedades de transmisión sexual;
- X. Lepra y mal del pinto;
- XI. Micosis profundas;
- XII. Helmintiasis intestinales y extraintestinales;
- XIII. Toxoplasmosis;
- XIV. SÍNDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), y
- XV. Las demás que determinen el Consejo de Salubridad General y los tratados y convenciones internacionales en los que los Estados Unidos Mexicanos sean parte y que se hubieren celebrado con arreglo a las disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

(35) Idem. p. p. 208.

ART.135.- La Secretaría de Salud elaborará y llevará a cabo, en coordinación con las instituciones del sector salud y con los gobiernos de las entidades federativas, programas o campañas temporales o permanentes, para el control o erradicación de aquellas enfermedades transmisibles que constituyan un problema real o potencial para la salubridad general de la República.

ART. 136.- Es obligatoria la notificación a la Secretaría de Salud o, en su defecto, a la autoridad sanitaria más cercana, de las siguientes enfermedades y en los términos que a continuación se especifican:

- I. Inmediatamente, en los casos individuales de enfermedades objeto del Reglamento Sanitario Internacional: fiebre amarilla, peste y cólera;
- II. Inmediatamente en los casos de cualquier enfermedad que se presente en forma de brote o epidemia;
- III. En un plazo no mayor de veinticuatro horas en los casos individuales objeto de vigilancia internacional poliomieltitis, meningitis meningocócica, tifo epidémico, fiebre recurrente transmitida por piojo, influenza viral, paludismo, sarampión, tos ferina, así como los de difteria y los casos humanos de encefalitis equina venezolana, y
- IV. En un plazo no mayor de veinticuatro horas, de los primeros casos individuales de las demás enfermedades transmisibles que se presenten en un área no infectada.

Asimismo, será obligatoria la notificación inmediata a la autoridad sanitaria más cercana, de los casos en que se detecte la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o de anticuerpos a dicho virus, en alguna persona.

ART. 137.- Las personas que ejerzan la medicina o que realicen actividades afines, están obligadas a dar aviso a las autoridades sanitarias de los casos de enfermedades transmisibles, posteriormente a su diagnóstico o sospecha diagnóstica.

ART. 138.- Están obligados a dar aviso, en los términos del artículo 136 de esta ley, los jefes o encargados de laboratorios, los directores de unidades médicas, escuelas, fábricas, talleres, asilos, los jefes de oficinas, establecimientos comerciales o de cualquier otra índole y, en general, toda persona que por circunstancias ordinarias o accidentales tenga conocimiento de alguno de los casos de enfermedades a que se refiere esta ley.

ART. 139.- Las medidas que se requieran para la prevención y el control de las enfermedades que enumera el artículo 134 de esta ley, deberán ser observadas por los particulares. El ejercicio de esta acción comprenderá una o más de las siguientes medidas, según el caso de que se trate:

- I.- La confirmación de la enfermedad por los medios clínicos disponibles;

II.-El aislamiento, por el tiempo estrictamente necesario, de los enfermos, de los sospechosos de padecer la enfermedad y de los portadores de gérmenes de la misma, así como la limitación de sus actividades cuando así se amerite por razones epidemiológicas;

III.-La observación, en el grado que se requiera, de los contactos humanos y animales;

IV.-La aplicación de sueros, vacunas y otros recursos preventivos y terapéuticos;

V.-La descontaminación microbiana o parasitaria, desinfección de zonas, habitaciones, ropas, utensilios y otros objetos expuestos a la contaminación;

VI.-La destrucción o control de vectores y reservorios y de fuentes de infección naturales o artificiales, cuando representen peligro para la salud;

VII.-La inspección de pasajeros que puedan ser portadores de gérmenes, así como la de equipajes, medios de transporte, mercancías y otros objetos que puedan ser fuentes o vehículos de agentes patógenos, y

VIII.-Las demás que determine esta ley, sus reglamentos y la Secretaría de Salud.

ART. 140.-Las autoridades no sanitarias cooperarán en el ejercicio de la acción para combatir las enfermedades transmisibles, estableciendo las medidas que estimen necesarias, sin contravenir las disposiciones de esta ley, las que expida el Consejo de Salubridad General y las normas oficiales mexicanas que dicte la Secretaría de Salud.

ART. 141.-La Secretaría de Salud coordinará sus actividades con otras dependencias y entidades públicas y con los gobiernos de las entidades federativas, para la investigación, prevención y control de las enfermedades transmisibles.

ART. 142.-Los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, al tener conocimiento de un caso de enfermedad transmisible, están obligados a tomar las medidas necesarias, de acuerdo con la naturaleza y características del padecimiento, aplicando los recursos a su alcance para proteger la salud individual y colectiva.

ART. 145.-La Secretaría de Salud establecerá las normas oficiales mexicanas para el control de las personas que se dediquen a trabajos o actividades, mediante las cuales se pueda propagar alguna de las enfermedades transmisibles a que se refiere esta ley.

ART.332.-La sangre humana, componentes sanguíneos y células progenitoras hematopoyéticas, sólo podrán obtenerse de voluntarios que la proporcionen gratuitamente y en ningún caso podrán ser objeto de actos de comercio.

ART. 333.-Los órganos y tejidos de seres humanos, incluyendo la sangre y hemoderivados, no podrán internarse o salir del territorio nacional sin permiso previo de la Secretaría de Salud, aplicándose, en lo conducente, las disposiciones del capítulo XIII del título decimosegundo de esta ley.

Los permisos para que la sangre y hemoderivados puedan salir del territorio nacional, se concederán siempre y cuando estén satisfechas las necesidades de ellos en el país, salvo casos de emergencia.

Los hemoderivados sólo podrán exportarse con autorización previa de dicha Secretaría, la que será concedida tomando en cuenta las necesidades de ellos en el país.

2.4.1. LEY GENERAL DE SALUD. TÍTULO DÉCIMOSEXTO AUTORIZACIONES Y CERTIFICADOS.

CAPITULO I.

AUTORIZACIONES. LEY GENERAL DE SALUD.

ART. 375.-Requieren de permiso;

FRACC. VI.-La internación en el territorio nacional o la salida de él de órganos y tejidos de seres humanos, incluyendo la sangre, componentes sanguíneos y células progenitoras hematopoyéticas y hemoderivados.

CAPITULO VI.

DELITOS.

ART. 462.-Se impondrán de dos a seis años de prisión y multa por el equivalente de veinte a ciento cincuenta días de salario mínimo general veinte en la zona económica de que se trate:

- I. Al que ilícitamente obtenga, conserve, utilice, prepare o suministre órganos, tejidos y sus componentes, cadáveres o fetos de seres humanos, y
- II. Al que comercie con órganos, tejidos incluyendo la sangre, y sus componentes, cadáveres, fetos o restos de seres humanos.

Si intervinieran profesionales, técnicos o auxiliares de las disciplinas para la salud, se les aplicará, además suspensión de uno a tres años en el ejercicio profesional, técnico o auxiliar y hasta cinco años más en caso de reincidencia.(36).

2.5. INSTITUCIONES.

La participación del Gobierno, en relación al grave mal que afecta a la humanidad en general ha sido relegada únicamente a CONASIDA, organismo descentralizado de la Secretaría de Salud.

Motivo por el cual es necesaria la participación de toda la población en general para ayudar a quienes hoy padecen la enfermedad del siglo.

También hablare de otras Instituciones que en alguna forma, y no menos importantes han servido de apoyo en la atención a enfermos con HIV/SIDA.

(36) Ley General de Salud. 14ed. Edit. Porrúa, México, 1999.

2.5.1 CONASIDA

ORIGEN Y ESTRUCTURA ACTUAL:

El Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) fue creado mediante decreto presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 24 de agosto de 1998. A partir de ese momento las actividades del CONASIDA se financiaron con recursos provenientes de fondos internacionales, principalmente del Programa Global de SIDA de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en 1991 le fue asignado presupuesto federal ante la progresiva e importante disminución del financiamiento internacional y el crecimiento de la epidemia. Este presupuesto específico quedaba dentro del presupuesto operativo de la Dirección General de Epidemiología. En 1992 a CONASIDA le fue asignado presupuesto federal propio.(37)

A partir del 22 de diciembre de 1994 el CONASIDA quedó incluido en la estructura de la Dirección General de Epidemiología, dependiente de la Subsecretaría de Servicios de Salud.

Actualmente CONASIDA es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud con nivel de Dirección General y cuenta de plazas federales propias. Depende directamente de la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades.

El Secretario de Salud es el Presidente del Consejo y puede invitar a representantes de las dependencias de la Administración Pública Federal y de representantes del IMSS, ISSSTE, Instituto Nacional de la Nutrición, que se requieren para desarrollar las actividades de prevención y control del SIDA en cada una de sus instancias.

Dentro de la SSA se cuenta con participación de Comités Técnicos para la coordinación de actividades sustantivas equivalentes y evitar la duplicación de actividades: Comité de Aspectos Clínicos, Comité de Epidemiología, Comité de Bancos de Sangre, Comité de Aspectos Sociales, y Comité de Aspectos Jurídicos.

A) COMITÉ DE ASPECTOS CLINICOS, CUYAS FUNCIONES SON:

- Analizar las manifestaciones clínicas de la enfermedad en la población.
- Reforzar el diagnóstico oportuno y evaluar las nuevas técnicas diagnósticas.
- Guiar los procedimientos terapéuticos y evaluar la eficacia de los nuevos medicamentos.
- Promover la calidad de la atención de los enfermos.

(37) CONASIDA. Guía para la atención Psicológica de Personas que Viven con VIH/SIDA, México, 1ño 2000.

B) COMITÉ DE EPIDEMIOLOGIA, CUYAS FUNCIONES SON:

- Analizar las tendencias de la epidemia para guiar la adecuada toma de decisiones en el campo de la atención, prevención y control de la epidemia.
- Promover la investigación epidemiológica sobre VIH/SIDA.
- Garantizar que la investigación se realice respetando los aspectos éticos.
- Coordinar los eventos científicos y académicos.

C) COMITÉ DE BANCOS DE SANGRE, CUYAS FUNCIONES SON:

- Normar el adecuado funcionamiento de los bancos de sangre en el país.
- Garantizar la calidad de la sangre y su monitoreo con las pruebas de tamizaje más sensibles.
- Evaluar el impacto de las medidas de control para eliminar esta vía de transmisión.

D) COMITÉ DE ASPECTOS SOCIALES, CUYAS FUNCIONES SON:

- Asesorar en las campañas de comunicación masiva.
- Coordinar las acciones educativas a la población.
- Promover los programas de apoyo psicosocial a enfermos y sus familias..
- Coordinar las acciones con organismos no gubernamentales.

E) COMITÉ DE ASPECTOS JURÍDICOS, CUYAS FUNCIONES SON:

- Revisar la legislación sobre el SIDA.
- Emitir recomendaciones para que se vele por los derechos de los enfermos en materia de atención, empleo y derechos humanos.
- Asesorar y dar seguimiento a las demandas legales.

La participación de los comités del CONASIDA se requiere para la coordinación de actividades sustantivas equivalentes y evitar la duplicación de actividades.

2.5.2. OBJETIVOS GENERALES.

Tomando como referencia las tendencias arriba apuntadas y considerando que se trata de una enfermedad incurable, casi totalmente letal y para la cual no existe vacuna, el programa de prevención y control del SIDA se plantea cuatro objetivos principales:

1. **Prevención de la transmisión sanguínea, sexual y perinatal:** prevenir la transmisión del VIH a la población por la vía sexual, sanguínea y perinatal, a través de diversas estrategias como la promoción de medidas preventivas, la detección oportuna y el tratamiento adecuado de otras enfermedades de transmisión sexual, el control y la detección del VIH en todo paquete de sangre y hemoderivados, y la prestación de asesoría y de servicios a la población con prácticas de riesgo.
2. **Reducción del impacto individual y social:** fortalecer y promover las acciones que favorezcan atención médica y apoyo psicológico y social adecuado a las personas afectadas y a sus familiares; promover acciones que disminuyan el impacto social y económico del VIH/SIDA y que favorezcan el respeto a los derechos humanos, así como el rechazo a la discriminación y la estigmatización.
3. **Mobilización y unificación de esfuerzos nacionales:** movilizar el Sistema Nacional de Salud, al resto del sector público y a la sociedad en su conjunto en la lucha contra el VIH/SIDA.
4. **Investigación:** promover y realizar actividades de investigación para conocer las características particulares de la enfermedad en nuestro país desde el punto de vista epidemiológico, biomédico y psicosocial.

2.5.3. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Prevención de la transmisión sanguínea, sexual y perinatal.

- a) Prevención de la transmisión sexual. Reforzar la educación sexual de la población incluyendo escolares, adolescentes, mujeres, hombres y grupos específicos con prácticas de riesgo.
- b) Incrementar la cobertura de las acciones educativas y de capacitación en la población general y grupos específicos con prácticas de riesgo, utilizando diversos canales con objeto de mejorar conocimientos sobre la transmisión del VIH y medidas preventivas, así como reducir actitudes de estigmatización y violación de derechos humanos.
- c) Continuar las acciones educativas con objeto de modificar actitudes y prácticas de riesgo de transmisión sexual del VIH en población sexualmente activa,

2. Prevención de la transmisión sanguínea.

- a) Garantizar que los establecimientos de salud, públicos y privados utilicen sangre y sus componentes únicamente después de probarlos para infección por VIH.
- b) Garantizar que a los hemoderivados utilizados con fines terapéuticos en los establecimientos de salud se les haya realizado la prueba de detección de VIH.
- c) Fortalecer medidas de bioseguridad que impidan la transmisión de VIH mediante utilización de objetos punzocortantes en los servicios de salud.
- d) Fortalecer la educación en la comunidad para reducir el riesgo de transmisión a través de inyecciones y de la utilización de otros instrumentos punzocortantes.
- e) Colaborar en la estrategia educativa que mantenga una baja prevalencia de drogadicción intravenosa.
- f) Garantizar que los órganos tejidos utilizados en trasplantes e injertos estén exentos de infección por VIH.
- g) Reforzar la adopción de medidas de bioseguridad que reduzcan el riesgo de transmisión ocupacional por VIH en trabajadores de salud.
- h) Fortalecer el programa de autodonación.

3. Prevención la transmisión perinatal.

- a) Continuar con las acciones de educación sobre transmisión perinatal en la población general con énfasis en mujeres y sus parejas sexuales.
- b) Continuar con actividades educativas de planificación familiar en mujeres infectadas por VIH y en mujeres compañeras sexuales de hombres infectados.
- c) Fijar criterios y políticas que permitan disminuir el riesgo de la transmisión perinatal mediante la administración de tratamiento específico durante el embarazo, parto y al recién nacido.

2.5.4. REDUCCIÓN DEL IMPACTO INDIVIDUAL Y SOCIAL.

- a) Reforzar estrategias educativas que modifiquen actitudes de estigmatización a grupos poblacionales vulnerables e infectados.
- b) Garantizar los derechos humanos de personas infectadas por VIH, con SIDA y sus familiares. Incrementar la cobertura de servicios de detección de la infección por VIH conjuntamente con aconsejamiento y garantizando la confidencialidad y el anonimato.
- c) Mejorar los servicios de diagnóstico, manejo y tratamiento integral.
- d) Mejorar los servicios de asistencia social a personas infectadas con VIH, con SIDA y a sus familiares.
- e) Revisar la legislación sanitaria, laboral, penal y civil a fin de elaborar un marco de referencia en el área jurídica relacionada con la infección por VIH/SIDA.
- f) Apoyar la difusión de información sobre VIH/SIDA así como intervenciones en crisis a través de la línea telefónica.
- g) Dar a conocer la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control del SIDA.(NOM-010-SSA2-1993).

2.5.5. MOVILIZACIÓN Y UNIFICACIÓN DE ESFUERZOS NACIONALES.

- a) Mantener la coordinación y la retroalimentación continua de las acciones de los organismos gubernamentales y no gubernamentales en relación a la prevención del VIH/SIDA en el ámbito nacional y en los estados a través de los COESIDAS y otras organizaciones.
- b) Coordinar y evaluar el apoyo internacional y en el combate del VIH/SIDA en México.

- c) Mantener el monitoreo continuo de las acciones del programa que permita la evaluación permanente de su efectividad (impacto), eficacia (logro de objetivos) y eficiencia (reducción de costos)
- d) Consolidación de acciones de prevención de los Centros Nacional y Estatales de Sangre.
- e) Consolidación de las acciones de la Red Nacional de Laboratorios de VIH/SIDA integradas a los servicios de salud.
- f) Mejorar los conocimientos y actitudes del personal de medios masivos de comunicación y dirigentes.

2.5.6. INVESTIGACIÓN.

- a) Establecer un inventario permanente sobre la investigación que en el área de VIH/SIDA se hace en México.
- b) Reforzamiento de la vigilancia epidemiológica realizando estudios centinela que permitan conocer la prevalencia y sus tendencias en diversos grupos de la población.
- c) Mantener la coordinación y evaluación de investigación y desarrollo tecnológico, así como las acciones de capacitación en relación al VIH/SIDA.
- d) Analizar el impacto económico y las alternativas de atención médica de pacientes con VIH/SIDA.
- e) Investigar las relaciones entre movimientos migratorios y la epidemia de VIH/SIDA.

2.5.7. DECRETO POR EL QUE SE CREA EL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SÍNDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.

SECRETARIA DE SALUD.

Al margen un sello con el Escudo Nacional que dice: Estados Unidos Mexicanos.-
Presidencia de la República.

MIGUEL DE LA MADRID H., PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, EN EJERCICIO DE LA FACULTAD QUE ME CONFIERE EL ARTICULO 89, FRACCION I. DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, Y CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO POR LOS ARTICULOS 17 Y 39 FRACCION VI DE LA LEY ORGANICA DE LA ADMINISTRACIÓN PUBLICA FEDERAL Y 3º., FRACCION XV, 5º., 133 FRACCIONES II IV, 134, 136 Y 141 DE LA LEY GENERAL DE SALUD, Y CONSIDERANDO

Que el artículo 4º. de la Constitución General de la República consagra, en su tercer párrafo, como garantía social, el derecho de toda persona a la protección de la salud, cuyo cumplimiento está a cargo del Sistema Nacional de Salud;

Que la ley General de Salud dispone que corresponde a la Secretaría de Salud promover la colaboración de las instituciones de los sectores público, social y privado, profesionales, técnicos y auxiliares y de la población en general para la realización de actividades de prevención y control de enfermedades;

Que la ley enunciada en el párrafo anterior determina las facultades que corresponden a la Secretaría de Salud para coordinar sus actividades con otras dependencias y entidades públicas, para la investigación, prevención y control de las enfermedades transmisibles;

Que la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana se ha constituido en un problema grave para la salud de la población, en virtud de su vertiginosa y fácil diseminación, por lo que es necesario llevar a cabo acciones decisivas para su prevención y control;

Que con las reformas a la Ley General de la Salud, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 27 de mayo de 1987, se ha dado, entre otros, un gran avance para combatir el problema que representa el Síndrome de la Inmunodeficiencia Humana al incorporarse el mismo en la lista de enfermedades de notificación obligatoria;

Que la inclusión del SIDA a la lista mencionada en el considerando anterior, implica que las autoridades sanitarias deben realizar actividades tendientes a su vigilancia epidemiológica, así como a su prevención y control con el firme propósito de combatirlo;

Que en virtud de lo anterior y tomando en cuenta el incremento de casos de SIDA en el país y su repercusión en la salud pública, se hace necesario contar con una instancia que en forma organizada coordine acciones de los sectores público, social y privado, tendientes a luchar contra la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, he tenido a bien expedir el siguiente:

ARTICULO 1º.- Se crea el Consejo Nacional para la Prevención y control del Síndrome de la INMUNODEFICIENCIA Adquirida -CONASIDA-, cuyo objeto consistirá en promover, apoyar y coordinar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a combatir la epidemia del síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, así como impulsar las medidas que al efecto se establezcan.

El Consejo será un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, y realizará las funciones a que se refiere el párrafo anterior, sin perjuicio de las atribuciones que, a través de otras unidades administrativas, realice dicha Secretaría, en materia de prevención y control de enfermedades transmisibles y de investigación para la salud, así como de las que al Consejo de Salubridad General le confiere la Constitución General de la República y otras disposiciones legales.

ARTICULO 2°.- El órgano desconcentrado, para la consecución de su objeto, tendrá las funciones siguientes:

I.- Ser el medio para coordinar las acciones de las dependencias y entidades de la administración Pública Federal en lo relativo a los programas de investigación, prevención y control de la epidemia del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, así como promover la concertación de acciones con las instituciones de los sectores social y privado que lleven a cabo tareas relacionadas con los programas mencionados;

II.- Proponer los mecanismos de coordinación entre las autoridades federales y los gobiernos de los Estados con el objeto de que éstos puedan aplicar las medidas necesarias para evitar la diseminación del Virus de la Inmunodeficiencia Humana;

III.- Proponer el Programa Nacional para la Prevención y Control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana;

IV.- Promover y apoyar la realización de investigaciones en relación al Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida;

V.- Fijar criterios en materia de investigación y eventos científicos;

VI.- Apoyar y realizar la difusión de información sobre prevención y tratamiento del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, en el marco de los programas de educación para la salud de la Secretaría de Salud.

VII.- Proponer al Consejo proyectos de reformas a las disposiciones jurídicas relacionadas con la transmisión, prevención y control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida;

VIII.- Sugerir medidas de prevención y control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida;

IX.- Proponer la forma y términos de la aplicación de los recursos que obtenga por cualquier título legal, en función del combate a la epidemia del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida;

X.- Expedir sus bases de organización y funcionamiento, y

XI.- Las demás que sean necesarias para el cumplimiento de su objeto.

ARTICULO 3°.- Para el cumplimiento de sus atribuciones el órgano contará con:

I.- El Consejo;

II.- El Coordinador General, y

III.- El Patronato.

ARTICULO 4°.- El Consejo se integrará por vocales que serán representantes de las dependencias de la Administración Pública Federal centralizada que sean invitadas por el Secretario de Salud, quien lo presidirá, así como por representantes del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Subirán y del Instituto Nacional de Salud Pública.

El Consejo por conducto de su Presidente, podrá invitar a sus sesiones a representantes de otras entidades de la Administración Pública Federal, de los gobiernos estatales, de las instituciones u organismos nacionales, internacionales o extranjeros que tengan relación con el objeto del Consejo, así como a representantes de los sectores social y privado cuyas actividades tengan relación con los asuntos a tratar en la sesión correspondiente. Cada representante titular designará su respectivo suplente.

El Consejo contará con un Secretario de actas que será designado por el Consejo, a propuesta de su Presidente.

ARTICULO 5°.- El Presidente del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, en sus ausencias, será suplido por el Coordinador General del mismo.

ARTICULO 6°.- Los miembros del Consejo se reunirán trimestralmente en sesiones ordinarias o en reuniones extraordinarias cuando sean convocados por su Presidente. Las sesiones se llevarán a cabo con la asistencia del Presidente del CONASIDA o quien lo supla y de la mayoría de los miembros permanentes del Consejo. Las resoluciones se tomarán por mayoría de votos de los miembros presentes y, en caso de empate, quien presida tendrá voto de calidad.

De una forma manera muy general estos son los artículos más importantes del decreto que tratan de ilustrar las principales funciones de esta, tan necesaria y humana Institución, CONASIDA. Que fue creada con la firme esperanza de brindar amor y esperanza.(38).

2.5.8. AMIGOS VOLUNTARIOS EN EDUCACIÓN Y SERVICIOS (AVES).

AVES: Es una organización que fue fundada en 1988 con el propósito de proveer apoyo, educación, y servicios sociales a hispanos con VIH/SIDA y a sus seres queridos.

(38) <http://www.ssa.gob.mx/conasida/quees.htm>

2.5.8.1. OBJETIVO GENERAL.

- Promover una comunidad saludable por medio de educación, prevención de enfermedades venereas, capacitación, y atención directa a latinos y otros grupos que históricamente han sido poco atendidos.
- Trabajar con comunidades, respetando diferencias en idioma, cultura, e identidad sexual.
- AVES se ha comprometido a detener la transmisión del VIH y a vincular a nuestra comunidad con servicios y asistencia.

2.5.8.2. SERVICIOS QUE OFRECE AVES.

- Alcance y Colocación
- Manejo de Casos
- Salud Mental
- Grupos de Apoyo
- Alcance y Capacitación para Mujeres
- Educación y Prevención
- Salud Dental
- Capacitación en el Hogar
- Actividades Sociales y de Recreo
- Proyectos Especiales
- Línea de Información
- Programas para Voluntarios

2.5.8.3. ALCANCE Y COLOCACIÓN.

El programa de alcance ha estado operando desde 1992. El propósito primordial de este programa es el de diseminar información sobre servicios de HIV/SIDA y ayudar a personas afectadas a recibir servicios necesarios para cuidar su salud.

Los especialistas bilingües de AVES van “ a donde esté el cliente” y le prevén con información sobre los servicios disponibles y le asisten a que reciba los servicios que necesite de inmediato.

Después de identificar sus necesidades, el especialista lo colocará directamente en los servicios de AVES o en cualquier otra agencia proveedora de servicios HIV/SIDA.

2.5.8.4. MANEJO DE CASOS.

El programa de manejo de casos opera desde 1991.

El papel básico del manejador de casos es el de identificar las necesidades médicas, financieras, sociales y emocionales de una persona con VIH/SIDA y desarrollar un plan de servicios individualizado que le permitirá recibir una atención completa. Este plan de servicios le ayudará al paciente y su familia a hacer decisiones sobre sus necesidades inmediatas y planear para el futuro.

Algunos de los servicios disponibles incluyen: asistencia de abogado para asuntos legales y de inmigración, servicios médicos y de hospital, servicios de consejero, servicios de transporte, ayuda financiera, cupones para comida, comestibles, servicios dentales, seguro social, y otros servicios.

La relación entre una persona con VIH/SIDA y el manejador de su caso se mantendrá hasta que el cliente lo deseé o lo necesite.

2.5.8.5. SALUD MENTAL.

El programa de consejería ha estado operando desde 1990.

Se considera el estado emocional de una persona infectada y/o afectada por el VIH/SIDA es de suma importancia puesto que afecta su salud. La meta de los servicios es brindar el apoyo emocional necesario para confrontar los obstáculos con los que se enfrente a causa de un diagnóstico de VIH/SIDA. La meta es ayudar a alcanzar la estabilidad emocional necesaria para lograr y mantener la mejor calidad de vida posible.

Los consejeros han sido entrenados para asistir a la familia Hispana de una manera impersonal, especialmente con referencia a temas como el SIDA. Los servicios se ofrecen en el lugar que lo requiera la persona afectada. Los servicios son estrictamente confidenciales y se ofrecen a personas con VIH/SIDA y sus seres queridos, incluyendo a sus niños.

Cuando un padre/madre de familia se le diagnostica con VIH/SIDA, sus niños pueden llegar a estar confusos o temerosos. Por esa razón sabemos la importancia de que ellos reciban el apoyo emocional necesario. Se les asistirá a que manejen su pena y otros sentimientos que les afecten a causa de su enfermedad usando terapia de juego, pláticas de grupo, actividades sociales y de recreación.

2.5.8.6. GRUPOS DE APOYO.

Los grupos de apoyo han estado en operación desde 1989.

El recibir un diagnóstico de VIH/SIDA puede ser una experiencia difícil y dolorosa. Los grupos de apoyo se ofrecen con el propósito de brindar un ambiente seguro donde pueda hablar sobre su situación, sus sentimientos y sus experiencias. Aquí recibirá apoyo de personas que están pasando o que puedan haber pasado por situaciones similares a las suyas. Estos grupos son dirigidos por un consejero profesional quién también le brindará su apoyo.

La duración de estos grupos es de aproximadamente dos horas. Además, después de la reunión de grupo, se cuenta con profesionales invitados quienes informan sobre los más recientes adelantos en el área del SIDA. Esta información podrá ayudar a hacer mejores decisiones sobre su cuidado.

Los grupos de apoyo se ofrecen en Inglés y Español para las siguientes personas:

- Hombres y Mujeres Gay (Homosexuales)
- Heterosexuales (no gay)
- Mujeres
- Niños, Niñas y Adolescentes.

2.5.8.7. ALCANCE Y CAPACITACIÓN PARA MUJERES HISPANAS.

Este programa fue creado recientemente para capacitar a la mujer Hispana y ayudarle a prevenir el VIH y otras enfermedades transmitidas sexualmente. El objetivo es brindar a la mujer mejor información que le ayudará a tomar decisiones más acertadas sobre su salud y la prevención de enfermedades. A la misma vez, asistir a la mujer interesada a recibir una prueba para detectar enfermedades venéreas, VIH y tuberculosis.

2.5.8.8. EDUCACION Y PREVENCIÓN COMUNITARIA.

El programa de educación y prevención opera desde 1988, bajo el mando de educadores bilingües entrenados específicamente para diseminar información sobre la prevención del VIH/SIDA y otras enfermedades transmitidas sexualmente. Este programa ha sido diseñado para públicos diversos, y se ofrece por medio de presentaciones formales en negocios y escuelas o casas particulares.

Por medio de este programa se estableció una relación continua con los medios informativos locales, por medio de los cuales se mantiene informado al público en general sobre los adelantos más recientes en el área del SIDA.

2.5.8.9. SALUD DENTAL.

El programa de salud dental ha sido creado con el propósito de promover el cuidado dental entre los grupos minoritarios con VIH. Se hace énfasis en la importancia del cuidado dental y como tener acceso inmediato a estos servicios por medio de la asistencia del promotor de salud dental. El promotor de salud dental le ayudará a contestar formularios médicos, le hará su cita con el dentista y si es necesario, hará arreglos para su transporte a la clínica dental.

Además de facilitarle acceso a los servicios dentales, también se ofrecen talleres educativos sobre la salud dental.

2.5.9. CAPACITACION EN EL HOGAR.

El programa de capacitación en el hogar se ofrece con el fin de aumentar el conocimiento de personas ya infectadas sobre cómo prevenir la diseminación del VIH y como evitar una reinfección; se ofrece intensa información sobre higiene personal, qué precauciones tomar, nutrición e información relacionada con el cuidado diario de un ser querido con SIDA.

2.5.9.1. ACTIVIDADES SOCIALES Y DE RECREO.

Las actividades recreativas fueron diseñadas con el propósito de brindar diversión en un ambiente culturalmente apropiado a toda su familia, desde el niño hasta la abuela.

- Día de Campo
- Día de los Enamorados
- Cena del Día de las Madres
- Fiesta del 16 de Septiembre
- Navidad
- Día de los Muertos
- Talleres De Salud sobre:
 - Reducción de Estrés
 - Asuntos Legales
 - Educación Sexual
 - Cuidado Dental
 - Tratamiento Médico
 - Nutrición

2.5.9.2. PROYECTOS ESPECIALES.

La Tiendita y Página de Salud

Por medio de la tiendita se brindan comestibles típicos con el fin de satisfacer el paladar Hispano. El valor nutritivo de los comestibles es periódicamente evaluado por voluntarios especialistas en nutrición.

El mantenimiento diario de la tiendita se lleva a cabo gracias al apoyo de voluntarios quienes se encargan de mantenerla en orden y de surtir sus pedidos.

2.5.9.3. LINEA DE INFORMACIÓN.

AVES opera la única línea bilingüe de información en Houston. Esta línea da información VIH/SIDA.

Ofrece voluntarios bilingües con entrenamiento especializado que tiene acceso a información actualizada proveniente de los centros más avanzados. Las llamadas son anónimas y confidenciales.

2.5.9.4. PROGRAMAS PARA VOLUNTARIOS.

Desde su inicio, AVES a necesitado de la participación de voluntarios que proveen servicios a la comunidad. A los voluntarios se les da un entrenamiento intensivo para que puedan proveer educación e información en la línea de ayuda e información de capacitación.

2.6.SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (D I F).

El D.I.F, nace en enero de 1977 siendo producto de la fusión del Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia y el hoy, Instituto Nacional de Pediatría.

Su función principal es la de apoyar a los grupos marginados dentro de la sociedad, en lo que se refiere a la solución de problemas primarios con respecto a la subsistencia, buscando la prevención de daños mayores; mejorar las condiciones de vida de los mismos y el ofrecimiento de una integración a la sociedad.(39).

(39) Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. El DIF Hoy. (México febrero 1998). p. p. 9.

Su objetivo principal es:

- Proteger el sano desarrollo de niños y niñas.
- Promover la integración de la familia.
- Atender a los grupos con mayores necesidades económicas, y que se encuentran en desamparo.
- Mejoramiento del estado de nutrición.
- Asistencia a discapacitados.
- Defensa de los derechos del menor, la mujer y la familia.

Gracias a este tipo de Instituciones millones de personas logramos obtener mejores oportunidades de subsistencia y condiciones de vida que de una u otra forma agrandan nuestro conocimiento y dirigen nuestros pasos por la vida.

2.7. COMISION NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS.

Este organismo es de orden público y tiene aplicación en todo el territorio nacional, en lo que se refiere a los derechos humanos, incluyendo a extranjeros que se encuentren en el país, como lo menciona el artículo 102 constitucional.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos se encarga principalmente de velar por el correcto funcionamiento de la aplicación del derecho por servidores públicos y autoridades locales del D.F y sus órganos de procuración e impartición de justicia.(40).

Según lo dispuesto por el documento llamado "DISCRIMINACIÓN ANTE EL SIDA", se entiende de manera muy general, que las personas tienen derecho a:

- La enfermedad no da derecho a marginar los derechos de las personas.
- Tener SIDA no da derecho para agravar su situación.
- Nadie está obligado a someterse a la prueba de determinación de VIH.
- Nadie que sea portador del virus deberá ser tratado con despotismo y se les brindaran las mismas oportunidades de trabajo sin limitación alguna para realizar actividades que no tengan nada que ver con su enfermedad.
- Tienen derecho al servicio médico y a recibir toda la información respecto de su enfermedad.
- Los niños que viven con VIH/SIDA, tienen derecho a recibir los servicios de salud, educación y asistencia social en igualdad de circunstancias.
- Toda persona tiene derecho a una muerte digna y respetable.

(40) "Documentos del VIH/SIDA" en Ser Humano A. C. y Amigos contra el SIDA. SIDA Hoy. 1ª. Edición s/e. México 1999, p. p. 144-145.

Muchas veces es imposible hacer valer los derechos de las personas, ya que no se cuenta aún, con una formación ético-legal fortalecida, a un nivel general de la sociedad, sin embargo es importante que quienes estamos encargados de dar atención a este tipo de pacientes si lo estemos, y pongamos mayor énfasis en la educación y prevención de la enfermedad con quienes nos rodean, algo se lograra, y con ello salvar más vidas.

2.7.1. REGULACION PARA EL MANEJO DE PERSONAS INFECTADAS POR (HIV) EN CENTROS HOSPITALARIOS.

Desde el principio de la epidemia se reconoce el impacto psicológico y emocional de atender pacientes con infección por HIV, cuando menos en áreas en donde dicha infección es prevalente. En 1981, en San Francisco y Nueva York, médicos, enfermeras, técnicos de laboratorio y nutriólogos discutieron la enfermedad y especularon acerca de la transmisibilidad. En 1982, en ciudades que se asocian con el brote, los profesionales de la salud se familiarizaron con colegas que se negaron a realizar autopsias, no admitieron pacientes enfermos en el hospital y proporcionaron atención de urgencia inadecuada. En San Francisco, en donde la televisión local como los periódicos llamaron la atención hacia esta nueva enfermedad, la ansiedad en profesionales de la salud sufrió altibajos; en parte, como función del volumen y naturaleza de la cobertura de los medios de comunicación. En 1983, el reconocimiento de casos de SIDA en asociación con la administración terapéutica de productos hematológicos confirmó la sospecha de que la enfermedad era una forma potencial transmisible por exposición laboral a líquidos corporales. Además, muchos médicos se enfrentaron a la realidad de que algunos tratamientos que se ordenaron con la intención de beneficiar al paciente, dieron como resultado la adquisición de una infección mortal.(41).

En 1984, los medios nacionales de comunicación cubrieron al SIDA; Perri Klass, entonces estudiante médico en Boston, describió su respuesta y la de sus colegas en un artículo en el New York Times con el encabezado: "el viejo temor de contagiarse surge cuando se trata a un paciente con SIDA".

La consternación acerca del riesgo que se asocia con el tratamiento de pacientes infectados con HIV aumentó en el verano de 1987, cuando los Centres For Disease Control descubrieron tres casos en los cuales, al parecer, el virus se transmitió a profesionales de la salud por exposición de la piel y membranas mucosas. Varios cirujanos anunciaron que no realizarán intervenciones quirúrgicas a pacientes infectados con HIV, de manera independiente de las consecuencias para el paciente.

(41) Sande A.; Merle, Manejo Médico del SIDA. (Tr. Q. F. B. Sergio Cortés Pérez -sic-), Op. Cit. p. 99.

La American Nursing Association, el American College of Physicians y, por último, la American Medical Association emitieron declaraciones que le recordaron a sus asociados la obligación de los profesionales de la salud de atender enfermos. A pesar de estas exhortaciones, numerosos profesionales de la salud, incluso un desproporcionado número de médicos, continuaron renuentes a atender pacientes infectados con HIV. En abril de 1990, un artículo del New York Times con título "muchos médicos rehuyen a la guerra contra el SIDA" y con comienzo "después de 9 años de la epidemia del SIDA, aún gran parte de los médicos de la nación rehúsan a tomar parte en la lucha para tratar de controlar esta mortal enfermedad". El informe de agosto de 1990, de la aparente transmisión de HIV por un odontólogo con infección, a uno o más de sus pacientes, hizo surgir nuevos temas acerca de los profesionales de la salud: la posibilidad de prueba de HIV obligatoria y restricción del ejercicio profesional. (42).

La epidemia de HIV originó una variedad de temas que son angustiantes y aun algunos amenazadores para los profesionales de la salud. Los temas incluyen riesgo laboral, temor, ira, conflicto entre profesionales, preocupación acerca de la competencia profesional, sexualidad, estigma, derechos reproductivos, abuso de drogas ilegales, pena y extinción.

A pesar de una experiencia de diez años con la enfermedad, estos temas todavía son desafiantes, aun en programas hospitalarios y clínicos que se consideran modelos de la atención del SIDA.

En este capítulo se revisa el fenómeno de la evasión del SIDA, el estrés que experimentan los profesionales de la salud encargados del cuidado de individuos infectados con HIV y las estrategias para apoyar a los profesionales de la salud que atienden a pacientes con SIDA.

2.7.2. EVASIÓN DEL SIDA Y PREVALENCIA DE LA RENUENCIA A DAR TRATAMIENTO.

Son demasiadas las descripciones anecdóticas de profesionales de la salud que rehúsan atender pacientes con infección por HIV. Es muy difícil obtener datos reales acerca de la extensión del problema y de su predicción. Hasta cierto grado, la prevalencia de la evasión del SIDA depende de cómo se haga la pregunta. Más profesionales de la salud están de acuerdo con la declaración de que "me gustaría tener la opción de renunciar a la atención de pacientes con SIDA" que con la declaración "en alguna ocasión me rehusé atender un paciente con SIDA".

(42) Pleck JH, O Donnell L., et. Al. : AIDS-phobia, Contact with AIDS, and AIDS-related job stress in change in Hospital Workers. Journal Homosex. 15 : 41, 1988.

Con esa advertencia, una variedad de entrevistas sugiere que del 33 al 65% de los médicos es renuente a tratar pacientes infectados con HIV. La prevalencia de esta renuencia en estudiantes de medicina se estima en 40%, en enfermeras, en 50% y en odontólogos, en 75% antes del informe de las aparentes transmisiones de un odontólogo de Florida.(43).

Hay considerable especulación acerca del impacto de la epidemia de HIV en la disponibilidad de enfermeras y médicos internistas. Es claro que elegir una profesión es complejo y hay evidencia de disminución de popularidad de la medicina interna antes del surgimiento de la epidemia del SIDA. Sin embargo, se cuenta con información acerca de la influencia del SIDA en la selección de la especialidad hecha por profesionales de la salud, proveniente de varios estudios. En un estudio de residentes de medicina interna, 24% indicó que de manera liberada buscó una residencia en un sitio con baja prevalencia de SIDA para el ejercicio de su especialidad. Sólo 17% de los residentes indicó un fuerte compromiso para trabajar con pacientes con infección por HIV, al terminar su especialidad y sólo 3% planeó solicitar un área de alta prevalencia del SIDA para el ejercicio de su especialidad.(44).

De manera global, los estudios con residentes de medicina interna sugieren que 10 a 15% tienen un fuerte compromiso de trabajar con pacientes con SIDA, 25% es evasor activo del SIDA y el resto toma la decisión de su ejercicio profesional de manera independiente a la epidemia.

La prevalencia de evasión del SIDA y la evidencia de que la epidemia de HIV afecta la elección de carrera al menos una proporción de estudiantes en el vital campo de atención al paciente de la medicina interna, práctica familiar y enfermería hace surgir la preocupación acerca de la disponibilidad de atención médica para pacientes infectados con HIV.

El problema se agrava por la diseminación de la epidemia a poblaciones que ya experimentan graves dificultades en el acceso a servicios médicos. La interacción de la oposición psicológica al tratamiento de HIV por parte de los profesionales de la salud con las barreras sociales y económicas para recibir atención médica que, de manera inmerecida, enfrentan las poblaciones ciudadinas causan una negación de atención médica para muchos pacientes ciudadinos.

Existe evidencia de que la epidemia de HIV tiene un efecto especialmente marcado en la disposición de residencias en hospitales municipales con fondos públicos para atraer estudiantes, en comparación con los programas de entrenamiento universitarios con un volumen comparable de pacientes con SIDA.

(43) Sande A., Merle. Manejo Médico del SIDA. [Tr. Q. F.B. Sergio Cortés Pérez -sic-], op. Cit. P. P. 400-401.

(44) Idem p. P. 420-421.

Es crítico entender la renuencia al tratamiento como el estrés de trabajar con SIDA, con objeto de motivar a los profesionales de la salud a que atiendan el cada vez mayor número de personas que sufren y sufrirán la enfermedad por HIV y para apoyar a estos profesionales a que traten personas con SIDA.

2.7.3. TEMOR AL CONTAGIO Y RIESGO LABORAL.

El riesgo laboral y el temor al contagio dominan la discusión de la oposición para tratar el SIDA.

Virtualmente, todos los medios de comunicación que realizan coberturas acerca de profesionales de la salud que se niegan a atender pacientes con SIDA y mucha de la investigación formal acerca de la actitud de los profesionales asume que las personas que tienen deseos de tratar pacientes con SIDA, por alguna razón se encuentran sin preocupación por el riesgo de la infección laboral que "quienes se niegan". Sin embargo, esta hipótesis no se opone a un examen cuidadoso. Al principio de la epidemia, se observó que mujeres profesionales de la salud eran menos difíciles que trabajaran con pacientes con SIDA que sus colegas hombres, al menos cuando la actividad homosexual era el comportamiento de riesgo predominante. Se continúan estudios mucho más grandes con objeto de demostrar una marcada diferencia en la evasión del SIDA entre hombres y mujeres. Cuando la adicción a drogas que se inyectan es la conducta de riesgo más común, esta diferencia de actitud entre hombres y mujeres no se observa. Incluso en los primeros días cuando era mínimo el conocimiento acerca del agente infeccioso y del nivel de riesgo laboral no hubo fundamento para creer que los profesionales de la salud, hombres y mujeres, enfrentarían diferente posibilidad de infección laboral. Por lo tanto, la diferencia sugiere otros factores que simples diferencias en la estimación del riesgo laboral, por lo que median la oposición a dar tratamiento.(45).

En lugares de alta prevalencia de HIV, los profesionales de la salud conservan un sano respeto y considerable atención acerca de la transmisión laboral.

Esta inquietud tiene lugar en un amplio estudio de residentes de medicina interna: 22% que se preparó en instituciones en que el SIDA es prevalente y la población de pacientes es adicta a drogas intravenosas sufre lesiones accidentales con agujas de pacientes positivos para HIV, en comparación con 7% que trabajó en áreas con prevalencia de SIDA, en donde principalmente la población es homosexual y con 5% que se preparó en instituciones "bajas de SIDA". En una escala de medición de "temor al contagio", los residentes en programas de instituciones "altas de SIDA/prevalencia de adictos a drogas intravenosas "presentaron mayor temor, aun

(45) Secretaría de Salud. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. Información General .Medidas Preventivas, s.e.s. 1 1989.

cuando tuvieron el más grande compromiso de trabajar con personas infectadas con HIV al terminar su entrenamiento. De hecho tiene poco sentido creer que los profesionales de la salud que trabajan en lugares en donde HIV es prevalente y tienen una probabilidad más alta de exponerse a líquidos corporales positivos para HIV y, a fin de cuentas, de presentar seroconversión laboral, no es justo esto. Otros factores deben explicar las variaciones en la voluntad de los profesionales para tratar personas con SIDA.(46).

2.7.4. FACTORES QUE SE ASOCIAN CON LA EVASIÓN DEL SIDA.

Una opinión negativa de la homosexualidad y actitudes negativas hacia los homosexuales son características que con más frecuencia se identifican de los profesionales de la salud que son renuentes a tratar pacientes infectados con HIV.

Otros factores que influyen la voluntad de los profesionales de la salud para tratar personas con SIDA, incluyen actitudes hacia adictos a drogas intravenosas, el nivel de comodidad con un cuidado terminal o un modo de tratamiento de hospicio y el sentido del deber individual de los profesionales médicos.(47).

En un estudio de residentes médicos, estos cuatro factores dieron cuenta de más del 50% de variabilidad entre residentes con una fuerte intención de tratar pacientes infectados con HIV, al término de su preparación y aquellos con poco o ningún compromiso hacia el cuidado del paciente con SIDA. Las decisiones de los médicos en ejercicio acerca de tratar personas con SIDA, de manera presumible se influyen por los mismos factores, pero también se sujetan a algunas consideraciones del ejercicio profesional. (48).

En áreas de baja prevalencia de SIDA, la preocupación acerca de la competencia profesional y la falta de voluntad para prestar atención médica, que se percibe como compleja y demandante y para la cual el profesional médico carece de entrenamiento formal, a menudo se citan como razones para rehusarse a tratar pacientes infectados con HIV. En áreas de alta prevalencia de SIDA, los médicos en ejercicio tienen otras preocupaciones. En 1987, en una entrevista con médicos de la Comunidad de Queens, Nueva York, 35% atendió personas con enfermedades dentro del espectro de HIV. Sin embargo, 32% indicó no aceptar nuevos pacientes con HIV.

(46) Idem.

(47) Velásquez V; Gloria y Gómez A.; Rubén Dario. SIDA; Enfoque Global.Op. cit. p. 45-46.

(48) Idem. p. 50-52.

Una vez más, el temor al contagio no distinguió a los profesionales que prestan atención de quienes no la dan. Más bien, la creencia de que atender pacientes infectados con HIV es negativo en el ejercicio profesional (porque dificulta contratar personal de consultorio y aumenta el riesgo de perder otros pacientes) de manera significativa se asoció con la oposición al tratamiento. Es posible que otros factores influyen la voluntad de otros profesionales y paraprofesionales de la salud para trabajar con una población infectada con HIV; sin embargo, aparte de médicos y enfermeras son mínimos los estudios de otros grupos de profesionales.

En México, el trato al paciente con SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) es, en las Instituciones de Salud, no menos diferente que en otros lugares del mundo; regularmente se les margina y distingue como lo peor que pueda existir en el mundo, no existe un trato real de respeto, como seres "humanos", "enfermos", carentes de comprensión y cariño. Regularmente la mayor parte de personal que integran el equipo de salud, los recrimina por ser portadores de dicha enfermedad, no analizando (estudiar o revisar en forma rápida su expediente), en muchas ocasiones el porque están enfermos (pueden ser muchos los motivos) ; es tanta la carga de trabajo que se proporciona cantidad, no calidad. El personal médico y paramédico muchas veces olvida que su principal obligación es para con el paciente; es decir; procurar en la mayor posibilidad (satisfacer sus necesidades tanto físicas como emocionales principalmente), brindar comprensión y apoyo en la última etapa de su enfermedad y vida. Aún falta mucho por hacer, pero lo principal no depende de las Instituciones de Salud, ni del personal que labora para ellas, sino de todos y cada uno de los habitantes de este mundo, ser más responsables de nuestros actos mediante la prevención; en tanto se descubre la cura que puede salvar a la humanidad.(49).

2.7.5. REGULACIÓN DEL ACTUAR DE LAS PERSONAS INFECTADAS POR HIV, FRENTE A LA SOCIEDAD.

La discriminación hacia las personas que viven con VIH/SIDA o quienes tienen prácticas de riesgo surgió debido a que los primeros casos se presentaron en grupos ya marginados. El miedo, la desinformación y los prejuicios generaron propuestas discriminatorias; entre las que sobresale la idea (que se lleva a cabo en algunos lugares) de formar sidarios, es decir, locales aislados en los que se recluyeron personas con SIDA para que no tuvieran contacto con los demás, esta marginación es una manera de abordar un problema de salud al estilo en que fue abordada en la antigüedad la lepra.

En la actualidad no existe gran diferencia respecto al trato que se da a personas que padecen esta terrible enfermedad; llena de un nivel muy alto de marginación, odio, desprecio, y repugnancia.

(49) Rico, Blanca y Uribe, Patricia. Qué Onda con el SIDA, 1ª EDICIÓN. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, México 1995.

En México, la educación respecto a la enfermedad está en progreso ya que hay mucha información en los diversos medios de comunicación; pero no es suficiente, ya que las tasas de mortalidad indican lo contrario. Es necesario intensificar los programas de educación y prevención en todo el país.

Regularmente las personas que padecen este mal sufren una agonía, lenta, larga y progresiva, sin esperanza alguna de sobrevivir; y lo más triste, es el repudio del cual son objeto, por parte de la sociedad; y lo más doloroso para ellos es que la propia familia sea quien los señala, al no permitirles ser parte del grupo.

Hoy en día el SIDA ha rebasado los límites de la marginalidad y se ha estructurado como un problema, no de moral, sino de salud pública y un fenómeno social que nos implica a todos, nos obliga a protegernos en nuestra vida sexual y a aprender a vivir con el VIH, no solo si lo llevamos en nuestro cuerpo, sino aprender a vivir en una nueva situación social en la que existe esta enfermedad.(50).

Es importante saber que debemos cambiar de actitud, frente a este problema social, ser más humanos y comprensivos, con quienes padecen esta enfermedad; hoy por ellos y mañana por nosotros.

(50) Gaceta CONASIDA, Año I. 1988 CONASIDA bimestral. México D. F.

CAPITULO III.

ASPECTO SOCIOLOGICO.

3.1. EL SIDA COMO RIESGO SOCIAL.

Hubo una respuesta muy diversa en los distintos sectores sociales, el hecho de que la enfermedad, al principio se haya presentado en varones homosexuales llevó a que se le diera el nombre de GRID (Guy Related Inmunodeficiency) enfermedad de inmunodeficiencia asociada a homosexuales. Posteriormente al descubrirse que se presenta en otras poblaciones, se le llamo Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Los investigadores en biología molecular lograron que por primera vez en la historia de las enfermedades se descubriera en poco tiempo el agente causal de una enfermedad. En 1983 el Dr. Montagnier, del Instituto Pasteur en Paris logró aislar el virus que causa la enfermedad llamada SIDA. Posteriormente, el Dr. Robert Gallo en Estados Unidos, publicó un artículo en el que afirma que el fue quien descubrió el virus que causa el SIDA. Actualmente se sabe que el verdadero descubridor es el Dr. Montagnier, sin embargo, esta lucha hizo que se frenara la investigación mientras se resolvía el conflicto de quien descubrió el virus del SIDA.(51).

Los grupos de ideologías conservadoras manifestaron la postura de que el SIDA era un problema moral y un castigo divino, generando discriminación hacia las personas que viven con VIH o SIDA.

Los medios de comunicación, por su parte, lanzaron una serie de mensajes llenos de mitos en torno a SIDA y sexualidad, asociando esta enfermedad a homosexuales, trabajadoras sexuales, personas usuarias de drogas intravenosas, además de ideas que asociaron SIDA a muerte, y sexo a SIDA.

A partir de esta identificación de grupos más afectados, se manejó durante mucho tiempo el concepto de "grupo de alto riesgo", refiriéndose a grupos en los que se presentaba la enfermedad con mayor frecuencia. Esto generó que los grupos que no se consideraron de riesgo se sintieran ajenos, que no se protegieran y que discriminaran a las personas que viven con VIH/SIDA. Actualmente no se maneja el concepto de grupo de alto riesgo porque es discriminatorio, ya que existen grupos exclusivos en riesgo para VIH y porque el término se asocia a "altamente peligrosos", generando miedo hacia quienes viven con la infección por HIV.

Es un síndrome en el que se manifiestan más enfermedades, llamadas oportunistas. Esta enfermedad genera miedo porque a ella se asocian otras enfermedades, a las cuales se les da la categoría de oportunistas, término que tiene una connotación de que espera la oportunidad de atacar.

(51) Boletín Mensual. SIDA/ETS. Num. 3, 1995. Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. Mensual, México D. F.

Es una enfermedad cuya evolución se explica a través de etapas. La colectividad no diferencia entre vivir con SIDA : a las personas asintomáticas se les considera enfermos y se les percibe como sentenciados a muerte. También se puede tener el significado de que después de cada etapa sigue otra necesariamente de manera progresiva hasta llegar a la muerte. Esto implica que se asuma que una persona que se encuentra en la primera etapa está potencialmente en la última o es un muerto potencial.

Algunos síntomas son visibles y afectan la imagen en el plano estético. El deterioro de la imagen física es objeto de rechazo y se fomenta aún más la idea de la enfermedad como castigo. El síndrome de desgaste y algunas enfermedades oportunistas evidencian el deterioro.

El SIDA es causado por un virus que ataca a las defensas del organismo. En salud se maneja mucho la metáfora de los agentes infecciosos como "monstruos" o "enemigos" que "atacan" al cuerpo, y se considera al sistema inmunológico como defensas y "soldados" que atacan a los "agentes externos". El VIH infecta precisamente al sistema inmunológico, lo cual hace que se perciba como una enfermedad causada por villanos que buscan minar a los que defienden al cuerpo. Esta metáfora llega a provocar rechazo hacia quienes viven con el virus en su cuerpo.(52).

El SIDA es una enfermedad que se ha dado a conocer de manera reciente. Esto ha generado polémicas en relación a cuál es el origen del virus y de la enfermedad; generalmente se le asocia a orígenes extranjeros, o se busca asignarle la culpa a alguien. Este es un proceso en el que se buscan culpables y se trata de identificar al virus como un invasor que viene de otro país, de otra raza, de otro continente, de otra preferencia sexual, de otra especie de primates (mono verde de Africa), etc.

El SIDA es una pandemia. En muchas ocasiones se le ha llamado peste, término que actualmente se asocia a castigo y que implica un panorama apocalíptico. Se le da a la aparición del SIDA el sentido de una crisis de salud, producto de una "crisis de valores".

En el proceso de infección por VIH hay un periodo asintomático que puede durar años. Esta latencia implica la idea de que cualquier persona es "un portador potencial", se incrementan el miedo irracional a la transmisión y una necesidad de identificar a quienes tienen la infección, intentando aplicar la prueba de detección a todo mundo. Otro de los efectos es la propuesta de la segregación.

El VIH se transmite principalmente por vía sexual. Se retoma la asociación de enfermedad con castigo.

(52) Diccionario Comentado del VIH/SIDA. Op. Cit. 234.

3.1.1. EL IMPACTO DEL SIDA EN LA SEXUALIDAD.

Ahora en los tiempos del SIDA se ha requerido romper el silencio e iniciar la educación sexual integral, lo que ha provocado una serie de posturas encontradas, sin embargo, poco a poco se forma una estructura que retoma la sexualidad en sus dimensiones más cotidianas, del plano de lo público y lo privado, de lo "permitido" y lo "no permitido" y de la vida humana en general. Todo esto implica trastocar estructuras de poder, especialmente las que normatizan y reprimen.

El VIH/SIDA ha sido un fenómeno que ha incidido en nuestra sexualidad, no solo porque se ha tenido que romper el silencio, sino porque se habla de que nuestras prácticas sexuales nos pueden exponer al riesgo de adquirir o transmitir el VIH, por lo que se requiere seguir alternativas de prevención. El VIH/SIDA es un problema que ha venido a limitar la vivencia de nuestra sexualidad, pero también ha motivado a cambiar, y combatir la intolerancia a la diversidad sexual y aceptar nuestra sexualidad.(53).

3.1.2. LA CONSTRUCCIÓN DE LA IMAGEN SOCIAL DEL SIDA.

A lo largo de la historia muchas culturas han considerado las enfermedades como castigos y les han adjudicado un origen externo. Generalmente son consideradas como "el mal" y se busca "luchar" contra las mismas. Ahora gracias al microscopio, se puede además observar los causantes de las enfermedades, lo cual ha favorecido esa concepción de que son causadas por entidades externas que tratan de causar daño y de que la persona enferma transporta y transmite esas entidades.(54).

A continuación se retoman algunos de los elementos de las características de la enfermedad y su agente causal que conllevan a una serie de significados, que a su vez determinan los sentimientos y las acciones, y que generalmente se manifiestan en actos discriminatorios y desprotección.

El SIDA es una enfermedad que no es curable. Genera la idea de que todo está perdido y no tiene sentido el apoyo a las personas que viven con VIH/SIDA.

El SIDA es una enfermedad mortal. En nuestra cultura suele manejarse la muerte como un castigo, en las producciones literarias y de los medios de comunicación se maneja la muerte solo para los villanos.

(53) Sande Volberding, Manejo Médico del SIDA. Op. Cit. p. p. 59-60.

(54) Hambling, Christine y Mathews, Pauline. Sociología, Perspectiva y Desarrollo de la Sociedad Humana (Tr. Orlando Espinosa de los Monetros). 2ª. Reimpresión. Edit. Publicaciones Cultural. México 1991.

3.2. REACCIÓN DE LA FAMILIA Y DE LA SOCIEDAD EN RELACIÓN A ESTA ENFERMEDAD (SIDA).

Un aspecto del SIDA que lo pone por separado de otras enfermedades que ponen en peligro la vida es el hecho de que esta enfermedad se encuentra con más frecuencia entre miembros de grupos socialmente estigmatizados. Este puede ser un factor de particular confusión en la capacidad o voluntad del sistema de apoyo tradicional del paciente para estar a su lado. Entre muchos hombres homosexuales que viven un estilo de vida homosexual abierta, por ejemplo, no es extraño que se desarrolle una familia no tradicional. El paciente puede tener una relación estable de por vida con su pareja, que es indistinguible en tono y forma de los de un matrimonio heterosexual. De manera alternativa, el paciente puede encontrarse sin una relación primaria, pero puede tener un círculo cerrado de amigos que sustituye a la familia biológica. En algunos casos, los padres biológicos están conscientes de la homosexualidad de su hijo, aunque el conocimiento del estilo de vida del paciente no necesariamente implica que la familia lo permita o lo apruebe. De hecho, hay conflicto abierto entre la familia biológica del paciente y su familia no tradicional de amigos. En particular, este resultado es posible cuando los padres no sabían de la homosexualidad de su hijo antes de presentar la enfermedad o lo sabían, pero se niegan a reconocerlo de manera abierta. También se puede esperar un conflicto cuando a los familiares se les pide de manera repentina que reincluyan al hijo o hermano al cual la familia ha estado emocionalmente distante debido a conflictos anteriores sobre esta materia. En ocasiones estos padres o parientes consanguíneos son más difíciles, puesto que con frecuencia tienen sentimiento de culpabilidad por haber rechazado a su hijo o hermano y ahora con esta enfermedad creen que deben compensar de inmediato los malos sentimientos entre ellos que tuvieron durante años. Este "caso no cerrado" causa dificultades en la negociación con el paciente y su familia actual, debido a que los padres resienten o simplemente no aceptan la legitimidad del compromiso entre su hijo y su padre o sus amigos.(55).

Las variaciones en este escenario básico son comunes y la aptitud de crisis emocional que existe al trabajar con personas con SIDA es el resultado de una combinación de factores médicos, psicológicos y sociales. Cuando los individuos se fuerzan a enfrentar varios temas difíciles, de manera simultánea, que incluyen homosexualidad, alejamiento prolongado y muerte inesperada, los resultados son dramáticos.

El asesor psiquiátrico es de ayuda en estos casos al trabajar de manera individual con ambos padres y su familia. En ocasiones la resolución se adelanta por la simple pero importante intervención de reconocer la extensidad del conflicto y de disminuir los sentimientos de tensión de cada parte. El asesor auxilia al concienciar la urgencia de la situación y más adelante ayuda a ambos a comprender los sentimientos difíciles de cada lado. Al actuar como abogado del paciente, el asesor sirve como especialista que

(55) Abrego Leticia y E. De Caso, Laura. Guía para la Atención Psicológica de Personas que Viven con VIH/SIDA. CONASIDA, México 1999.

interviene en la crisis y como mediador para alcanzar una resolución o cuando menos un compromiso mutuo por ambas partes. Si no se alcanza una comunicación directa, el asesor aún auxilia como enlace entre los dos lados, el llevar información y establecer límites que respeten los deseos de ambas partes como sea posible. Después de que pasa la crisis, el asesor ofrece asistencia psicológica o cita a los individuos participantes. Con frecuencia, las familias afligidas por tener un ser querido con SIDA sufren solas, puesto que sienten que es inaceptable llevar sus preocupaciones al hogar o a su comunidad.

3.3. MANEJO QUE DAN LAS INSTITUCIONES DE SALUD A ESTA ENFERMEDAD (SIDA) PARA SU PREVENCIÓN CONTROL Y TRATAMIENTO.

TRASTORNOS NEUROPSIQUIIATRICOS EN PACIENTES CON HIV.

Se ha escrito demasiado acerca del significado de los efectos psicológicos y sociales de la epidemia del SIDA.

Debido a la complejidad de estos efectos sobre el bienestar de las personas que viven con enfermedad a causa de HIV los profesionales de la salud y la familia deben ensanchar su panorama normal y considerar con mucho cuidado el medio psicológico y social de sus enfermos. El uso de servicios de apoyo emocional y social con frecuencia es básico para su atención. Además, estos servicios de apoyo y ayuda para enfrentarse a la realidad de vivir con enfermedad por HIV con regularidad son necesarios para la familia y personas cercanas al paciente y aquellas que le prestan atención médica.(56).

Por lo tanto, en especial para el clínico de primer nivel, el conocimiento acerca de las condiciones psiquiátricas comunes observadas en este grupo de pacientes es crítico en el éxito del cuidado de pacientes infectados con HIV. Por último, si bien una discusión de las amplias implicaciones psicológicas de la epidemia del SIDA es de interés, el propósito aquí es señalar los trastornos psiquiátricos más comunes que se encuentran en el cuidado clínico de pacientes con enfermedad por HIV.(57).

(56) Navia BA, Price RW: Dementia Complicating AIDS. *Psychiatrics Ann.* 16:3, 1986.

(57) Catalán J.: Psychosocial and Neuropsychiatric aspects of HIV Infection: Review of their extent and implications for psychiatry. *J. Psychosom. Res.* 32 (3): 237-248, 1988.

3.3.1. TRASTORNOS DE AJUSTE.

Se describe los trastornos de ajuste debido a que caracterizan mejor las reacciones psicológicas que se presentan en personas infectadas con HIV y que se aluden con mayor frecuencia en evaluaciones psiquiátricas. Esta categoría diagnóstica se informó con mayor regularidad en una de las primeras investigaciones de consultas psiquiátricas en pacientes hospitalizados con SIDA y en una de las más recientes entrevistas de pacientes con enfermedades dentro del espectro de HIV que asisten a una clínica mental.(58).

Estas reacciones, ya sea dominadas principalmente por rasgos depresivos o de ansiedad, son a causa de una serie de sucesos dentro de la vida cotidiana con infección por HIV (por ejemplo:, gran caída de número de células T cooperadoras; ser incapacitado para realizar trabajo común; Diagnóstico de una infección oportunista o necesidad de cambiar o añadir medicamentos antivirales). El diagnóstico de los trastornos de ajuste difiere de sus contrapartes principales (depresión mayor y trastornos de ansiedad generalizada) sólo por la intensidad y duración de los síntomas. En cualquier caso, se considera que el individuo padece una " reacción inadaptativa a un estrés psicosocial conocido que ocurre tres meses después del surgimiento del problema ". Una reacción inadaptativa se considera principalmente cuando altera el funcionamiento social u ocupacional o cuando la reacción se considera mayor que la esperada. La distinción entre pacientes cuyos síntomas caen dentro de la categoría de trastornos de ajuste y en quienes se presenta una psicopatología grave es muy importante cuando se planea el tratamiento.(59).

El tratamiento normal para individuos con trastornos de ajuste incluye periodos breves de administración de agentes ansiolíticos o hipnóticos para tratar insomnio temporal y, por lo general, incluye citarlos para que reciban psicoterapia de apoyo. Los médicos que proporcionan atención primaria también son de provecho al programar consultas más frecuentes y al realizar esfuerzos especiales para reasegurar y apoyar emocionalmente al paciente. El trato de la familia y sociedad también es ayuda como medio para conectar a éstos enfermos y proporcionarles un amortiguador contra el aislamiento social prolongado o el retiro. Además quienes recién se enteran de su infección por HIV, por lo general resultan beneficiados al participar en comunidad con personas infectadas con HIV. Este proceso de involucrarse con otras personas que enfrentan su enfermedad es un paso importante en la aceptación de su infección y en la necesidad de empezar a afrontarla.

(58) Dillely JW, Ochitill HN, Perl M., et al: Findings in psychiatric consultations with patients with AIDS. *Am. J. Psychiatry* 85: 142-146, 1985.

(59) O'Dowd MA, Natali C, Orr D, et al: Characteristics of patients attending an HIV-related psychiatric clinic. *Hosp. Community Psychiatry* 42: 615-618, 1991.

3.3.2. TRASTORNOS AFECTIVOS.

Las principales características de los trastornos afectivos incluyen alteraciones del estado de ánimo. El trastorno afectivo más común en personas con HIV es la depresión mayor, aunque conforme la enfermedad se disemina, se observa con más frecuencia personas con enfermedad bipolar preexistente.(60).

En ambos casos, el diagnóstico se realiza con base en la historia clínica al detalle y en la intensidad y duración de los síntomas. Estos diagnósticos sólo se realizan en ausencia de causas orgánicas conocidas de depresión o manías; criterio que con frecuencia es problemático en la evaluación de personas infectadas con HIV.

3.3.3. DEPRESIÓN MAYOR.

Examinar la depresión en pacientes con enfermedad por HIV es una de las tareas más comunes que se les exige a los psiquiatras. Los médicos que prestan atención primaria deben mantener un alto índice de sospecha acerca de presencia de depresión en sus pacientes con HIV. En ocasiones los médicos caen presa de la noción de que los síntomas depresivos del paciente son "entendibles", puesto que se enfrentan a una enfermedad que pone en riesgo su vida y de este modo dan menos importancia a la seriedad de los síntomas que se informan. Con frecuencia esta actitud es una respuesta a los deseos del paciente: los pacientes a veces minimizan sus quejas queriendo aparentar que mantienen una actitud de "lucha" y a menudo expresan sentimientos de molestia o vergüenza de que experimentan una depresión significativa. Si el médico permite esta decepción, el paciente es quien finalmente sufre debido a que la depresión mayor es una enfermedad claramente tratable en pacientes con enfermedad por HIV.(61).

La depresión mayor se encuentra en 10 a 20% de pacientes infectados con HIV y es causa de morbilidad significativa en esta población. (62).

Los pacientes reciben una mejor atención si se citan para examinarlos siempre que alguna duda surja.

El diagnóstico diferencial de la depresión es extenso; aunque es de importancia ser sensible al significado psicológico de la enfermedad del paciente y al ambiente psicosocial actual, también es importante estar conciente de la posible contribución de

(60) Baer JW: Study of 60 patients with AIDS or AIDS-related complex requiring psychiatric hospitalization. Am. J. Psychiatry 146: 1285-1288, 1989.

(61) Fernandez R, Holmes VF, Levy JK, et al: Consultation-liaison psychiatry and HIV-1 related disorders. Hosp. Community Psychiatry 40: 146-153, 1989.

(62) Atkinson JH, Grant I, Kennedy CA, et al : Prevalence of psychiatric disorders among men infected with human immunodeficiency virus: A controlled study. Arch. Gen. Psychiatry 45: 859-864, 1988.

factores orgánicos al atender pacientes con HIV. Varios trastornos orgánicos producen síntomas que semejan depresión; por ejemplo, demencia temprana que se asocia con HIV, trastornos metabólicos, y efectos secundarios de medicamentos (p. ejemplo: náusea y pérdida de apetito por el tratamiento con trimetoprim – sulfametoxazol). Además los síntomas constitucionales de la misma enfermedad por HIV (p. ejemplo: anorexia, pérdida de peso, fatiga) oscurecen aún más el cuadro diagnóstico. Sin embargo, una vez que son excluidos los trastornos neurológicos y los efectos secundarios de medicamentos, la distinción entre trastornos orgánicos del estado de ánimo y los denominados trastornos psiquiátricos “ funcionales “ es menos útil en el cuidado clínico de los pacientes. (63).

Por último, como el sistema nervioso central se afecta al principio del curso de la infección por HIV, un sistema cerebral normal en estos pacientes es raro especialmente en quienes presentan síntomas psiquiátricos significativos.

El tratamiento de pacientes que se cree tienen alteraciones mayores del estado de ánimo debe incluir intervenciones psicofarmacológicas, apoyo de familia, sociales o ambas y una breve psicoterapia de apoyo. El uso de medicamentos antidepresivos y estimulantes para estos enfermos se debe valorar por un especialista.

Las características más particulares de la enfermedad bipolar incluyen discretos periodos de un estado de ánimo elevado, eufórico, o irritable y los que se peculiarizan por depresión. Los enfermos con trastorno bipolar y enfermedad por HIV se atienden en gran medida como pacientes bipolares sin infección por HIV, con excepción de que si se necesitan medicamentos antipsicóticos, se deben utilizar agentes de bajo o moderado rango potencial. Por medio de la experiencia se demostró que el uso de carbonato de litio en esta población se tolera en forma correcta en los rangos de dosificación normales. En pacientes maniáticos agudos debe mantenerse la concentración sanguínea en el rango terapéutico normal; sin embargo, la determinación de ésta es más útil para excluir la presencia de toxicidad por litio que para guiar las decisiones terapéuticas globales, las cuales dependen más de la presentación clínica del paciente.

En enfermos con HIV que desarrollan diarrea o deshidratación como consecuencia de algún proceso patológico subyacente que se asocia con HIV, el médico debe cuidar el desarrollo de toxicidad por litio; de modo que, la concentración de sostén en este grupo debe de conservarse en el rango de 0.4 meq/L. Asimismo, debido a la alta incidencia de trastornos neurológicos en pacientes con enfermedad por HIV, aquellos con lesiones neurológicas focales, demencia que se asocia con HIV concomitante o antecedente de toxoplasmosis con su consecuente riesgo de convulsiones, también deben ser tratados con carbamazepina; no obstante, vigilar de cerca los signos de supresión de la médula ósea debe ser parte integral del plan de tratamiento.

(63) Fogel BS: Major depression versus organic mood disorder: A questionable distinction. J. Clin. Psychiatry 51: 2, 53-56, 1990.

La carbamazepina es útil también en el tratamiento de personas con manía orgánica. Si se selecciona, debe iniciarse con una dosis de 100 mg dos veces al día, con un incremento gradual hasta de 600 a 1000 mg/día.

3.3.4. TRASTORNOS DE ANSIEDAD.

Los trastornos de ansiedad también son comunes en estos pacientes. La amenaza muy real de vivir con una enfermedad crónica que pone en peligro la vida y los múltiples estresantes psicosociales con los cuales deben luchar estos pacientes se combinan para formar un antecedente fértil, en el que puede crecer ansiedad anticipatoria, preocupación y temor. La ansiedad grave puede ser física dolorosa como psicológicamente aterradora.

El tratamiento de la ansiedad se debe empezar con un enfoque no farmacológico, al cual se añaden agentes ansiolíticos conforme sea necesario. Los enfoques no farmacológicos incluyen entrenamiento de relajación y psicoterapia de apoyo. Si estos enfoques fracasan se sugiere de inicio agentes ansiolíticos como el clonazepam, 0.5 mg dos veces al día o lorazepam, 1 mg dos o tres veces al día. También se utiliza con éxito el alprazolam, diazepam y triazolam, pero también inducen depresión o, en particular, causan adicción psicológica. El triazolam, en particular, induce alteraciones de la memoria (en jóvenes como ancianos), ansiedad durante el día e hiperexcitabilidad; por lo que debe evitarse su uso en pacientes con HIV.(64)

Los pacientes que toman benzodiazepinas deben ser supervisados y los médicos deben establecer que el uso de estos agentes es por poco tiempo. Los profesionales de la salud también deben discutir la posibilidad de tolerancia y adicción psicológica y deben establecer un calendario para disminuir y descontinuar su uso. Los pacientes con antecedentes de dependencia a fármacos o alcohol tienen problemas especiales y se deben citar con un especialista en drogadicción o un asesor. Por último, para aquellos pacientes en quienes la demencia se asocia con HIV por consideración debe evitarse el uso de benzodiazepinas, puesto que estos agentes deprimen la función cortical y causan desinhibición o agravan la demencia.

3.3.6 TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS.

Ocurre enfermedad del sistema nervioso central o periférico clínicamente evidente en cuando menos 30 a 40% de los pacientes con SIDA. Las causas más frecuentes de enfermedad neurológica en estos pacientes incluye infección por el mismo HIV, otras infecciones virales y no virales, neoplasias y enfermedad cerebrovascular.(65)

(65) Price RW, Brew B., Sidtis J., et al: The brain in AIDS : Central Nervous System HIV-1 infection and AIDS dementia complex. Science 239 : 586-592, 1988.

(64) Greenblatt, Harmatz, Shapiro L, et al: Sensitivity to triazolam in the elderly. N. Engl. J. Med. 324: 169, 1991.

Debido al neurotropismo por HIV, en algunos estudios de autopsia de pacientes con SIDA se indica que 70 a 90% de estos muestra evidencia macroscópica y microscópica de enfermedad en el CNS. De hecho, varios informes muestran que la alteración cognoscitiva subclínica a causa de infección por HIV precede al diagnóstico de SIDA en 10 a 25% de los pacientes. Se presenta en grado alguno complejo de demencia que se asocia con HIV hasta en dos terceras partes de los pacientes con SIDA antes de la muerte.(66)

Por lo tanto, es evidente que la enfermedad neurológica en individuos infectados con HIV es una fuente mayor de morbilidad médica y psiquiátrica y el subsecuente desarrollo de trastornos mentales orgánicos es de esperarse.

De hecho, algunos investigadores sugieren que las alteraciones específicas en el sistema dopaminérgico en personas con SIDA son responsables del desarrollo de trastornos orgánicos similares a la esquizofrenia.(67)

Quizás el más común de estos trastornos mentales orgánicos se desarrolla como resultado de encefalitis debilitante crónica que es un síndrome clínico distinto y neuropatológico que en la actualidad se denomina complejo de demencia que se asocia a HIV.(68)

En el campo clínico, este síndrome se caracteriza por una tríada de síntomas cognoscitivos, conductuales y motores.

La incidencia absoluta de este síndrome se desconoce; no obstante, la experiencia clínica sugiere que es una secuela común de la enfermedad, en particular en las etapas avanzadas de la enfermedad. En un estudio, se demostraron evidencias de complejo de demencia que se asocia con HIV en aproximadamente 70% de los pacientes con SIDA que se sometió a autopsia, en quienes se excluyó enfermedad neurológica focal encefalopatía metabólica difusa.

Comúnmente, la demencia tiene un surgimiento y progreso insidioso, aunque ocurren aceleraciones repentinas así como característicos altibajos de los síntomas, los cuales de inicio son confusos. En ocasiones la demencia tiene un surgimiento agudo y se acompaña a psicosis orgánica aguda.

(66) Rothenberg R., Woelfel M., Stoneburner R., et al: Survival with the acquired immunodeficiency syndrome: Experience with 5833 cases in New York City. N. Engl. J. Med. 311 : 857, 1984.

(67) Hollander H., Golden J., Mendelson T., Cortland D. : Extrapyramidal symptoms in AIDS patients given low-dose metoclopramide or chlorpromazine. Lancet 2: 1186, 1987.

(68) Working Group of the American Academy of Neuropsychology AIDS Task Force : Robert Janssen, PhD, Division HIV/AIDS, Centers for Disease Control, Atlanta, GA 1991.

El diagnóstico diferencial del compromiso cognoscitivo es complejo y requiere de trabajo al detalle. El diagnóstico de la demencia que se asocia con HIV depende en gran medida de la documentación de anomalías cognoscitivas, conductuales y motoras comunes en individuos con SIDA, así como también de la ejecución de pruebas neurodiagnósticas necesarias para excluir otros posibles estados patológicos del CNS. El asesor psiquiátrico es de ayuda al sugerir estrategias de manejo conductual en pacientes con compromiso cognoscitivo y por medio de uso de medicamentos psicotrópicos. Al personal se le debe motivar para que comprenda la importancia de las intervenciones de ayuda como el uso de normas de orientación, relojes y calendarios que auxilien el manejo de la memoria corto plazo, así como el uso de frases cortas y simples para comunicarse con el paciente. Las recomendaciones para utilizar medicamentos que controlen la agitación e inviertan los ciclos de vigilia-sueño también son importantes. Por último, el entendimiento y control de estos problemas conductuales difíciles en potencia son de suma importancia para los trabajadores sociales y quienes planean el alta del paciente, para hacer los arreglos de colocación más adecuada de pacientes con alteraciones cognoscitivas.

3.3.6. SÍNTOMAS PSICOTICOS.

Surgen síntomas psicóticos en pacientes dentro del espectro de HIV en múltiples contextos, que incluyen demencia y delirio.

En los estados de delirio, el tratamiento tiene como principio corregir el trastorno subyacente y los pacientes con SIDA son susceptibles a múltiples causas potenciales de trastornos mentales.

Al tratar un paciente con infección por HIV con sintomatología psicótica, se debe buscar cualquier antecedente de esta enfermedad, abuso de drogas y alcohol o primeros signos de demencia que se asocia con HIV. Los informantes colaterales son de especial ayuda en estos casos debido a que el paciente en este estado mental por lo general no es muy confiable ni cooperativo. Se debe citar a consulta psiquiátrica y decidir si se indica su hospitalización. Una primera consideración en esta decisión es excluir otras posibilidades causas médicas de cambios agudos del estado mental, las cuales deben considerarse en colaboración con el médico que proporciona atención primaria.

El tratamiento de pacientes con trastornos psicóticos incluye medicamentos antipsicóticos y quizá psicoterapia de apoyo e intervenciones sociales.

3.3.7. TRASTORNOS ORGANICOS DEL ESTADO DE ANIMO.

En personas con enfermedad por HIV se informó varios casos de depresión secundaria, hipomanía o manía franca.(69)

(69) Dauncey K : Mania in the early stages of AIDS. Br. J. Psychiatry 152 : 839-842, 1988.

Es de particular importancia el grupo de pacientes con HIV sin antecedentes de trastornos afectivos que desarrollan episodios maniáticos durante el curso de su enfermedad.

Estos pacientes desarrollan síntomas maniáticos en varios puntos a lo largo del espectro de HIV y el grado de progreso de la enfermedad relacionada con HIV en estos individuos, al momento del episodio maniático varía de manera considerable.(70)

En un periodo de semanas a meses, los síntomas afectivos de ordinario se desvanecen mientras tanto el paciente sufre demencia progresiva. Un breve relato de caso ilustra estos puntos:

Joe es un homosexual de 31 años de edad que fue llevado a la sala de urgencias por dos de sus amigos. Informan que Joe, quien ha padecido síntomas de enfermedad por HIV durante cuando menos dos años, sufrió un cambio de personalidad radical en las últimas semanas. Anteriormente tímido y sin antecedentes de problemas psiquiátricos, se ha vuelto cada vez más irritable y sexualmente promiscuo. Sus amigos se preocuparon en particular cuando supieron que él no había dormido varios días y había gastado 12 000 dólares en cosas para la casa que no necesitaba. El médico ER observó que Joe tenía un lenguaje marcadamente rápido, admitía tener alucinaciones auditivas y tenía la alucinación de que él iba a ser el jefe de la United States Health and Welfare División y había ordenado que su presupuesto completo se utilizara para investigación en el SIDA. Después de varias semanas de tratamiento psiquiátrico internado en el hospital, la euforia de Joe disminuyó y predominaron síntomas de apatía y confusión.

Estos trastornos por lo general responden en forma adecuada al tratamiento normal indicado correspondiente

3.3.8. TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGIA. FUNDAMENTOS GENERALES.

Se deben tener en mente dos fundamentos generales cuando se prescriben agentes psicofarmacológicos en pacientes infectados con HIV.

Primero, al parecer no hay nada particular acerca de la infección por HIV que excluya la administración de los medicamentos psicotrópicos de uso común. Estos fármacos se utilizan de manera segura en esta población durante muchos años y, en general ocurren pocas interacciones medicamentosas con problemas en pacientes que

(70) Barlow I. : UCSF AIDS Health Project. San Francisco, 1991.

reciben medicamentos antirretrovirales y psicotrópicos. Esta afirmación, también en general, es verdadera en pacientes que reciben medicamentos profilácticos o tratamiento activo en enfermedades oportunistas.

Segundo, debido a los primeros efectos de HIV sobre el CNS y al aumento de posibilidad de que los pacientes dentro del espectro de HIV padecen o desarrollan disfunción neurológica, se debe utilizar medicamentos psicotrópicos en dosis mínimas y los cambios de régimen de éstos deben realizarse poco a poco.

ANTIDEPRESIVOS:

Como ya se mencionó, los médicos son renuentes al uso de antidepresivos en pacientes con HIV. La perspectiva de que la depresión es " normal " si se sufre de SIDA conduce de manera equivocada a la conclusión de que el tratamiento antidepresivo es inadecuado, aun cuando los síntomas depresivos son intensos. También es incorrecto suponer que en pacientes que presentan signos evidentes de depresión y demencia, la presencia de esta última contraindica de manera absoluta el tratamiento de la primera.

De hecho, el reciente éxito en mejorar las deficiencias cognoscitivas en pacientes con enfermedad sintomática por HIV con el uso de psicoestimulantes, hace surgir la pregunta de que si algunos de los síntomas cognoscitivos son a causa, en parte, de depresión (pseudodemencia) y cuando menos, en parte, se resuelven con el tratamiento de la depresión.(71)

Aun si éste no es el caso, los síntomas depresivos al menos son en potencia tratables y muchos pacientes con SIDA obtienen un significativo beneficio con el tratamiento antidepresivo.

Si el paciente padece una enfermedad aguda y está deprimido, es aconsejable esperar unos cuantos días antes de instituir el tratamiento con fármacos.

Este retraso permite la corrección de anomalías metabólicas que tienen un efecto profundo sobre el estado de ánimo y complican el tratamiento o simplemente se tolera menos.

Una vez que se toma la decisión de empezar el tratamiento con antidepresivos, la selección del mejor agente para un paciente individual incluye, en parte, la selección del agente con el perfil de efectos secundarios más favorable. Como los medicamentos antidepresivos por lo general son eficaces en forma equiparable, a menos de que haya un antecedente previo de éxito al tratamiento con un agente particular, el médico debe guiarse por los efectos secundarios del fármaco. Por ejemplo, con frecuencia es

(71) Fernandez F., Adams F., Lévy JK., et al : Cognitive impairment in AIDS related complex and its response to psychostimulants. Psychosomatics 29 (1) : 38-46, 1988.

deseable disminuir al mínimo el efecto sedante en pacientes con HIV; de modo que, debe reducirse al mínimo el uso de fármacos con fuertes efectos secundarios anticolinérgicos, como amitriptilina. Sin embargo, la sedación anticolinérgica normal que ocurre con algunos fármacos es de utilidad en el tratamiento de pacientes con agitación e insomnio; por lo tanto, estos fármacos se utilizan con éxito. No obstante, al mismo tiempo, el potencial anticolinérgico de exacerbar deficiencias cognitivas en pacientes con compromiso cognoscitivo y la sequedad de mucosas que contribuye con el desarrollo de candidiasis en el tracto alimentario limitan el uso de estos medicamentos en esta población.

Para pacientes deprimidos con lentitud psicomotora predominante, fatiga e hipersomnía, la primera selección del médico debe ser de otros antidepresivos más estimulantes.

Se recomienda, en particular, nortriptilina y desipramina aunque se utilizan con éxito otros fármacos.(72)

Desde hace poco tiempo también se utiliza el nuevo inhibidor de incorporación de serotonina, fluoxetina con resultados correctos en estos pacientes. El tratamiento normal de 20 a 60 mg/día da excelentes resultados.

De modo similar, es posible utilizar el nuevo antidepresivo, fluvoxamina en el tratamiento de estos pacientes. Cuando temblor, ansiedad o insomnio inicial se vuelven un problema, la administración de una dosis de 20 mg cada tercer día o la adición de un segundo inhibidor de la incorporación de serotonina, como la trazodona, 50 mg al momento de ir a dormir, es de ayuda. En general, la dosificación debe ser modesta al principio, pero en ocasiones debe ser comparable a las dosis que se utilizan en la población general. Por último, los antidepresivos tricíclicos a menudo son útiles en el control del dolor y del malestar de las neuropatías periféricas en estos pacientes.

ESTIMULANTES.

Si se rechazan los antidepresivos tricíclicos o si son contraindicados, el asesor debe utilizar metilfenidato o dextroanfetamina en el tratamiento de la depresión o la paliación de las primeras deficiencias cognitivas.(73)

(72) Ochitill, Dilley J., Kohlwes J., : Psychotropic drug prescribing for hospitalized patients with acquired immunodeficiency syndrome. Am. J. Med. 90 : 601-605, 1991.

(73) Rosenberg PB., Ahmed I., Hurwitz S. : Methylphenydatein depressed medically ill patients. J. Clin. Psychiatry 52 (6): 263-267, 1991.

Se utilizo metilfenidato con algún éxito en pacientes con SIDA como con enfermedad sintomática y causó una rápida mejoría de los síntomas depresivos e incrementó el apetito y mejoró la concentración, atención y memoria. Por lo general las dosis varían de 5 a 50 mg/día.

Comúnmente los efectos secundarios son leves, aunque se informó de ansiedad e insomnio. Recientemente se comprobó que éstos fármacos son bien tolerados y su uso causa un mínimo abuso en pacientes con cáncer que presentan depresión.(74)

El médico que considera el uso de psicoestimulantes, debe tener en cuenta el antecedente de ingesta de fármacos y debe estar alerta acerca de posibilidad de reacciones psicóticas que se inducen por éstos.

ANTIPSIKOTICOS.

Hay varias indicaciones para el uso de antipsicóticos en esta población de pacientes. Primero, son útiles para disminuir los síntomas psicóticos en pacientes con trastornos mentales orgánicos. Los pacientes sin síntomas neurológicos significativos o compromiso cognoscitivo toleran dosificaciones comparables a las que sobrelleva la población general. Sin embargo, se recomienda la profilaxia en efectos secundarios extrapiramidales.(75)

Segundo, estos agentes se utilizan en el control de la agitación en pacientes con demencia. Al principio, la dosis siempre debe ser moderada, debido a que estos pacientes son en particular sensibles a los efectos secundarios de fármacos y quizá ya padezcan alteraciones neurológicas que con facilidad se confunden con el desarrollo de síntomas extrapiramidales.

Tercero, los antipsicóticos en dosis mínimas son de utilidad en el control de la agitación y de la ansiedad intensa en pacientes con trastornos graves de carácter. La selección del agente antipsicótico debe gobernarse por el perfil de efectos secundarios. Los agentes de potencia media, como perfenazina y tiotixeno, son los primeros fármacos a seleccionar, en vez de haloperidol que es de alta potencia y cuyo uso es mucho más común. El haloperidol se asoció con síndromes neurolépticos malignos y reacciones extrapiramidales graves en algunos pacientes con SIDA.(76)

(74) Fernandez F., Adams F., Levy JK., et al : Cognitive impairment in AIDS related complex and its response to psychostimulants. *Psychosomatics* 29 (1) : 38-46, 1988.(op. Cit.)

(75) Hriso E., Kuhn T., Masdeu JC., et al : Extrapiramidal symptoms dueto dopamine-blocking agents in patients with AIDS encephalopathy. *Am. J. Psychiatry* 148 (11) : 1558-1561, 1991.

(76) Hriso E., Kuhn T., Masdeu JC. *Op. Cit.* 148 (11) : 1558-1561, 1991.

La dosificación inicial puede ser con perfenazina (2 mg dos veces al día) o tióxeno (2 a 5 mg/día), con 0.5 a 1 mg de benzotropina dos veces al día como profilaxia en el desarrollo de reacciones extrapiramidales. Los niveles mayores de dosis dependen de la tolerancia del paciente, la gravedad de los síntomas y el surgimiento de efectos secundarios. La clorpromazina (25 a 50 mg a la hora de ir a dormir) también es útil en el control de la agitación y el insomnio y es de especial ayuda en pacientes con antecedentes de abuso de benzodiazepinas.

BENZODIAZEPINAS.

Las benzodiazepinas se utilizan en forma amplia y en ocasiones exitosa para disminuir la ansiedad en pacientes dentro del espectro de HIV. Sin embargo, el asesor debe estar alerta de los varios errores comunes en los que se incurre con su uso.

Con frecuencia, a los pacientes hospitalizados se les prescribe múltiples fármacos psicoactivos, que incluye varias benzodiazepinas (por ejemplo:, clonazepam para ansiedad, lorazepam para náusea).

Esto incrementa la posibilidad de toxicidad en CNS. Los pacientes con encefalopatía por HIV u otras deficiencias cognoscitivas están en particular riesgo de efectos secundarios como el agravamiento de las deficiencias de memoria u otras ejecuciones cognoscitivas, desinhibición, alucinaciones visuales y efecto sedante excesivo. Las benzodiazepinas se utilizan con éxito para aliviar la ansiedad y la agitación en pacientes con demencia que tienen dificultad para tolerar los antipsicóticos; sin embargo, deben utilizarse con cautela.

OTROS TRATAMIENTOS.

Para pacientes que desarrollan agitación significativa en conjunto con un diagnóstico de complejo de demencia que se asocia con HIV, los antipsicóticos son el primer fármaco a seleccionar. Sin embargo, estos agentes son ineficaces debido al desarrollo de efectos secundarios que limitan la dosis. En estos casos, el médico debe considerar tratamientos alternativos. Se utilizó con éxito el carbonato de litio y el ácido valpórico; en dosis normales se empleó con éxito en pacientes que se presentan con un componente maniático en sus síntomas. La carbamazepina y los bloqueadores beta también son de provecho en el control de la agitación.

SECUELAS PSIQUIATRICAS DE LOS TRATAMIENTOS DEL SIDA.

Los análogos de nucleósidos que se utilizan en la actualidad como antirretrovirales. zidovudina (azidotimidina AZT) y didesoxiinosina.(77)

(77) Orth JP., Ollivier B., Vinti H., Cassuto JP. : Occurrence of acute mania in two AIDS patients during dideoxynosine treatnebt at a dose of 750 mg/24h. Seventh International Conference on AIDS. (Abstact No. M. B. 2031) Florence, Italy, 1991.

Se informó que causan ansiedad, irritabilidad, pensamientos apresurados e insomnio y manía franca. Además, recientemente se informó este tipo de reacción con la didesoxicitidina.(78)

También es muy evidente la efectividad de la zidovudina t la ddl para disminuir los síntomas de complejo de demencia del SIDA.

Hay quienes sugieren que el aumento en el uso de la zidovudina da como resultado una disminución de la incidencia de demencia que se asocia con HIV.(79)

Sin embargo, a pesar de que en algunos individuos se demostró, al menos de manera temporal, una marcada mejoría, en otros poca o ninguna y en éstos se continuaron problemas especiales de diagnóstico y servicio social.(80)

TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS.

Los trastornos por abuso de sustancias que se encuentran en forma ordinaria en personas con enfermedad por HIV, y si se añade la dimensión de su adicción complica su cuidado clínico. Se recomienda al lector revisar dos veces las referencias, si se interesa en recomendaciones acerca del tratamiento psiquiátrico de estos pacientes.(81), (82)

Proporcionar una atención psiquiátrica competente a pacientes con SIDA, requiere experiencia e interés en el área. Debido a las ramificaciones psicosociales y neuropsiquiátricas únicas de la infección por HIV, los temas psiquiátricos comprenden un aspecto importante del cuidado. El médico y la enfermera deben estar conscientes de este elemento de cuidado; con la esperanza de que esta revisión subraye la importancia y contribución del asesor psiquiátrico como un miembro activo del equipo de tratamiento de personas con SIDA.

(78) Barlow I. : UCSF AIDS Health Project. San Francisco, 1991. (op. Cit.)

(79) Portegies P., de Gans J., Lange JM., et al : Declining incidence of AIDS dementia complex after introduction of zidovudine treatment. Br. Med. J. 299 : 819-821, 1989.

(80) Boccellari A., Dilley JW., Shore MD., HIV related cognitive impairment in San Francisco: Associated management and residential placement problems. Hosp. Community Psychiatry (in press).

(81) William JBW., Rabkin JG., Remien RH., et al. : Multidisciplinary baseline assesment of homosexual with and without human immunodeficiency virus infection. Arch. Gen psychiatry 48: 124-130, 1991.

(82) Schmidt U., Miller D. : Two cases of hypomania in AIDS. Br. J. Psychiatry 152 : 839-842, 1988.

EFFECTOS SECUNDARIOS PSIQUIATRICOS Y NEUROLÓGICOS DE LOS FÁRMACOS UTILIZADOS EN TRATAMIENTOS RELACIONADOS CON HIV.

MEDICAMENTO	EFECTO SECUNDARIO
5-FLUOROURACILO 5-FLUOCITOSINA ACICLOVIR	Ataxia cerebral Confusión, cefalalgia, sedación
auditivas, ANFOTERICINA B	Depresión, agitación, alucinaciones visuales y Delirio, neuropatía periférica, visión borrosa, diplopía, pérdida de peso, pérdida de apetito, cefalalgia.
CICLOSERINA alucinaciones,	Ansiedad, depresión, confusión, desorientación, paranoia, pérdida de apetito, fatiga.
ARABINOSIDO DE CITOSINA ddI ddC neurológicas).	Neuropatía periférica, ataxia cerebral. Neuropatías sensoriales, pancreatitis (con complicaciones
DISULFIRAM/ DTC ETAMBUTOL ETOPOSIDO (VP-16) GANCICLOVIR (DHPG) INTERFERONES	Neuropatía periférica. Cefalalgia, vértigo, confusión, alteraciones visuales. Neuropatía, pérdida de apetito. Irritabilidad, euforia leve, aumento de energía. Depresión, confusión, delirio, alteraciones de la Memoria y psicomotoras, fatiga sugerente de cambios En el lóbulo frontal, alteración reversible del las Funciones cognoscitivas superiores, encefalitis aguda, Escalofríos, mialgias, artralgias; cefalalgia, síntomas extrapiramidales, manía, neurastenia con
catatonia. INTERLEUCINA - 2 ISONIAZIDA	Desorientación cognoscitiva. Depresión, agitación, alucinaciones visuales y auditivas paranoia, neuropatía periférica, alteración de la memoria.
KETOCONAZOL L- ASPARAGINASA METOTREXATO	Cefalalgia, vértigo, fotosensibilidad. Encefalopatía reversible. Cefalalgia, visión borrosa, fatiga, fotosensibilidad, Meningitis aséptica, encefalopatía.
PENTAMADINA PROCARBAZINA	Hipoglucemia, temblores, agitación. Manía, pérdida de apetito, cefalalgia, insomnio, pesadillas, Confusión, malestar general.
RIFAMPICINA	Cefalalgia, fatiga, pérdida de apetito, alteraciones visuales.
SULFONAMIDAS	Cefalalgia, neuritis, insomnio, pérdida de apetito, fotosensibilidad.

TRIMETOPRIM-SULFAMETOXAZOL	Psicosis, mutismo, manierismos raros, Depresión, pérdida de apetito, insomnio, apatía, cefalalgia, neuritis.
VINBLASTINA	Depresión, pérdida de apetito, cefalalgia, neuritis.
VINCRISTINA	Alucinaciones, cefalalgia, neuritis, ataxia, pérdida sensorial, neuropatía periférica, neuropatía autónoma y craneal.
ZIDOVUDINA (AZT)	Manía, agitación, cefalalgia, insomnio, miositis.

CAPÍTULO IV

4.1. EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS FRENTE AL SIDA.

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, es hoy en día uno de los 10 Institutos Nacionales de Salud más importantes de México.

Se fundó hace más de 60 años, como sanatorio para enfermos con tuberculosis pulmonar, en medio de una zona boscosa del pueblo de Tlalpan. (83)

Ha sido desde su creación un importante espacio para la atención de pacientes con enfermedades pulmonares y respiratorias. Se transformó de manera acelerada y vigorosa, al ritmo de la ciencia y crecimiento de la sociedad. Estos cambios le han permitido transformarse de un simple sanatorio para tuberculosos, a todo un señor Instituto, considerado un pilar de la medicina en México.

La Neumología presenta un campo tan amplio, interesante y lleno de incógnitas que constituye un desafío para las nuevas generaciones del equipo interdisciplinario de salud, frente al cual podrán poner a prueba su capacidad de investigación, imaginación e interés por encontrar respuestas a múltiples interrogantes, que día a día se presentan con los diversos padecimientos de salud existentes en la sociedad y contribuyendo así a la mejor solución de los mismos.

El Instituto cuenta, con los elementos humanos (equipo interdisciplinario de salud), de prestigio. Tiene a su cargo la investigación, docencia y asistencia de los padecimientos a un tercer nivel.

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, y su equipo interdisciplinario de salud, como resultado de su gran preocupación por la población en general que padece este mal y por la que aún no la tiene, a creado en su interior un espacio a la investigación del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

En forma continúa se realizan cursos de actualización y entrenamiento para el manejo, control, y tratamiento de este tipo de pacientes.

La educación a la salud respecto al padecimiento es otra tarea que aún no ha quedado muy clara y definida, ya que por tratarse de una Institución de tercer nivel, no da educación a la población respecto al padecimiento, sin embargo me parece que debería de integrarse esta capacidad ya que así lo requiere por tratarse de una enfermedad nueva y de consecuencias mortales para nuestra sociedad y en general para el mundo entero.

(83) Cardenas de la Peña, Enrique. INER 1992-1997 (Continuidad), México D. F. 1998.

4.2. EDUCACION A LA SALUD, AL ENFERMO, FAMILIA Y TRABAJADORES DE LA SALUD SOBRE ESTA ENFERMEDAD.

El rápido crecimiento de la población infectada a nivel mundial, así como los descubrimientos recientes en cuanto a su origen, tratamiento y evolución, han creado alrededor de esta enfermedad, un gran interés del público y profesionales de la salud.

Es de particular importancia la difusión del conocimiento en cuanto a la prevención y los mecanismos de transmisión de este padecimiento, dado que los métodos para el tratamiento e inmunización (vacuna) aún se encuentran en etapas de investigación y experimentación.(84)

Alertas para el trabajador de la salud

La naturaleza misma de este tipo de trabajo suele provocar crisis de diversa intensidad en quienes lo realizamos. A continuación se indican algunas consideraciones para orientar mejor al equipo interdisciplinario de salud.

- Todos los que trabajamos contra el SIDA estamos expuestos a un constante cuestionamiento de tres temas fundamentales: vida-muerte-sexualidad. A veces el cuestionamiento puede llegar a ser muy fuerte.
- Reconocer las propias emociones que surgen frente al trabajo y los pacientes.
- Conviene aceptar el propio dolor, miedo, angustia, impotencia; es decir no reprimirlo, sino simplemente vivirlo.
- Cuidarse de no caer en extremos de frialdad o excesiva calidez.
- El trabajador para la salud pasa por los mismos procesos psicológicos que los pacientes. La negación (imposibilidad de aceptar una situación tal cual es) también es un proceso que se da en el equipo de salud.
- A veces los pacientes le atribuyen al personal de salud características de personas conocidas y/o familiares, e incluso los tratan como a ellos. Este mecanismo también puede darse en el profesional con respecto al paciente.
- Cuidado, la atención se vuelve deficiente cuando se pierde la objetividad.
- Si un trabajador para la salud padece de homofobia (rechazo hacia personas homosexuales) experimenta sentimientos de rechazo o intolerancia contra las personas afectadas o con practicas de riesgo, no se recomienda que desarrolle este tipo de trabajo.
- Los pacientes requieren que los trabajadores para la salud que los atienden se muestren optimistas.
- Hay que evitar emitir juicios, a fin de optimizar nuestro papel como servidores de la salud.

Dado que constantemente se escuchan historias de la vida personal- muchas veces se tocan dimensiones íntimas como la sexualidad-, hay peligro de que en el personal de salud se movilen fantasías y partes no asumidas de la personalidad y puedan generar problemas (por ejemplo, aprovechar las sesiones para resolver su propia problemática, en vez de ayudar al paciente).

- Por lo anterior, es importante contar con un supervisor o grupo de 4 compañeros que realicen el mismo trabajo a fin de elaborar y compartir periódicamente los propios sentimientos.
- Observar estricta confidencialidad y anonimato, (los grupos de apoyo entre equipo de salud no manejan nombres de pacientes).
- Reconocer límites. Discernir hasta dónde podemos brindar ayuda psicológica al paciente, de acuerdo con nuestra función (medicina, enfermería, trabajo social, etc.).
- Buscar asesoría y apoyo de otros profesionales a fin de lograr una atención integral.
- Reconocer el límite y las posibilidades de nuestras capacidades y recursos, y del lugar donde trabajamos.
- Mecanizarse es muy fácil; a fuerza de repetida experiencia, el trabajo se llega a hacer de manera mecánica y rígida. Un trabajo realizado de esta manera sirve para muy poco.
- Es posible que con el paso del tiempo, aparezca un aplanamiento emocional en el trabajador; esto es un proceso esperado como resultado del desgaste y la defensa.
- Conviene valorar el compromiso y lo que uno está dispuesto a dar en este trabajo, a fin de tomar decisiones.

4.3. EL APOYO PSICOLOGICO AL ENFERMO Y FAMILIA.

La experiencia desarrollada mediante estrategias individuales y/o grupales en la atención psicológica a enfermos seropositivos, o con SIDA demuestra que los padecimientos psíquicos y descompensaciones emocionales reconocen diferentes aspectos:

1. Impacto ante la notificación:

Este momento produce ansiedad y sentimientos de angustia, que se manifiestan por agitación, nerviosismo, molestias físicas, alteraciones en el sueño, cambios de ánimo y pérdida del impulso sexual.

Otros pacientes experimentan depresión, la cual se manifiesta por un vacío emocional acompañado de sentimientos de inutilidad y culpa, predominando pensamientos suicidas y disminución de la autoestima.

La negación también puede ser un mecanismo de esta etapa y se manifiesta por negar el hecho y sostener que su vida no se ve afectada de ningún modo.

2. Vida sexual:

La conciencia de la seropositividad produce angustia traducida en no saber qué sucederá con la vida sexual.

Este aspecto se acompaña con sentimientos de ira por haberse infectado, por la posibilidad de haber podido afectar a otros y porque se vive una perspectiva de vida sexual restringida.

También es frecuente que se experimente temor a reanudar la vida sexual. La frustración, como una reacción esperada, produce por todos los cambios que se requieren ante la nueva situación y las limitaciones que ésta impone en la expresión de la sexualidad.

3. Expectativas de vida:

Frente a la dimensión del desarrollo de la enfermedad se experimenta temor a los malestares físicos o a la invalidez que genere dependencia. Otra reacción esperada puede ser la negación que dificulta el reconocer las limitaciones que la infección por el VIH o el SIDA pudiese originar.

4. Tratamientos:

En los tratamientos los pacientes reaccionan con demanda excesiva responsabilizando al gobierno y otras instituciones porque no dan una solución definitiva. Se molestan con sus familias porque no los ayudan, aunque no sea así.

La ansiedad origina que busquen alternativas de tratamiento, aunque éstas sean contradictorias entre sí.

La angustia les hace sentir que todo está en su contra y que cualquier alternativa médica es inalcanzable.

5. Notificación a la familia.

Al mismo tiempo que desean informar a la familia su seropositividad, temen hacerlo y manifiestan sentirse culpables.

Temen ser rechazados. Experimentan malestar por hacer sufrir a sus seres queridos; les puede afectar excesivamente cualquier evento familiar.

Cuando algún paciente experimenta fuertes sentimientos de enojo, puede generarse la notificación en un momento no propicio y que se utilice como chantaje.

6. Relación de pareja:

La ansiedad, la angustia y la depresión se traducen en los siguientes sentimientos respecto a la pareja: no saben si comunicarle o no el resultado, sienten miedo al rechazo y se deprimen al pensar que no podrán concluir proyectos. Desean estar en pareja y, al mismo tiempo, piensan que es mejor separarse. Generalmente uno de los dos demanda en forma excesiva la atención del otro. El sentimiento de culpa es dominante, cuando uno está sano y el otro no.

7. Medidas de salud general:

Frente a su salud, mientras disminuyen la ansiedad y la angustia, los pacientes reaccionan como frente a un impacto, por el cual comienzan a mantener todos sus cuidados en forma rigurosa, sienten que con ello todo tiene que ir bien y se muestran incluso obsesivos.

Sin embargo, también experimentan ambivalencia respecto a estas medidas. No están seguros de que valga la pena cuidar su salud y en otros momentos viven las precauciones en forma integrada y natural.

Junto con esto pueden manifestar enojo al reconocer una serie de limitaciones.

8. Muerte:

Se experimenta angustia ante el fin próximo. La depresión da lugar a que el paciente empiece a hablar de todo lo que se ha perdido o se puede perder.

También lo deprime el dolor de la familia; siente enojo e impotencia por no poder cambiar el final. Aunque habrá quien mediante la negación comience a hablar de la muerte, lo notorio es que no se involucra a sí mismo, es hablar de la muerte en general.

La asimilación se demuestra más que por las palabras, por los actos. El paciente que ha asimilado la posibilidad de su muerte se conduce en forma más serena, puede abordar temas sobre su sepelio o testamento serenamente y la muerte es percibida como algo inevitable.

LA FAMILIA Y EL ENFERMO.

Toda situación desconocida puede causar miedo, dolor, tristeza, incertidumbre. Lo importante es no ocultar estos sentimientos sino vivirlos; no permitir que nos manejen, que nos destruyan, sino aprender de ellos.(85)

(85)) ROMO, García Javier-SALIDO Rengel Francisco. Op Cit. Pag.245.

Cada ser humano vive, experimenta y asume los procesos de la vida de maneras muy diversas.

Desde el momento en que a alguien se le informa que es portador del VIH, surgen cambios en su comportamiento.

Negar lo que está viviendo es una actitud para defenderse de la realidad, con el fin de no sentirse atacado.

Los pacientes pueden reaccionar de la siguiente manera:

- Niegan que les esté sucediendo a ellos.
- Sienten que el mundo se ha terminado.
- Creen que el tiempo está contado y no hay nada que hacer.
- Dicen que no les importa lo que pasa.
- No quieren hablar del asunto.
- A veces se exponen al riesgo de reinfectarse.
- Evitan el acercamiento con familiares y amigos.

La familia será testigo del proceso, que seguirá su curso, por lo cual, además del cuerpo también los sentimientos del enfermo y la familia necesitarán de la ayuda especializada de médicos, trabajadores sociales, enfermeras, sacerdotes, psicólogos, amigos, etc.

Cuando el paciente pase de una etapa asintomática a una sintomática, todo lo que antes había sido imaginado se convierte en un hecho real de que no sólo lo alarma a él sino a la familia, como anuncio de un final inevitable. Este momento se experimenta con tristeza por el dolor que la familia vivirá y por el deterioro físico que se nota en el enfermo.

En ocasiones no querrá ver ni escuchar a nadie. Posiblemente llegue a pensar que nadie comprende su situación, que la enfermedad es un castigo que merece por su mala conducta, generando sentimientos de culpa o coraje contra sí mismo.

Negarse a recibir afecto que lo conforte, no significa que realmente no lo quiera.

El miedo ante la muerte puede ser un sentimiento permanente y amenazante. Posiblemente llegue a querer hablar de su muerte, situación que puede causar angustia a la familia; sin embargo el facilitarle esta expresión será de importancia fundamental para preparar la despedida entre el enfermo y su familia.

Aunque el apoyo familiar es importante, aceptar esta situación, en la familia, también produce desajustes, sentimientos ambiguos y ausencia de algunos miembros. Hay familias que callan y no hacen comentarios entre sí.

En estos casos, generalmente el dolor del paciente es vivido intensamente por la familia y creen que el silencio ayuda al enfermo; sin embargo, hablar permitirá compartir y canalizar emociones que están guardadas y que son fuente de inseguridad y desajustes entre los miembros de la familia.

La familia también requiere de apoyo psicológico, sobre todo en las siguientes situaciones:

- Cuando la angustia no es controlable.
- Cuando la situación que viven impide el desarrollo de las actividades cotidianas de los miembros.
- Cuando no se logra proporcionar la atmósfera de confianza que el paciente necesita.
- Cuando no se ha aceptado la enfermedad.
- Cuando los miembros de la familia consideran que la situación es injusta.
- Cuando necesitan hablar con alguien y no lo hacen.

Modelos de Acompañamiento Psicológico para personas con VIH/SIDA

En el acompañamiento psicológico se contemplan modelos grupales de intervención, que han sido probados en centros de información de CONASIDA.

La fundamentación de la intervención grupal obedece a factores de diversa índole:

El primero se refiere al objetivo de optimizar el servicio a fin de llegar a un mayor número de personas en menos tiempo.

El segundo se motiva en los aspectos psicosociales y de conocimiento psicológico: un individuo está en mejores condiciones de superar el temor y el menosprecio al compartir con otros como él dificultades similares y comprender que no está solo. En un grupo se desarrollan sentimientos de solidaridad e identificación entre sus miembros.

Un grupo no es un conjunto de individuos en sentido estático, sino que es un conjunto dinámico, porque dentro de él se entretajan un sin número de redes de interacción y sentimientos.

Hay empatía o no; se reconocen aspectos que no nos gustan en nosotros mismos, o envidiamos aquello que nos gustaría tener o ser.

Los grupos pueden ser cohesivos y trabajar para un fin o bien común o pueden prevalecer las tendencias hostiles que obstaculicen o detengan el crecimiento de sus miembros.

Por lo tanto es fundamental el manejo adecuado de estas fuerzas y el esclarecimiento de las dificultades y logros por un profesional bien entrenado.

Hay que considerar que la lucha contra el SIDA es una tarea compleja por la cantidad de dimensiones y facetas que implica; además toda persona que se involucra se ve tocada y trastocada en aspectos tan íntimos y a la vez tan simbólicos como la sexualidad, la vida y la muerte.

4.4. TRATAMIENTO Y READAPTACION A LA SOCIEDAD.

La lucha contra el SIDA en sí misma resulta un proceso altamente educativo en la medida en que los involucrados mantienen una actitud de apertura hacia el aprendizaje que pueden hallar en sí y en las otras personas.

La presente propuesta surge como alternativa para aquellos pacientes de los centros de atención, cuyo resultado haya sido positivo y no deseen participar en grupos psicoterapéuticos.

La información será proporcionada por personal médico y psicoterapeutas, de acuerdo con el tema .

El objetivo:

- Proporcionar información a pacientes seropositivos sobre la seropositividad y sus cuidados.
- Dar a los pacientes la información básica en cuanto a los cuidados que permitan alargar el periodo asintomático.
- Proporcionar elementos racionales que sin conformar un trabajo psicoterapéutico, permitan disminuir estados de angustia y depresión.

El tratamiento como se mencionó en el capítulo anterior es principalmente de apoyo moral, emocional, de cariño y respeto.

Si existen medicamentos que de alguna forma hacen llevadera la vida, o mejor dicho el buen morir; sin embargo lo que a un enfermo de SIDA hace más falta, es la integración a la sociedad y no el rechazo que en muchas ocasiones es la diferencia entre una buena calidad de vida o una penosa muerte.

En la mayoría de las ocasiones no es al enfermo con SIDA a quien hay que integrar a la sociedad, sino más bien la sociedad integrará a ellos; ya que por terrible que esto parezca es la realidad del nuevo siglo y hay que enfrentarlo con valor, responsabilidad de todos y cada uno de nuestros hechos, conocimiento científico del padecimiento, educación que es la principal forma de prevenir el mal.

No olvidemos que hoy son ellos los enfermos y mañana podemos ser nosotros, es más tal vez ya lo somos y no lo sabemos.

4.5. EL MANEJO DE MATERIAL Y EQUIPO EN LAS INSTITUCIONES.

La presente investigación es una herramienta de trabajo para todas aquellas personas cuya responsabilidad radica en evitar la diseminación de enfermedades infecto contagiosas a través de los residuos hospitalarios, laboratoriales, de centros de enseñanza y de investigación, e incluso de origen doméstico; ya que su contenido se apega a la Norma Oficial Mexicana NOM-087-1995.(86)

El trabajo recoge experiencias vividas por los autores durante visitas a diferentes instituciones generadoras de este tipo de residuos; y contiene también sugerencias prácticas que facilitan el entendimiento y la aplicación de la misma.

Una de las preocupaciones más importantes de la Secretaría de Medio Ambiente, Recursos Naturales y Pesca es promover que todas las instituciones antes mencionadas logren, en la medida de sus posibilidades, controlar el Impacto Ambiental de los residuos peligrosos que son generados, por lo que consideramos que la difusión de lo que aquí se presenta es un punto importante para llegar a un buen manejo y una disposición final de dichos residuos.

La presente investigación para el manejo de los residuos peligrosos biológico infecciosos (RPBI), es un ejemplo de colaboración multidisciplinaria e interinstitucional logrado por el esfuerzo, entusiasmo, dedicación y compromiso con la Salud Pública y Ambiental de un destacado grupo de especialistas que han concentrado su propia experiencia profesional para mejorar el bienestar y seguridad personal de quienes, directa o indirectamente, tienen contacto con los residuos peligrosos biológico infecciosos en cualquier etapa de su manipulación.(87)

Los contenidos temáticos que se han integrado en su propia estructura consideran la revisión y análisis de los aspectos fundamentales que, en la práctica cotidiana del manejo institucional y doméstico de los residuos peligrosos biológico infecciosos, determinan la minimización y control de los riesgos derivados por su constante contacto y exposición. Desde conceptos básicos y clasificaciones específicas, hasta la definición operativa de un sistema integral para su correspondiente manejo y disposición final.

Se destacan otros aspectos de tipo ético-ambiental, así como también los riesgos ocupacionales y las medidas de protección que garanticen la salud del personal involucrado en este proceso de la manipulación de los residuos peligrosos biológico infecciosos. Además, también se brindan algunas consideraciones técnicas para las diferentes etapas del proceso que se hacen más accesibles por la incorporación de ilustraciones y figuras que facilitan su comprensión.

(86) Idem.

(87) MERLENE A. SANDE, MD / PAUL. A. VOLBERDING, MD.op. Cit. Pag. 390.

Los residuos peligrosos producidos en los establecimientos que prestan atención médica constituyen uno de los temas ambientales importantes de nuestro tiempo. La cuestión crítica es, no sólo las cantidades cada vez más grandes que se producen a medida que los países continúan desarrollándose, sino también la creciente inquietud pública en cuanto a la repercusión que la disposición inadecuada de estos materiales peligrosos pueda tener en la salud humana.

Los residuos peligrosos generados en hospitales y otros centros del sector salud presentan riesgos y dificultades especiales debido, fundamentalmente, al carácter infeccioso de algunas de sus fracciones componentes.

Contribuyen también a acrecentar tales riesgos y dificultades la heterogeneidad de su composición, la frecuencia de objetos punzocortantes y la presencia eventual de cantidades menores de sustancias tóxicas, inflamables y radiactivas de baja intensidad.

Estos riesgos involucran, en primer término, al personal que debe manejar los residuos tanto dentro como fuera del establecimiento, personal que, de no contar con suficiente capacitación y entrenamiento o de carecer de facilidades e instalaciones apropiadas para el manejo y tratamiento de los mismos, de equipos y herramientas de trabajo o de elementos de protección personal adecuados, puede verse expuesto al contacto directo con microorganismos patógenos o a la acción de objetos punzocortantes. Tales como agujas de jeringas, trozos de vidrio u hojas de rasurar.

No menos significativos son los riesgos que pueden llegar a afectar al resto de la población hospitalaria y, en especial, al grupo constituido por aquellos pacientes que en razón de las características particulares de sus padecimientos o de los tratamientos a que han sido sometidos, se encuentran con sus defensas disminuidas. Niños desnutridos, es ejemplo de pacientes en especial riesgo de contraer infecciones como consecuencia de la exposición a agentes patógenos cuando el manejo de los residuos peligrosos se hace de manera inadecuada.

La Organización Mundial de la Salud recomienda, para los países europeos, clasificar los residuos de los centros que prestan atención a la salud dentro de ocho categorías principales: generales, patológicos, radiactivos, químicos, infecciosos y potencialmente infecciosos, punzocortantes, farmacéuticos y recipientes presurizados; mientras que, para los países en desarrollo sugiere emplear la siguiente clasificación simplificada: residuos generales no peligrosos, objetos punzocortantes (infectados o no), residuos infecciosos (excepto los objetos punzocortantes infectados), residuos químicos y farmacéuticos (excepto los medicamentos citotóxicos) y otros residuos peligrosos.(88)

(88) Idem.

No obstante, se han recomendado otras clasificaciones, como por ejemplo la del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS) en Lima, Perú, que permite una fácil identificación del tipo de residuo y del punto o lugar de su generación y que sólo utiliza tres categorías que son: residuos infecciosos, residuos especiales y residuos comunes. Otra clasificación, que es utilizada por algunos países latinoamericanos, es la clasificación alemana que propone como criterio fundamental, el tipo de manejo requerido, ya que al basarse en este criterio, se incluye necesariamente el área de generación y sugiere cinco categorías: residuos comunes (Tipo A), residuos potencialmente infecciosos (Tipo B), residuos infecto-contagiosos (Tipo C), residuos orgánicos humanos (Tipo D), y residuos peligrosos (Tipo E).(89)

Cabe destacar que el manejo deficiente de los residuos peligrosos de hospitales no sólo puede crear situaciones de riesgo que amenacen la salud de la población hospitalaria (personal y pacientes), sino también puede ser causa de situaciones de deterioro ambiental que trasciendan los límites del recinto hospitalario, generando molestias y pérdida de bienestar a la población aledaña al establecimiento y sometiendo a riesgo la salud de aquellos sectores de la comunidad que, directa o indirectamente, lleguen a verse expuestos al contacto con material infeccioso o contaminado, cuando los residuos son trasladados fuera del hospital para su tratamiento o disposición final.

La cantidad de residuos peligrosos generados en un establecimiento hospitalario es función de las diferentes actividades que en él se desarrollan y en consecuencia dependerá, entre otros factores, de la cantidad de servicios médicos ofrecidos en el establecimiento, del grado de complejidad de la atención prestada, del tamaño del hospital, de la proporción de pacientes externos atendidos y de la dotación de personal; no resultando fácil establecer relaciones simples que permitan estimar la cantidad de residuos producidos por un establecimiento hospitalario en función de tal diversidad de factores.(90)

Las cifras promedio obtenidas en diversos países latinoamericanos para la generación de residuos sólidos en hospitales fluctúan entre 1,0 y 4,5 Kg/cama/día, pudiéndose apreciar que dicha tasa de generación tiende a aumentar en el tiempo. Un estudio que se llevó a cabo en México refleja un indicador de 4 Kg/cama/día.

Desde el punto de vista del manejo sanitario de los residuos hospitalarios interesa especialmente clasificarlos de acuerdo a su carácter infeccioso.

(89) Fuenzalida- Puelma, Hernán. Op. Cit. 254-255.

(90) Sande A.; Merle, Manejo Médico del SIDA. Op. Cit. Pag. 88-90.

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

79

En rigor, un residuo, para ser considerado infeccioso, debe contener microorganismos patógenos en cantidad y con virulencia suficientes como para que la exposición de un huésped susceptible al mismo pueda dar lugar a una enfermedad infecciosa. La Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos, US EPA, recomienda establecer como mínimo seis categorías de residuos infecciosos: residuos de salas de aislamiento, cultivos de agentes infecciosos, sangre humana y sus derivados, residuos patológicos, objetos punzocortantes contaminados y restos de animales contaminados.

México igual que otros países de América se han visto en la necesidad de reglamentar los residuos peligrosos biológico infecciosos y lo ha hecho a través de la emisión de la Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-1995, la cual clasifica sólo a este tipo de residuos y excluye a residuos químicos, farmacéuticos y radiactivos los cuales son considerados por otras normas, la clasificación mexicana incluye casi las mismas categorías de las propuestas por otros países. (91)

De acuerdo a los escasos estudios de composición de los desechos realizados en países latinoamericanos, el contenido de residuos contaminado microbiológicamente fluctúa entre un 10% y un 40% del total de residuos sólidos generados en un hospital. Sin embargo, el desarrollo, en países como Chile, de programas de separación en origen de la fracción infecciosa ha permitido demostrar que, conforme se perfecciona la práctica de separación, el porcentaje de residuos infecciosos se mantiene dentro del rango que va del 10% al 20% de dicho total. En Estados Unidos esta fracción varía de un 5% a un 10% según diversos autores.

La separación de algunas de las diferentes fracciones componentes de los residuos sólidos de hospitales es una práctica común en los establecimientos que prestan atención médica, si bien tal separación se realiza frecuentemente con el fin de disminuir los costos de manejo interno y externo de los residuos y no con el propósito de reducir los riesgos sanitarios asociados al manejo de las fracciones infecciosas o peligrosas en general.

Sin embargo, el hecho de no contar con una adecuada práctica de separación de la fracción infecciosa implica la existencia de riesgos para la salud, tanto del personal que manipula estos materiales, como para la salud de la comunidad.

Pese a las ventajas de la separación en origen de las fracciones peligrosas, no resulta fácil implantar este tipo de prácticas en los establecimientos hospitalarios. Ello requiere, en primer término, la colaboración decidida y permanente del personal médico, paramédico y auxiliar, ya que será este personal el que deberá canalizar los residuos, tan pronto se generen, hacia los receptáculos de almacenamiento apropiados.

(91) "Documentos del VIH/SIDA" El ser humano A.C y Amigos contra el SIDA. Op Cit. 76-77.

Se requiere además disponer del equipamiento suficiente para almacenar, recolectar, transportar, acumular, tratar y disponer estos residuos en forma totalmente independiente del resto de los de los residuos del hospital, mientras mantengan sus características de peligrosidad.

El uso de bolsas plásticas como elemento complementario del receptáculo ofrece una serie de ventajas, entre las cuales se puede destacar la reducción de la exposición al contacto directo con los residuos del personal que los manipula y el mejoramiento de las condiciones higiénicas generales del sistema.

La factibilidad técnica y económica de dar adecuado tratamiento y disposición final a los residuos hospitalarios está directamente relacionada con la posibilidad de implementar una efectiva separación en origen de las fracciones peligrosas. El mezclar los residuos infecciosos con el resto de los residuos obliga a tratar al conjunto con los mismos procedimientos y precauciones aplicables a los residuos infecciosos, encareciendo y dificultando la operación del sistema.

Por el contrario, una buena separación en origen permite derivar la mayor parte de los residuos sólidos producidos en un hospital a la recolección municipal y reservar los procedimientos especiales y de alto costo sólo para los residuos peligrosos. Lo anterior es válido tanto si el tratamiento se hace en el propio recinto del hospital como si se realiza fuera de él.

El sistema de manejo de los residuos peligrosos debe poner en marcha una serie de operaciones utilizando la tecnología apropiada para satisfacer dos objetivos fundamentales que son:

- Controlar los riesgos para la salud que podría ocasionar la exposición a los residuos hospitalarios de tipo infeccioso o peligrosos.
- Facilitar el reciclaje, tratamiento, almacenamiento, transporte y disposición final de los residuos hospitalarios, en forma eficiente, económica y ambientalmente segura.

4.5.1 CLASIFICACIÓN DE LOS RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICOS INFECCIOSOS.

Existen en el mundo diferentes sistemas de clasificación para los residuos hospitalarios. De las que destacan las propuestas realizadas por las siguientes instituciones.

1. Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS).
2. Organización Mundial de la Salud (OMS) para países europeos.
3. Clasificación simplificada (OMS) propuesta para países en vías de desarrollo.
4. Clasificación Alemana.
5. Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos, US EPA.
6. Norma Oficial Mexicana NOM-087-1995.

4.5.5.1 CLASIFICACIÓN PROPUESTA POR EL CEPIS.

Esta clasificación permite una fácil identificación del tipo de residuo y del punto o lugar de su generación.

RESIDUOS INFECCIOSOS.

Son aquellos generados durante las diferentes etapas de la atención de salud (diagnóstico, tratamiento, inmunizaciones, investigaciones, etc), y que por tanto han entrado en contacto con pacientes humanos o animales. Representan diferentes niveles de peligro potencial, de acuerdo al grado de exposición que hayan tenido con los agentes infecciosos que provocan las enfermedades.

Estos residuos pueden ser, entre otros:

- a. Materiales provenientes de salas de aislamiento de pacientes.

Residuos biológicos, excreciones, exudados o materiales de desecho provenientes de salas de aislamiento de pacientes con enfermedades altamente transmisibles. Se incluyen a los animales aislados, así como también a cualquier tipo de material que haya entrado en contacto con los pacientes.

- b. Materiales biológicos.

Cultivos, muestras almacenadas de agentes infecciosos, medios de cultivo, placas de Petri, instrumentos usados para manipular, mezclar o inocular microorganismos, vacunas vencidas o inutilizadas, filtros de áreas altamente contaminadas, etc.

- c. Sangre humana y productos derivados.

Sangre de pacientes, bolsas de sangre con plazo de utilización vencida o serología positiva, muestras de sangre para análisis, suero, plasma, y otros subproductos. También se incluyen los materiales empapados o saturados con sangre, materiales como los anteriores aún cuando se hayan secado, incluyendo el plasma, el suero y otros, así como los recipientes que los contienen o contuvieron como las bolsas plásticas, mangueras intravenosas, etc.

- d. Residuos anatómicos patológicos quirúrgicos.

Residuos patológicos humanos, incluyendo tejidos, órganos, partes y fluidos corporales, que se remueven durante las autopsias, la cirugía u otros, incluyendo las muestras para análisis.

e. Residuos punzocortantes.

Elementos punzocortantes que estuvieron en contacto con pacientes o agentes infecciosos, incluyen agujas hipodérmicas, jeringuillas, pipetas de Pasteur, agujas, bisturis, mangueras, placas de cultivos, cristalería entera o rota, etc. Se considera también cualquier punzocortante desechado, aún cuando no haya sido usado.

f. Residuos de animales.

Cadáveres o partes de animales infectados, así como las pajas usadas, provenientes de los laboratorios de investigación médica o veterinaria.

RESIDUOS ESPECIALES.

Son aquellos generados durante las actividades auxiliares de los centros de atención de salud que no han entrado en contacto con los pacientes ni con los agentes infecciosos.

Constituyen un peligro para la salud por sus características agresivas tales como corrosividad, reactividad, inflamabilidad, toxicidad, explosividad y radiactividad. Estos residuos se generan principalmente en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, directos complementarios y generales.

Estos residuos pueden ser, entre otros:

a. Residuos químicos peligrosos.

RESIDUOS PATOLÓGICOS.

Son los desechos que, ya sea por la percepción o presencia actual de agentes patógenos, requieren de un manejo y/o tratamiento para prevenir la exposición ocupacional o ambiental. Incluye a los tejidos, órganos, partes del cuerpo, fetos humanos y esqueletos de animales; así como, sangre y fluidos corporales.

DESECHOS RADIATIVOS.

Cualquier desecho sólido, líquido y gaseoso proveniente de procedimientos de análisis radiológicos, tales como las pruebas para la ubicación de tumores.

RESIDUOS QUÍMICOS.

Químicos no radiactivos y desechos sólidos contaminados con químicos peligrosos.

Ejemplos:

- químicos de desecho y sobrantes abiertos,
- agentes antineoplásicos y otras drogas de prescripción (sustancias no controladas),
- envases vacíos y otros recipientes con una capacidad de cinco galones o más,
- termómetros rotos y otros similares que contengan mercurio,
- cilindros de gas no restituibles y frascos de medida (máximo 18 pulgadas de longitud),
- residuos de materiales de limpieza derramados,
- plomo no radiactivo y fragmentos de plomo,
- soluciones para procesar películas fotográficas,
- todo tipo de aceite usado,
- pesticidas,
- solventes,
- baterías,

DESECHOS INFECCIOSOS Y POTENCIALMENTE INFECCIOSOS.

Son aquellos que contienen agentes patógenos en concentración o cantidad suficiente, que la exposición al mismo, podría resultar en enfermedad. Esta categoría incluye: cultivos y conservaciones de agentes infecciosos provenientes del trabajo de laboratorio, desechos de cirugía y necropsias realizadas en pacientes con enfermedades infecciosas, desechos provenientes de pacientes infectados atendidos en salas de aislamiento, desechos que han estado en contacto con pacientes infectados que reciben hemodiálisis (ejemplo: equipamiento de diálisis, tales como tubos y filtros, toallas desechables, ropas, guantes y batas de laboratorio) y desechos que han estado en contacto con animales inoculados con un agente infeccioso o sufren de una enfermedad infecciosa.(92)

OBJETOS PUNZOCORTANTES.

Cualquier artículo que podría causar corte o punción (especialmente agujas o navajas). Incluye agujas, jeringuillas, bisturís, sierras, cuchillas, objetos de cristal rotos y otros artículos que pudiesen causar una cortada o un pinchazo.

(92) Transmisión del VIH por sangre y hemoderivados. En CONASIDA. SIDA. Boletín Mensual. Año 3. No. 8 (agosto de 1991) pag. 733.

DESECHOS FARMACÉUTICOS.

Incluye drogas o químicos excedentes, derramados, vencidos o contaminados.

RECIPIENTES PRESURIZADOS.

Incluye aquellos usados con propósitos demostrativos o instructivos que contienen gas inocuo o inerte y aerosoles a presión que pueden explotar si son incinerados o accidentalmente puncionados.

4.5.5.2 CLASIFICACIÓN SIMPLIFICADA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD PARA PAISES EN VÍAS DE DESARROLLO.

Esta clasificación permite reducir el número de recolecciones y almacenamientos separados que se requiere dentro de un establecimiento de atención médica.

A. Residuos generales no peligrosos

Son aquellos generados en las actividades administrativas, auxiliares y generales, que no corresponden a ninguna de las categorías siguientes; no representan peligro para la salud y sus características son similares a las que presentan los residuos domésticos comunes.(93)

Se incluye en esta categoría a los papeles, cartones, cajas, plásticos, los restos de la preparación de alimentos, y materiales de la limpieza de patios y jardines, entre otros.

B. Objetos punzocortantes (infectados o no)

Elementos punzocortantes que estuvieron en contacto con pacientes o agentes infecciosos, incluyen agujas hipodérmicas, jeringuillas, pipetas de Pasteur, agujas, bisturís, mangueras, placas de cultivos, cristalería entera o rota, etc. Se considera también cualquier punzocortante desechado, aún cuando no haya sido usado.

C. Residuos infecciosos (excepto los objetos punzocortantes infectados)

Son aquellos generados durante las diferentes etapas de la atención de salud (diagnóstico, tratamiento, inmunizaciones, investigaciones, etc), y que por tanto han entrado en contacto con pacientes humanos o animales. Representan diferentes niveles de peligro potencial, de acuerdo al grado de exposición que hayan tenido con los agentes infecciosos que provocan las enfermedades.

(93) Transmisión del VIH por sangre y hemoderivados. En CONASIDA. SIDA. Boletín Mensual. Idem.

Estos residuos pueden ser, entre otros:

a. Materiales provenientes de salas de aislamiento de pacientes

Residuos biológicos, excreciones, exudados o materiales de desecho provenientes de salas de aislamiento de pacientes con enfermedades altamente transmisibles. Se incluyen a los animales aislados, así como también a cualquier tipo de material que haya entrado en contacto con los pacientes de estas salas.

b. Materiales biológicos

Cultivos, muestras almacenadas de agentes infecciosos, medios de cultivo, placas de Petri, instrumentos usados para manipular, mezclar o inocular microorganismos; vacunas vencidas o inutilizadas, filtros de áreas altamente contaminadas, etc.,

c. Sangre humana y productos derivados

Sangre de pacientes, bolsas de sangre con plazo de utilización vencida o serología positiva, muestras de sangre para análisis, suero, plasma y otros componentes sanguíneos. También se incluyen los materiales empapados o saturados con sangre, materiales como los anteriores aún cuando se hayan secado, incluyendo el plasma, el suero y otros, así como los recipientes que los contienen o contuvieron como las bolsas plásticas, mangueras intravenosas, etc.

d. Residuos anatómicos patológicos y quirúrgicos

Residuos patológicos humanos, incluyendo tejidos, órganos, partes y fluidos corporales, que se remueven durante las autopsias, la cirugía u otros, incluyendo las muestras para análisis.

e. Residuos de animales

Cadáveres o partes de animales infectados, así como las camas o pajas usadas, provenientes de los laboratorios de investigación médica o veterinaria.

4.5.5.3. CLASIFICACION ALEMANA.

En esta clasificación se propone como criterio fundamental, el tipo de manejo requerido, ya que al basarse en este criterio, se incluye necesariamente el área de generación.

Residuos comunes (Tipo A)

Provenientes de la administración, limpieza general, elaboración de alimentos, áreas de hospitalización, siempre que estén separados en el punto de origen de los residuos clasificados como potencialmente infecciosos, infecto-contagiosos, orgánicos humanos y peligrosos. Son similares a los domiciliarios y no requieren manejo especial. Están compuestos por: restos de alimentos, envases desechables de aluminio, plástico, cartón, vidrio, papeles sanitarios, papeles de oficina, residuos esterilizados en el hospital.

Residuos potencialmente infecciosos (Tipo B)

Provenientes de áreas de hospitalización general, consulta externa, emergencia, salón de operaciones, etc., generados en la aplicación de tratamiento o cura del paciente. Requieren manejo especial dentro y fuera del hospital. Están compuestos por: algodones, gasas, vendas, jeringuillas, frascos de suero, sondas, sábanas desechables, toallas sanitarias desechables, pañales, gorros, cubrebocas, batas y guantes.

Residuos infecto-contagiosos (Tipo C)

Residuos provenientes de pacientes con enfermedades infectocontagiosas como HIV, hepatitis, tuberculosis, diarreas infecciosas, tifus, etc. Residuos de los laboratorios, con excepción de los de radiología y medicina nuclear. Requieren manejo especial dentro y fuera del hospital.

Están compuestos por: materiales impregnados de sangre, excremento y secreciones provenientes de áreas de aislamiento de pacientes con enfermedades infecto-contagiosas y residuos de laboratorio. También incluye a los materiales punzocortantes (agujas, bisturís, etc.) colocados previamente en recipientes rígidos.

Residuos orgánicos humanos (Tipo D)

Provenientes de salas de cirugía, parto, morgue, necropsia y anatomía patológica. Están compuestos por: amputaciones, restos de tejidos, necropsia y biopsia, fetos y placentas.

Residuos peligrosos (Tipo E)

Aquéllos que requieren por razones legales o por características físico-químicas, un manejo especial. Están compuestos por: material radiactivo, residuos químicos, envases de aerosoles, indumentarias de tratamiento de radio y quimioterapia, residuos de laboratorios de radiología y medicina nuclear y otros descritos en las normas de residuos peligrosos.

4.5.5.4. CLASIFICACION DE LA AGENCIA DE PROTECCIÓN AMBIENTAL DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA (Environmental Protection Agency, EPA).

La EPA recomienda seis categorías para clasificar los residuos infecciosos.

Cultivos y muestras almacenadas

Residuos de cultivos y muestras almacenadas de agentes infecciosos, incluye a los de los laboratorios médicos patológicos, de investigación y de la industria. Se consideran también los desechos de la producción de vacunas, placas de cultivo y los utensilios usados para su manipulación.

Residuos patológicos

Residuos patológicos humanos, incluye muestras de análisis, tejidos órganos, partes y fluidos corporales, que se remueven durante las autopsias, la cirugía u otros.

Sangre humana y productos derivados

Incluye a la sangre, productos derivados de la sangre, materiales como los anteriores aún cuando se hayan secado, incluyendo el plasma, el suero y otros, así como los recipientes que los contienen o contuvieron como las bolsas plásticas y mangueras intravenosas, etc.

Punzocortantes contaminados

Elementos punzocortantes que estuvieron en contacto con pacientes humanos o animales durante el diagnóstico, tratamiento, producción industrial o investigación, incluyendo agujas hipodérmicas, jeringuillas, pipetas e Pasteur , agujas, bisturís, mangueras, placas de cultivos, cristalería entera o rota, etc., que hayan estado en contacto con agentes infecciosos.

Residuos de animales

Cadáveres o partes de animales infectados, así como las camas o pajas usadas, provenientes de los laboratorios de investigación médica, veterinaria o industrial.

Residuos de aislamiento

Residuos biológicos, excreciones, exudados o materiales de desecho provenientes de las salas de aislamiento de pacientes con enfermedades contagiosas. Se incluye también a los animales aislados.

4.5.5.5. NORMA OFICIAL MEXICANA.

Esta Norma Oficial Mexicana NOM 087-ECOL-1995 establece los requisitos para la clasificación, separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos biológico infecciosos que se generen en establecimientos que presten atención médica, tales como hospitales y consultorios médicos, así como laboratorios clínicos, laboratorios de producción de biológicos, de enseñanza y de investigación, tanto humanos como veterinarios y es de observancia obligatoria.(94)

Esta Norma surge en México por la preocupación ante esta problemática de países desarrollados y que poco a poco empiezan a presionar al resto del mundo para delimitar el problema, tiene como antecedentes una serie de Normas Oficiales Mexicanas previas como las NOM-CRP- 002-ECOL;NOM-CRP-003-ECOL; NOM-CRP-004-ECOL; NOM-CRP-005-ECOL; NOM-CRP-006-ECOL; NOM-CRP-007-ECOL; la NOM-CCA-029-ECOL y NOM-CCA-031-ECOL.

La clasificación de los residuos biológico infecciosos peligrosos dada por esta Norma es la siguiente:

- Sangre.
- Los productos derivados de la sangre.
- Materiales con sangre.
- Los anteriores materiales, aún cuando se hayan secado, incluyendo el plasma, el suero y los derivados de la sangre, así como los recipientes que los contienen o contuvieron.
- Los cultivos y muestras almacenadas de agentes infecciosos.
- La producción de biológicos.
- Los patológicos.
- Los tejidos, órganos, partes y fluidos corporales que se remueven durante las necropsias, la cirugía o algún otro tipo de intervención.
- Las muestras para análisis.
- Los cadáveres de animales o partes de éstos.
- Los no anatómicos derivados de la atención a pacientes y de los laboratorios.
- La cirugía y necropsia.
- Las terapias y unidades coronarias.
- El equipo, material y objetos contaminados durante la atención a pacientes.
- Los equipos y dispositivos desechables utilizados para la exploración y toma de muestras de laboratorio, como rectoscopios, otoscopios, espejos vaginales y similares.
- Los objetos punzocortantes usados.
- Los que han estado en contacto con pacientes durante el diagnóstico y tratamiento, incluyendo navajas, lancetas, jeringas, pipetas de Pasteur, agujas hipodérmicas, de acupuntura y para tatuajes, bisturís, cajas de Petri, cristalería rota o entera, porta y cubreobjetos, tubos de ensayo y similares.

(94) García, Ma. De Lourdes. "Medidas preventivas para evitar la transmisión de la infección por VIH". Sepúlveda Amor Jaime. Pag. 360.

Al analizar las clasificaciones señaladas observamos que todas tienen algo en común y que los gobiernos de los países solo les han hecho modificaciones acordes a las necesidades propias de cada país.

4.6 LA NECESIDAD DE CREAR UN ÁREA ESPECÍFICA CON PERSONAL ALTAMENTE CALIFICADO PARA EL MANEJO Y ATENCIÓN DE ESTE TIPO DE PACIENTES.

En la última década el interés mundial sobre los residuos hospitalarios se ha incrementado por considerar a las comunidades en riesgo de presentar afectación a la salud por objetos punzocortantes empleados en la atención de pacientes y que han sido contaminados por microorganismos, líquidos corporales y tejidos obtenidos a través de procedimientos quirúrgicos, los cuales pueden ser capaces de transmitir agentes etiológicos de patologías infecciosas.(95)

Un foco de contaminación que causa preocupación en las instituciones de salud son los depósitos de residuos biológico infecciosos, ya que estos son almacenados dentro de las propias instalaciones hospitalarias poniendo en riesgo de adquirir enfermedades infecciosas no sólo al personal que labora en la institución, sino también a los pacientes y al personal responsable de la recolección de estos residuos como consecuencia de un manejo inadecuado.

En la población mexicana existe un desconocimiento general de los riesgos a la salud asociados con residuos peligrosos biológico infecciosos. Además problemas sociológicos en trabajadores con bajo índice académico o intelectual y características sindicales propias de cada institución agravan esta situación.

Personal de salud en riesgo:

Se consideran tres grupos de sujetos cuya exposición a residuos peligrosos biológico infecciosos representa un riesgo para la salud o de tipo ocupacional:

- Profesionales y pacientes de establecimientos que prestan atención médica.
- Profesionales y pacientes de centros de atención o cuidados primarios como consultorios especializados o centros de diálisis.
- Personal que realiza sus actividades en la recolección, traslado, disposición de residuos peligrosos biológico infecciosos, incineradores y lavanderías institucionales o privadas entre otros.

(95) Jennings, Chris. Qué es el SIDA y cómo prevenirlo.[Tr. Adriana de Hassan]. 6°. Ed. Grupo Editorial Norma, México, 1994. p. 26.

Los pacientes con riesgo especial a infecciones y otras complicaciones que resultan de exposición a patógenos microbianos presentes en los residuos peligrosos biológico infecciosos a consecuencia de fracturas evidentes o poco apreciables en el sistema de disposición de estos residuos son:

- Pacientes cuyos mecanismos inmunológicos se encuentran alterados.
- Pacientes inmunodeprimidos, categoría que incluye los sujetos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
- Pacientes con hemorragias o trastornos en la coagulación.
- Pacientes sometidos a tratamientos de diálisis.

El personal que realiza sus actividades en establecimientos que prestan atención médica o empresas a quienes el sector salud subroga servicios específicos puede tener riesgos, por lo que es importante que conozcan cuales son las características que le confieren peligrosidad a un residuo y sean entrenados en las medidas profilácticas, de precaución, utilización de equipo especial y en los procedimientos de disposición de estos residuos.

En algunos grupos particulares es posible identificar los siguientes riesgos:

- Personal que manipula residuos que contienen objetos impregnados con sangre procedentes de quirófanos, curaciones, pacientes en unidades de diálisis podrían estar expuestos a la transmisión de hepatitis B o virus de la inmunodeficiencia humana. Es necesario tomar medidas especiales para el aislamiento, separación, recolección y disposición de estos residuos peligrosos. En los casos de pacientes cuyo diagnóstico es dudoso, sería apropiado tratar los residuos con idénticas precauciones.
- Personal de mantenimiento, transporte de residuos, porteros y custodia podrían estar expuestos a riesgo por objetos punzocortantes, en desechos que contienen agujas, jeringas o navajas de bisturí, si estos no han sido separados y empaquetados de forma segura para su disposición.
- Personal relacionado con la disposición final o la incineración de residuos peligrosos o no peligrosos puede estar expuesto al riesgo procedente de residuos peligrosos biológico infecciosos que no han sido separados y transportados como lo establece la norma mexicana 087-ECOL-1995, especialmente si las bolsas de envoltura o almacenamiento han sido puncionadas o rotas.
- El personal de farmacia puede estar sometido a riesgo procedente de la exposición respiratoria o dérmica a aerosoles contaminados con solventes o productos farmacéuticos.
- Todo el personal de un establecimiento hospitalario podría estar expuesto a riesgo, en lugares donde filtraciones u obstrucciones en el drenaje resulten en el escape de gases o solventes peligrosos que pueden ser inhalados. La exposición a H₂S por escape de los alcantarillados bloqueados es un riesgo bien conocido.

Un grupo especial esta conformado por los drogadictos, sobre todo por aquellos con escasos recursos económicos; quienes emplean para administrarse diversas sustancias químicas, jeringas previamente utilizadas y desechadas incorrectamente por el personal de salud, así como por la eliminación de residuos que contienen agujas, jeringas y drogas descartadas

4.6.1. BIOSEGURIDAD DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE SALUD EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.

Las rigurosas normas de higiene y seguridad que se han adoptado en la Institución (NER), permiten que el equipo interdisciplinario de salud, además de proteger su salud y la de los pacientes, desarrolle con mayor eficiencia su labor.

Estas medidas contemplan aspectos de capacitación en el trabajo, conducta apropiada, disciplina, higiene y protección personal, entre otras, son complementarias a las acciones desarrolladas en el ambiente de trabajo, tales como iluminación, ventilación, confort, etc.

La higiene del establecimiento que presta atención médica refleja la cultura ecológica, el conocimiento de la normatividad, las actitudes y el comportamiento del personal de salud. Un ambiente limpio disminuye el riesgo de infecciones Nosocomiales y por consecuencia, reduce los costos de tratamiento.

El lavado de manos es fundamental para evitar las infecciones nosocomiales y debe ser realizado técnicamente por médicos, enfermeras y resto de personal en contacto con pacientes.

El personal involucrado en las operaciones de manejo de residuos peligrosos biológico infecciosos deberá observar las siguientes medidas de seguridad:

- Recibir entrenamiento sobre el manejo de residuos sólidos y líquidos peligrosos establecidos en la NOM 087-ECOL 1995, que les permita conocer, prevenir, eliminar o minimizar el peligro potencial a la salud que involucra cualquier descuido en el manejo de residuos biológico infecciosos.
- Conocer el horario de trabajo, responsabilidades y riesgo al que esta expuesto.
- Someterse a exámenes periódicos de salud, físicos y psicológicos.
- Recibir protección a través de vacunas contra tétanos, la fiebre tifoidea y la hepatitis B.

- Recibirán los medios de protección señalados en la NOM 087-ECOL 1995 adecuados para las actividades que realicen. El equipo mínimo de protección del personal consistirá en uniforme completo, guantes reforzados en la palma y dedos para evitar cortes y punciones, mascarilla o cubrebocas, gorro o casco con o sin visera. Si se manejan desechos líquidos se deberán usar anteojos de protección.
- Deberán sujetarse el cabello para que no se contamine, de preferencia deberán utilizar un gorro.
- No se permitirá comer, fumar, masticar algún producto o maquillarse en horas de trabajo.
- En caso de heridas o traumatismos, lavar la lesión con agua y jabón y acudir de inmediato a revisión médica.
- El personal encargado de operar el incinerador deberá contar con capacitación sobre el proceso de incineración y el manejo del mismo; así como, con un manual de operación que describa el procedimiento de funcionamiento del equipo y las normas de seguridad e higiene.
- Lavar y desinfectar el equipo de protección personal.
- Tomar un baño o ducha una vez terminada la jornada diaria de labores.

4.6.2. PLAN DE CONTINGENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.

El sistema de manejo de residuos hospitalarios incluye un plan de contingencia para enfrentar las situaciones de emergencia como: derrames, accidentes laborales, incendios, explosiones, inundaciones, etc. Dicho plan contiene las medidas necesarias que se deben tomar durante eventualidades y deben ser efectivas, de fácil y rápida ejecución.

La comunidad hospitalaria en general, y principalmente el personal a cargo del manejo del sistema de limpieza, debe capacitarse para enfrentar la emergencia y tomar a tiempo las medidas previstas. Los recursos materiales necesarios se mantendrán permanentemente y en sitios fácilmente accesibles.

En los lugares de atención médica, los derrames de agentes infecciosos u otros residuos o materiales peligrosos son probablemente las emergencias más comunes relacionadas con el material peligroso. Básicamente, se aplican los mismos procedimientos de respuesta, independientemente si el derrame proviene de material de residuo o no. La respuesta a las emergencias deben garantizar lo siguiente:

- El plan de manejo de residuos debe ser respetado.
- Las áreas contaminadas deben ser despejadas y si es necesario desinfectadas.
- La exposición de los trabajadores durante la operación debe ser limitada tanto como sea posible.
- El impacto sobre el ambiente debe estar limitado a la menor extensión posible.

El personal debe estar bien preparado para responder a las emergencias, y los equipos requeridos deben estar fácilmente disponibles en todos los puntos en el momento y a una distancia razonable para garantizar que la respuesta adecuada pueda llevarse a cabo segura, rápida y rutinariamente.

Los procedimientos para los diferentes tipos de emergencias están por escrito. En el derrame de sustancias peligrosas, la limpieza debe llevarse a cabo por un personal designado y específicamente entrenado.

Los procedimientos que debe contener un plan de contingencia para enfrentar eventualidades debe incluir, pero no limitarse a:

- Procedimientos de limpieza, protección del personal y disposición para derrames de residuos peligrosos.
- Procedimientos de limpieza, protección del personal y reempaque en casos de ruptura de recipientes o bolsas plásticas.
- Alternativas para el almacenamiento y tratamiento de los residuos en caso de fallas del equipo respectivo.
- Aislamiento del área siniestrada y notificación a la autoridad responsable.
- Identificación del producto o residuo peligroso.
- Ejecución de un informe detallado de los hechos.

4.6.3. CONSIDERACIONES ÉTICO AMBIENTALES EN LA MANIPULACIÓN DE LOS RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICO INFECCIOSOS.

En virtud de que la manipulación de los RPBI no es simplemente un proceso mecanicista de tipo operativo, es muy importante revisar y analizar alguna de las implicaciones de naturaleza ético-ambientales asociadas a esta actividad antropogénica.(96)

- La responsabilidad humana en la manipulación de los RPBI no concluye con su correspondiente manejo y disposición final de acuerdo a la normatividad vigente. Además, también debe tomarse en cuenta su potencial biodegradabilidad que les permite reintegrarse al medio ambiente de forma equilibrada y armónica en calidad de materias primas básicas.
- La transportación de los RPBI en el interior de la institución que los genera, así como también durante su traslado final debe garantizar no solamente el movimiento del volumen acumulado al lugar para su almacenamiento temporal y/o definitivo sino también la máxima bioseguridad hacia la comunidad circundante al lugar mismo.

(96) Rico Blanca y Uribe, Patricia. ¿Qué onda con el SIDA? 1ª. Ed. Edit. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. México, 1993. P. P. 72 (Col. Viaje al Centro de la Tierra).

- La normatividad mexicana vigente para el manejo y disposición final de los RPBI considera solamente aquellos que son generados en los establecimientos que prestan atención médica. Sin embargo, también en muchos domicilios particulares donde se atienden a pacientes con problemas de alto riesgo contagioso como aquellos con HIV, hepatitis, tuberculosis, etc., también se generan RPBI que son eliminados en la basura común y llegan directamente a los basureros y vertederos municipales y/o clandestinos donde los "pepenadores" se exponen constantemente al riesgo que representa su presencia como contaminantes de la basura común que ellos manipulan cotidianamente.
- La preocupación social en la manipulación de los RPBI no debe concentrarse solamente en ¿qué hacer con ellos ?.
- También debemos incorporar a nuestras propias actitudes y comportamientos la necesidad de optimizar los insumos materiales que los producen porque así se lograría una significativa reducción de su volumen.
- La problemática asociada a la manipulación de los RPBI no se puede resolver únicamente con la implementación oficial de la correspondiente norma técnica. Paralelamente debe conjugarse el convencimiento interno de todos y cada uno de los involucrados desde su generación, hasta su disposición final, e incluso, hasta los lugares de su reciclamiento parcial en los basureros y vertederos municipales.
- La responsabilidad institucional de las dependencias oficiales que vigilan el cumplimiento obligatorio de la norma mexicana para el manejo y disposición final de los RPBI no termina con la realización de las visitas respectivas y determinación de las recomendaciones y/o sanciones correspondientes. Al mismo tiempo, deberían ser los principales promotores para el desarrollo generalizado de una cultura ambiental en todos y cada uno de los estratos sociales y comunitarios.

La atención a la problemática derivada de la manipulación de los residuos peligrosos biológico infecciosos no es una responsabilidad exclusiva del sector oficial y/o privado a través de sus propias instituciones y dependencias. La sociedad civil organizada a través de las organizaciones no gubernamentales, mejor conocidas como asociaciones civiles, también tiene una parte muy significativa de la responsabilidad colectiva. La fuerza y potencial de su capacidad natural les otorgan el derecho y obligación de participación directa como parte de la misma solución. Por ejemplo, a través de la difusión de los tipos de residuos peligrosos biológico infecciosos que ayudarían a que las personas discriminaran mejor el tipo de bolsa donde colocarlos diferencialmente de la basura común. (97)

(97) S.S. A. Epidemiología y CONASIDA

"Situación Epidemiológica del SIDA. Situación del SIDA en México. Datos actualizados hasta el primer trimestre de 1997" en Separata de la Revista SIDA/ETS. Vol 2 Núm. 1 p.p. 10.

4.6.4. CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ DE MANEJO DE RESIDUOS.

La organización de un sistema de manejo de residuos sólidos en un hospital de tercer nivel que presta atención médica se inicia con el desarrollo de las siguientes acciones:

Subdividir el hospital por servicios especializados

Generalmente el hospital, está subdividido en unidades que presta servicios especializados. Los servicios, por razones de riesgo sanitario, están delimitados físicamente en el interior.

Esta delimitación física determina también los puntos de generación de residuos.

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, para cumplir con sus funciones y alcanzar sus objetivos, está organizado por los siguientes servicios especializados:

- Servicios de hospitalización (pabellones de hospitalización, quirófanos, sala de recuperación, central de equipos, admisión, urgencias respiratorias, clínica del sueño, clínica del dolor, clínica de tabaquismo, principalmente).
- Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento (Anatomía Patológica, laboratorio, radiodiagnóstico, endoscopia, laboratorio, banco de sangre, etc).
- Investigación en asma, tuberculosis, SIDA .
- Servicios de consulta externa en Neumología y O.R.L.
- Servicios complementarios (nutrición, farmacia, administrativos, de trabajo social, etc.).
- Servicios generales (alimentación, lavandería, almacén, etc).

La complejidad estructural y funcional de la Institución, determina las características de los residuos sólidos generados. Por otro lado, la cantidad depende más del número de consultas médicas o de camas hospitalarias que de la complejidad del sistema.

Una clasificación adecuada de los residuos que se generan en una Institución de atención del sector salud, permite que su manejo sea eficiente, económico y seguro. La clasificación facilita una apropiada separación de los residuos, reduciendo riesgos sanitarios y costos en el manejo de los mismos, ya que los sistemas más seguros y costosos se destinarán sólo para la fracción de residuos que lo requieran y no para todos.

4.6.5 RESPONSABILIDAD DEFINIDA.

Son numerosos los factores que intervienen en el manejo pacientes con HIV (SIDA), y el manejo de los residuos sólidos en el interior del INER. Por ello, las responsabilidades deben estar claramente determinadas a fin de que el manejo sea seguro y no ponga en riesgo a la comunidad intra y extra-institucional.

Los médicos, enfermeras, personal auxiliar, administrativos, pacientes y público en general, contribuyen directa e indirectamente a la generación de residuos. La

organización de las actividades, la tecnología utilizada y la capacitación del personal, determinan también la cantidad y calidad de los residuos.

Existen niveles de responsabilidad que recaen en diferentes personas, así tenemos:

- El Comité de Infecciones y Seguridad del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, precedido por el director y conformado por los jefes de los servicios especializados, es la máxima instancia que aprueba las actividades que conformarán el plan anual de higiene y seguridad y es también el principal responsable del manejo interno de los residuos dentro de la institución.
- Los jefes de los servicios especializados que conducen la buena marcha de sus respectivas áreas son las responsables de garantizar la adecuada generación, separación, acondicionamiento o tratamiento y almacenamiento de los residuos sólidos mientras estos permanezcan dentro de las instancias del servicio.
- El jefe del servicio de limpieza es responsable de la recolección de los residuos sólidos y su traslado al punto de almacenamiento externo, tratamiento o estación de reciclaje, según sea el caso.
- El jefe de mantenimiento e intendencia es responsable de almacenar los residuos en el depósito temporal del centro para proceder a su tratamiento, comercialización y entrega al servicio de recolección especializada municipal o particular, según corresponda.

La caracterización de los residuos se basa en análisis físicos, químicos y biológicos. Estos análisis tienen finalidades distintas y varían de acuerdo a las necesidades de las operaciones básicas que se van a realizar en el manejo de estos residuos, como son el almacenamiento, recolección interna, reciclado, transporte, tratamiento y disposición final.

Los pasos a seguir en un estudio de caracterización de los residuos en una Institución médica son los siguientes:

- Identificación de las fuentes principales de generación de residuos y selección de las zonas de muestreo.
- Separación, recolección y almacenamiento de los residuos en la fuente de generación, de acuerdo a la clasificación establecida.
- Determinación del tamaño de la muestra y su representatividad.
- Recolección de la muestra y desarrollo de los análisis físicos, químicos y biológicos.

PROPUESTAS

El SIDA no puede depender exclusivamente de la búsqueda de soluciones técnicas o tecnológicas. Aunque el desarrollo de nuevas tecnologías para la prevención y el tratamiento deba ser una prioridad urgente.

La cuestión clave a la que nos enfrentamos en el año 2000, no es únicamente una cuestión de cambio de comportamientos, sino una cuestión de cambio social como respuesta al VIH/SIDA.

Sin cambios duraderos en la estructura de la sociedad, en las relaciones de poder que exponen a ciertas poblaciones y comunidades a una mayor vulnerabilidad frente a la infección por VIH, no puede haber una esperanza real de frenar o incluso disminuir el paso de la epidemia. Sin vencer la negación continua de sus derechos elementales y de su dignidad, los hombres gay y los bisexuales, las trabajadoras sexuales y los usuarios de drogas, seguirán padeciendo los efectos de la epidemia, independientemente de los cambios de comportamiento individual dentro de esos grupos.

Sin transformar las relaciones desiguales de poder entre los géneros, las mujeres seguirán siendo blancos favoritos de la infección VIH y no podrán negociar ni garantizar su propia seguridad.

Sin corregir la injusticia social y económica que existe en las naciones y en la relación entre el mundo desarrollado y el mundo en desarrollo, los pobres e ignorantes, seguirán padeciendo el impacto mayor de una epidemia íntimamente ligada a la pobreza y a la miseria.

1.- La juventud de los enfermos, el rápido deterioro físico y emocional, las limitaciones del tratamiento, la cura inexistente, el rechazo social y familiar son factores que ocasionan que el equipo interdisciplinario de salud, y principalmente la enfermera tenga sentimientos de frustración, e impotencia al no poder hacer nada por el paciente con HIV/SIDA, quien muchas veces lo único que realmente necesita es asistencia a bien morir, mediante nuestra compañía, cariño, apoyo, respeto por la enfermedad, no miedo.

2.- Asumir calidad humana es clave para superar el problema, del miedo frente a este tipo de pacientes; el trabajo en equipo coordinado y armónico se refleja en la atención a los pacientes.

3.- El equipo interdisciplinario de salud necesita saber cuál es el plan de trabajo y cuidados que se proporcionarán al paciente en base a sus necesidades detectadas, qué sabe la familia y el paciente de la enfermedad.

Compartir esta información es fundamental para disminuir la ansiedad y el estrés, y fomentar un mayor compromiso con el plan propuesto. De esta forma se brinda al paciente una óptima calidad de vida.

4.- Todos los servicios de salud tienen el propósito de reducir la incidencia y prevalencia de la infección por el VIH y del SIDA en la población. El trabajo multidisciplinario y la capacitación continua del personal de salud sobre todas las facetas de esta enfermedad epidémica permitirán una participación activa en los programas nacionales de salud tanto generales como en los específicos de prevención y control del SIDA.

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, como parte importante del corazón de México, y dar atención únicamente de tercer nivel, especializada; me resulta interesante que se creara a nivel Institucional un organismo interno y especializado, dedicado única y exclusivamente a la educación y orientación de todo lo referente al padecimiento HIV/SIDA, tanto a su población interna como la externa en general. Esto ayudaría a promocionar y prevenir nuevas infecciones por el mal del siglo, SIDA.

5.- Propongo que se establezcan medidas técnicas específicas que eviten la transmisión del virus HIV/SIDA en las Instituciones de salud. El temor al contagio es una de las reacciones principales que afectan al personal de salud, la capacitación continua que incluya aspectos tanto técnicos, legales y afectivos es la mejor estrategia para asegurar la calidad del cuidado de los pacientes.

6.- Para el fomento a la salud, la educación es una herramienta clave. Es necesario poner mayor énfasis e interés en los jóvenes quienes son las principales víctimas, de nuestra sociedad.

7.- El equipo interdisciplinario de salud debe respetar al paciente y su enfermedad, ya que regularmente, es todo lo contrario, al ser considerados como lo peor de la sociedad, y no proporcionarles una atención adecuada; es importante recordar que hoy son ellos y mañana podemos ser nosotros o cualquier ser querido.

8.- El apoyo psicológico al paciente y familia, por parte del equipo interdisciplinario es determinante en la recuperación pronta o tardía de un paciente con HIV/SIDA. Regularmente no se da este apoyo por las cargas de trabajo tan grandes que hay, o simplemente por la indiferencia que sentimos ante el dolor ajeno, sin embargo siempre debemos hacer un espacio en nuestra vida laboral para estas personas que así lo requieren, ya que es parte de una obligación moral, laboral y de compromiso con la sociedad, y porque no, con nosotros mismos como seres humanos que somos.

9.-En el hombre, la auténtica sexualidad se forma, aprende y madura durante un largo proceso que solo termina con la muerte. La educación sexual es, entonces, un proceso permanente de perfeccionamiento del ser humano, por el cual puede llegar a ser capaz de conocer, valorar y ordenar la sexualidad en el marco de la vida y dignidad humana.

La sociedad entera debe sentirse responsable de este problema, por los principios y valores que sustenta, vive y muestra, ya que eso es lo que los niños y jóvenes observan, internalizan y finalmente hacen propio.

Los responsables de la educación son las organizaciones comunitarias, escuelas, servicios de salud y todos los grupos que puedan sumarse a este esfuerzo.

10.- La reforma en su totalidad al artículo 199 bis, en el cual sugiero un cambio total de su estructura, proponiendo como principios fundamentales: a) El principio de compromiso, en el cual cada persona, familia, comunidad, institución, empresa, medio de comunicación y gobierno debe atender concientemente su responsabilidad y ejercerla de manera activa; el desarrollo de respuestas eficaces e integrales a la epidemia exige la participación activa de las personas que viven con VIH en la toma de decisiones; b) El principio de lenguaje solidario, el cual debe respetar la dignidad humana y reflejar una actitud de tolerancia profunda; c) Toda persona afectada por la epidemia debe tener derecho al trabajo, la vivienda, la educación, el ejercicio de su sexualidad, al matrimonio, a la libertad de movimiento, de credo, a la atención de su salud y, en general, a la igualdad; d) El principio de la ética en la investigación, es necesario que se respeten los intereses de los individuos o comunidades sujetos a protocolos de investigación.

Es importante recordar que en la mayoría de las ocasiones no es posible saber si se es portador del virus o no, sin embargo es importante enfatizar en la importancia de realizarse periódicamente exámenes de laboratorio cuando exista la más remota sospecha de haber contraído el virus.

11.- La reforma en materia de adopción, reduciendo la edad del adoptante; darle calidad de adoptante a las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) encargadas del cuidado de los menores infectados huérfanos. Reducir los requisitos administrativos a quienes desean adoptar un menor.

CONCLUSIONES.

- 1.- El SIDA constituye un problema de salud pública que afecta al mundo entero. En la actualidad es moral, y todavía no se dispone de una vacuna que permita prevenirlo y tratarlo eficazmente.
- 2.- El origen del SIDA, es aún un misterio, sin embargo los científicos están en continua investigación para poder encontrar la cura, que día con día cobra millones de vidas en el mundo entero.
- 3.- La mejor forma de prevenir el mal es la educación y el respeto por nuestro cuerpo, que es un templo de virtudes. La fidelidad es el mejor camino, más saludable, y de gran beneficio para la sociedad en general.
- 4.- Es importante recordar que un enfermo de VIH/SIDA, ante todo es un ser humano que requiere de respeto por su padecimiento, amor por su persona, comprensión por su sufrimiento tanto físico, como psicológico.
- 5.- La recriminación de la sociedad y principalmente de la familia, hacia quienes padecen esta enfermedad es aún un factor muy frecuente, que lo único que logra es acelerar el final y dar una calidad de vida de total abandono y tristeza.
- 6.- El equipo interdisciplinario de salud, por ser quien regularmente atiende a estos pacientes en su etapa final, deberían ponerse los zapatos del paciente y pensar en lo que ellos desearían si estuvieran en su lugar y de esa forma nuestra calidad de atención mejoraría a un 100%.

Regularmente criticamos las inclinaciones sexuales de los pacientes o sus costumbres. Debemos recordar que ese no es nuestro papel, sino más bien el de dar atención física y moral, y de alguna forma satisfacer sus necesidades en todo lo más posible. Todo esto es por el simple hecho de ser parte del equipo interdisciplinario de profesionales de la salud.

7.- La falta de recursos económicos en una Institución de salud, de tercer nivel, como lo es el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, muchas veces da lugar a que exista falta de material humano y equipo, lo cual da origen a una deficiente atención hacia el paciente, sin embargo en base a mi experiencia laboral como enfermera general, e comprobado que no se trata solo de eso, sino también de educación y principios básicos de formación vocacional; ya que muchas veces nos da pánico dar atención de enfermería o tan solo acercarnos a un enfermo con VIH/SIDA; no por ignorancia respecto del padecimiento, yo creo que, más bien es precaución por lo que aún no se descubre científicamente.

8.- La creación de una Institución especializada para la atención hacia este tipo de padecimiento, sería ideal, ya que se evitarían muchos errores intrahospitalarios, como por ejemplo el uso compartido de cuartos.

9.- La creación de más organismos encargados de la atención a pacientes con SIDA, es importante, ya que CONASIDA es insuficiente para todos los millones de humanos que lo necesitan.

10.- La reforma al artículo 199 bis, en lo que se refiere a la sanción que se impone: " el que a sabiendas que está enfermo de un mal venéreo u otra enfermedad grave en periodo infectante, ponga en peligro de contagio la salud de otro por relaciones sexuales u otro medio transmisible, será sancionado de tres días a tres años de prisión". No es con cárceles, reclusorios, ministerios públicos y amenazas contra la dignidad de los enfermos, como debe socialmente atenderse este problema; lo que se necesita son políticas públicas más comprometidas con la educación sexual racional, laica y científica.

Las mujeres seropositivas en México deben enfrentar una doble discriminación, primero como seropositivas a HIV/SIDA y después como mujeres; además deben enfrentar muchos problemas de tipo social, clínico, médico y psicológico.

La falta de conocimientos, aislamiento, inmovilidad y estilo de vida que ponen en riesgo su salud se hace evidente una urgente y enérgica intervención educativa generalizada que permita llevar conocimientos, instrucciones y actividades concretas de autocuidado de la salud aún a las personas más aisladas.

Durante los próximos años, el SIDA tendrá un impacto muy selectivo y severo en las tasas de mortalidad de adultos jóvenes y de mediana edad tanto en países industrializados como subdesarrollados.

11.- Aliviar la crisis personal del morir reduciendo temores al dolor, al abandono y a la sociedad; lo más importante para el paciente es que se sienta que uno está con él. Hay que recordar que a veces una palabra o un gesto de caricia puede ser todo lo que necesita para no sentirse solo.

GLOSARIO MEDICO.

ACCIDENTE: Evento fortuito que produce un daño a la salud y bienestar ambiental y humano.

ADAPTACIÓN: Es un componente heredable del fenotipo que confiere una ventaja en la reproducción exitosa y sobrevivencia. Se considera un proceso mediante el cual los organismos se adaptan a las condiciones ambientales.

AGENTE INFECCIOSO: Cualquier agente biológico, usualmente microscópico, que se multiplica dentro del cuerpo.

AGENTE PATÓGENO: Cualquier agente biológico capaz de causar enfermedad en su hospedero.

BIOSEGURIDAD: Representa una garantía de bienestar para nuestro organismo por cuanto las condiciones ambientales, o de manipulación de un agente biológico o sustancia peligrosa, limiten la exposición y contacto con los mismos.

BIODEGRADACION: Fenómeno o acción de descomposición por seres vivos, ejemplo: , la fermentación microbiana en función de las especies acompañantes de los RPBI.

CONTAMINACIÓN: Es la introducción directa o indirecta en el medio ambiente, efectuada por el hombre, de cualquier tipo de residuo o desecho peligroso que pueda resultar nocivo para la salud humana o la vida vegetal o animal, dañe los recursos vivos o los ecosistemas, estorbe el disfrute de los lugares de esparcimiento u obstaculice otros usos legítimos del medio ambiente.

CONTINGENCIA: Suceso eventual que altera el curso normal de un proceso y tiene efectos dañinos sobre la salud humana y bienestar ambiental.

DIÁLISIS: Separación de sustancias cristaloides y coloides (o de moléculas más pequeñas y más grandes) en una solución interponiendo una membrana semi-permeable entre la solución y el agua; las sustancias cristaloides (más pequeñas) pasan por la membrana al agua del otro lado, y las coloides, no.

EMERGENCIA: Situación extraordinaria que requiere una atención inmediata para minimizar y controlar los potenciales efectos nocivos derivados de la misma.

ETICA: Es una disciplina filosófica que determina entre lo correcto e incorrecto de las acciones humanas.

EXPOSICIÓN: Es un proceso interactivo con un agente externo al organismo que puede implicar desde su absorción hasta su introducción al mismo.

FACTOR: Es un evento o característica que puede tener relación con la condición de salud y bienestar humano.

GENOTOXICOS: Las sustancias capaces de impactar sobre el material genético de las personas expuestas. Se incluyen sustancias carcinogénicas, mutagénicas o teratogénicas.

HIV: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

INDICADOR: Referencia de uso práctico que hace alusión a un conjunto de valores con respecto a una situación determinada que sirven para constatar los cambios y variaciones que puedan producirse durante un periodo situacional.

IMPACTO AMBIENTAL: Modificación del ambiente, o de cualquiera de sus componentes, ocasionada por la acción del hombre o de la naturaleza.

MICROFLORA ASOCIADA: Es el conjunto de microorganismos que colonizan determinada superficie orgánica, objeto específico o desecho determinado.

MONITOREO: Se asocia con la ejecución y análisis de mediciones de rutina con el propósito de detectar cambios y modificaciones en algún componente ambiental.

PELIGRO: La posibilidad de que un agente físico, químico o biológico cause efectos adversos en la salud, dependiendo de las condiciones en que éste se produzca o se use.

PERCEPCION: Integración subjetiva de una serie de sucesos o problemas externos al observador que conforman su propia representación del asunto analizado.

PERSISTENCIA: Es la capacidad de un agente o sustancia de permanecer en el ambiente por tiempo prolongado.

RESIDUOS: Sustancias u objetos a cuya eliminación se procede, se propone proceder en virtud de lo dispuesto en la legislación nacional. Los desechos considerados peligrosos, según sus características, pueden ser:

- explosivos,
- líquidos y sólidos inflamables, o sustancias o desechos que en contacto con el agua emiten gases inflamables,
- sustancias o desechos susceptibles de combustión espontánea,
- oxidantes,
- peróxidos orgánicos,
- tóxicos de efectos agudos o crónicos, o sustancias o desechos que
- liberen gases tóxicos en contacto con el aire o el agua,
- corrosivos,
- sustancias o desechos infecciosos,
- desechos que pueden dar origen a otra sustancia que posee alguna de las características anteriormente señaladas.

RESIDUOS CLINICOS: Son aquellos que proceden de la atención médica suministrada en hospitales.

RESIDUOS HOSPITALARIOS: Se definen como aquellos desechos generados en los centros de atención de salud durante la prestación de servicios asistenciales, incluyendo los generados en los laboratorios.

RESIDUOS INFECCIOSOS: Son aquellos que pueden transmitir enfermedades víricas, bacterianas o parasitarias a los seres humanos. Además de los desechos médicos infecciosos, esta categoría incluye desechos de animales infectados provenientes de laboratorios, mataderos, consultorios veterinarios y otros.

RESIDUOS MEDICOS: Son aquellos generados en el diagnóstico, tratamiento o inmunización de seres humanos o animales, en la investigación relativa a esos procedimientos o en la producción o pruebas de productos biológicos.

RIESGO: Es la probabilidad de daño, enfermedad o muerte bajo circunstancias específicas.

RIESGO ACEPTABLE: Es aquel riesgo que tiene los mínimos efectos deprimentes, o bien, aquel en que los beneficios asociados superan los peligros potenciales.

RIESGO ATRIBUIBLE: La tasa de una enfermedad o cualquier otro factor externo que, en individuos expuestos, pueden ser atribuidos a la misma exposición.

SUSTANCIA MUTAGENICA: Cualquier sustancia capaz de inducir mutación (cambio en la herencia no atribuible a segregación ni a recombinación).

VIRULENCIA: Representa la capacidad agresiva de un microorganismo en su interacción huésped-parásito. En el plano ambiental también puede entenderse como una medida o recurso adaptativo y de supervivencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abrego Leticia y E. De Caso, Laura. Guía para la Atención Psicológica de Personas que viven con VIH / SIDA. CONASIDA, México 1999.
2. Allian J. P. ; Prevalence of HTLV-III / LAV Antibodies in Patients with Hemophilia and in their Sexual Partners in France. *New England Journal Medicine*. 1986.
3. Anders KH, Guerra wf, Tomiyasu U, et al. : THE NEUROPATHOLOGIC OF AIDS. *AMERICAN JOURNAL PATHOLOGY*, 1986.
4. Anonymous; Needlestick Transmisión of HTLV – III from a patient Infected in Africa. *Lancet*, 1984.
5. Atkinson JH, Grant I, Kennedy CA, et al : PREVALENCE OF PSYCHIATRIC DISORDERS AMONG MEN INFECTED WITH HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS: A controlled study. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1988.
6. Baer JW: Study of 60 patients with AIDS or AIDS-RELATED COMPLEX REQUIRING PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION. *Am. J. Psychiatry*, 1989.
7. Barlow I : UCSF AIDS Helth Project. San Francisco, 1991.
8. Bocellari A., Dilley JW., Shore MD., HIV RELATED COGNITIVE IMPAIRMENT IN SAN FRANCISCO : Associated management and residential placement problems. *Hosp. Community Psychiatry*.
9. Boletín Mensual. SIDA / ETS. Núm. 3, 1995. Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica Mensual. México D.F.
10. Cardenas de la Peña, Enrique. INER 1992-1997, México D.F. 1998.
11. Catalán J.: PSYCHOSOCIAL AND NEUROPSYCHIATRIC ASPECTS OF HIV INFECTION REVIEW OF THEIR EXTENT AND IMPLICATIONS FOR PSYCHIATRY. *J. PSYCHOOM*. 1988.
12. CODIGO CIVIL PARA EL DISTRITO FEDERAL, Edit. Fiscales ISEF. México, febrero, 2000.
13. CODIGO PENAL PARA EL DISTRIO FEDERAL; Ediciones DELMA, 4 de Enero del 2000.
14. CONASIDA. Guía para la Atención Psicológica de Personas que Viven con VIH/SIDA, México, 2000.

15. Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA. (CONASIDA). EL MEDICO FRENTE AL SIDA..1ª ed. Editado por CONASIDA. México. 1989.
16. Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (CONASIDA). EL ODONTÓLOGO FRENTE AL SIDA. 1ª ed. Editado por CONASIDA. México 1989.
17. Dauncey K : MANIA IN THE EARLY STAGES OF AIDS. Br. J. Psychiatry, 1988.
18. Diccionario Comentado del VIH / SIDA. En ser Humano A.C y amigos contra el SIDA. SIDA HOY. 1ª Ed., S.E. México 1997.
19. DICCIONARIO UNESCO DE CIENCIAS SOCIALES. V II Y IV. Edit. Planeta. España 1988.
20. Dilley JW, Ochitill HN, Perl M., et al : FINDINGS IN PSYCHIATRIC CONSULTATIONS WITH PATIENTS WITH AIDS. Am. J. Psychiatry, 1985.
21. D. Durham, Jerry D. y L.Cohen, Felissa. PACIENTES CON SIDA . CUIDADOS DE ENFERMERÍA. (Tr. Dra. Hermelinda Acuña Díaz.) Edit. El Manual Moderno, México 1992.
22. " Documentos del VIH / SIDA " en Ser Humano A.C y Amigos contra el SIDA. SIDA HOY. 1ª Edición s/e México 1999.
23. ENCICLOPEDIA DE LA SEXUALIDAD HUMANA. 4 V. Edit Océano. Barcelona 1996.
24. ENCICLOPEDIA JURÍDICA OMEBA. T.I Y XIX. Edit. Bibliográfica Omeba. Argentina 1979.
25. Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología., A. C. LIBRO DE RESÚMENES DEL SEGUNDO CONGRESO NACIONAL DE EDUCACIÓN SEXUAL Y SEXOLOGIA. " SEXUALIDAD, CIENCIA Y HUMANISMO ". SÉ. México 1996.
26. Fernández F., Adams F., Levy JK., et al : COGNITIVE IMPAIRMENT IN AIDS RELATED COMPLEX AND ITS RESPONSE TO PSYCHOSTIMULANTS. PSYCHOSOMATICS. 1988.
27. Fernández R, Holmes VF, Levy JK, et al : CONSULTATION – LIAISON PSYCHIATRY AND HIV – 1 RELATED DISORDERS. Hosp. Community Psychiatry, 1989.
28. Fogel BS : MAJOR DEPRESSION VERSUS ORGANIC MOOD DISORDER: A questionable distinction. J. Clin. Psychiatry, 1990.

29. Fuenzalida-Puelma, Hernán. **APORTES DE LA ETICA Y EL DERECHO AL ESTUDIO DEL SIDA.** (Pro.l. Carlyle Guerra de Maceado). 1ª de. Washington D.C 1991. (Col. Publicación científica, No 530).
30. **GACETA CONASIDA, Año 1 1988. CONASIDA. México D.F.**
31. G. Daniels, Victor Dr. **SIDA. SINDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA.** (Tr. Dr. Jorge Orizaga Samperio). 2ª de. Edit. El Manual Moderno . México. 1988.
32. Galindo Graffias, Ignacio. **DERECHO CIVIL. 13ª de. Edit. Porrúa. México. 1994.**
33. Gerbert B. Maguire B. Badner V., et., al: **Why Fear Persist: Health Care PROFESSIONALS AND AIDS. JAMA, 1988.**
34. González Ruiz, Edgar. **COMO PROPAGAR EL SIDA. CONSERVADURISMO Y SEXUALIDAD. 1ª de. Edit. Rayuela Editores. México 1994.**
35. Gómez A. Rubén Darío, MD. **MECANISMO DE TRANSMISIÓN Y FACTORES DE RIESGO PARA LA INFECCIÓN POR EL HIV; ENFOQUE GLOBAL. 1ª Reimpresión, Medellín, Colombia. 1993.**
36. González Blok, Miguel Angel y Liguori, Ana Luisa. **EL SIDA EN LOS ESTRATOS SOCIOECONOMICOS DE MEXICO. 1ª de. Editado por Instituto Nacional de Salud Pública y C-R-I-D-I-S- MÉXICO. 1992. (Serie: Perspectivas en Salud Pública).**
37. González de la Vega, Francisco. **DERECHO PENAL MEXICANO. 23ª de. Edit. Porrúa. México. 1990.**
38. Greenblatt, Harmatz, Shapiro L, et al : **SENSITIVITY TO TRIAZOLAM IN THE ELDERLY. N. ENGL. J. MED. 1991.**
39. Hambling, Christine y Mathews, Pauline. **Sociología, Perspectiva y Desarrollo de la Sociedad Humana (Tr. Orlando Espinosa de los Monteros). 2ª Reimpresión . Edit. Publicaciones Cultural. México 1991.**
40. Hollander H., Golden J., Mendelson T., Cortland D.: **EXTRAPYRAMIDAL SYMPTOMS IN AIDS PATIENTS GIVEN LOW-DOSE METOCLOPRAMIDE OR CHLORPROMAZINE. LANCET, 1987.**
41. Hriso E., Kuhn T., Masdeu JC., ET AL : **EXTRAPYRAMIDAL SYMPTOMS DUETO DOPAMINE – BLOCKING AGENTS IN PATIENTS WITH AIDS ENCEPHALOPATHY. Am. J. Psychiatry. 1991.**

42. Jennigs, Chris. QUE ES EL SIDA Y COMO PREVENIRLO, (Tr. Adriana y Asan), 6ª Ed., Grupo Editorial Norma. Columbia, 1994.
43. LEY GENERAL DE SALUD. 14ª Edit. Porrúa, México, 1999.
44. Martínez Roaro, Marcela. DELITOS SEXUALES. SEXUALIDAD Y DERECHO. 4ª de. Edit.Porrúa. México 1991.
45. Merlene A. Sande , MD. / Paul A. Volberding, MD. MANEJO MEDICO DEL SIDA. 1994.
46. Moto Salazar, Efrain. ELEMENTOS DE DERECHO.31ª ED.Edit. Porrúa. México. 1985.
47. Navia BA, Price RW: DEMENTIA COMPLICATING AIDS. Psychiatrics Ann. 1986.
48. Nodarse, José J. Dr. ELEMENTOS DE SOCIOLOGIA. 39ª reimpresión. Edit. F. C. E. E. México. 1997.
49. O' Dowd MA, Natali C, Or. D, et al : CHARACTERISTICS OF PATIENTS ATTENDING AN HIV - RELATED PSYCHIATRIC CLINIC HOSP. COMMUNITY PSYCHIATRY, 1991.
50. Ochitill, Dilley J., Kohlwes J., : PSYCHOTROPIC DRUG PRESCRIBING FOR HOSPITALIZED PATIENTS WITH ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME. AM. J. MED. 1991.
51. Olaiz, Gustavo Dr. SIDA: LA EPIDEMIA QUE A TODOS NOS AFECTA. Edit. Diana. México. 1988.
52. Ort JP., Olliver B., Vinti H., Cassutto JP. : OCCURRENCE OF ACUTE MANIA IN TWO AIDS PATIENTS DURING DIDEOXYNOSINE TREATNEBT AT A DOSE OF 750 mg/24h. Seventh International Conference on AIDS. Florence, Italy, 1991.
53. Pleck JH, O Donell L., et. AL. : AIDS - PHOBIA, CONTACT WITH AIDS, AND AIDS - related job stress in change in Hospital Workers Journal Homosexs. 1988.
54. Portagies P., de Gans J., Lange JM., et al : DECLINING INCIDENCE OF AIDS DEMENTIA CLOMPEX AFTER INTRODUCTION OF ZIDOVUDINE TREATMENT. Br. Med. 1989.
55. Price RW, Brew B., Siddis J., et al : THE BRAIN IN AIDS : Central Nervous System HIV - 1 infection and AIDS dementia complex. Science, 1988.
56. Recasens Siches, Luis. TRATADO GENERAL DE SOCIOLOGIA. 23ª de. Edit.Porrúa México. 1993.

57. Rosenberg PB., Ahmed I., Hurwitz S. : METHYLPHENYDATEIN DEPRESSED MEDICALLY ILL PATIENTS. J. CLIN. PSYCHIATRY, 1991.
58. Rico, Blanca y Uribe, Patricia. QUE ONDA CON EL SIDA, 1ª EDICIÓN. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. México 1995.
59. Romo García Javier; Salido Rengell Francisco. " SIDA EL MANEJO DEL PACIENTE CON HIV ": Segunda Edición, Edit. El Manual Moderno, México D.F., 1996.
60. Rothenberg R., Woelfel M., Stoneburner R., et al : SURVIVAL WITH THE ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME : Experience with 5833 cases in New York City. N. Engl. J. Med. 1984.
61. Sánchez Azcona, Jorge. FAMILIA Y SOCIEDAD. 3ª de. Edit. Joaquín Mortiz. México. 1986.
62. Sánchez Ocaña, Ramón. ANTE EL SIDA. 4ª reimpresión. Edit. Grupo Editorial Planeta. México 1992.
63. Schmidt U., Miller D. : TWO CASES OF HYPOMANIA IN AIDS. Br. J. Psychiatry, 1988.
64. Secretaría de Salud. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. Información General, Medidas Preventivas, s.e.s. 1989.
65. Sepúlveda, Amor Jaime. EL SIDA, LA ENFERMEDAD DEL SIGLO. Edit. Diana, México, 1ª Ed., 1988.
66. Ser Humano A. C. y Amigos contra el SIDA. EL SIDA HOY. 1ª de. s. e. México. 1997.
67. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. EL DIF HOY. México, febrero 1998.
68. TRANSMISIÓN DEL VIH POR SANGRE Y HEMODERIVADOS. EN CONASIDA. SIDA. Boletín Mensual. Año 3. No. 8, 1991.

69. Volberding, Sande. " MANEJO MEDICO DEL SIDA". 3ª Edición , Edit. Interamericana Mc Graw- Hill, México D.F., 1994.
70. William JBW., Rabkin JG., Remien RH., et al : MULTIDISCIPLINARY BASELINE ASSESMENT OF HOMOSEXUAL WITH AND WITHOUT HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS INFECTION. Arch. Gen psychiatry, 1991.
71. Working Group of the American Academy of Neuropsychology AIDS Task Force: Robert Jansen, PhD, División HIV / AIDS, Centers for Disease Control, Atlanta, GA 1991.