



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO  
PLANTEL TLALPAM

ESCUELA DE PSICOLOGIA

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

"DEPRESION EN SUJETOS ANTES DE EFECTUARSE LA PRUEBA  
SEROLOGICA AL VIH Y DESPUES DE ENTREGARSE  
RESULTADOS VIH SEROPOSITIVOS"

T E S I S

Que para obtener el grado de:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

Presenta:

IGNACIO JESUS CANO

Director:

Lic. JOSE MANUEL PEREZ Y FARIAS

México D.F.

1993.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

320825

8

24



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## INDICE

	Página
RESUMEN	
INTRODUCCION	
I. MARCO TEORICO .....	1
1.1 EPIDEMIOLOGÍA POR VIH/SIDA.....	5
1.2 ETAPAS DE DESARROLLO DEL VIH/SIDA.....	22
1.3 ASPECTOS VIH/SIDA.....	36
1.3.1 ENFOQUE MÉDICO Y VIH/SIDA.....	36
1.3.2 ENFOQUE SOCIAL DEL VIH/SIDA.....	39
1.3.3 ENFOQUE PSICOLÓGICO Y VIH/SIDA.....	50
1.4 LA DEPRESIÓN Y VIH.SIDA COMO SINTOMA.....	56
1.5 LA DEPRESIÓN COMO UNA REACCIÓN.....	65
1.6 LA DEPRESIÓN Y VIH/SIDA.....	68
II. METODOLOGIA.....	75
PROBLEMA.....	76
HIPOTESIS.....	77
VARIABLES.....	79
POBLACION Y MUESTRA.....	79
TIPO DE MUESTREO.....	80
TIPO DE INVESTIGACION.....	80
DISEÑO.....	81
INSTRUMENTO.....	81
PROCEDIMIENTO.....	84

III. RESULTADOS .....87

IV. DISCUSION Y CONCLUSIONES.....104

BIBLIOGRAFIA

APENDICES

## RESUMEN

LA INVESTIGACIÓN CONSISTIÓ, IDENTIFICAR LA DEPRESIÓN ANTES DE EFECTUARSE LA PRUEBA SEROLÓGICA AL VIH Y DESPUÉS DE ENTREGARSE RESULTADO VIH POSITIVO, CON UNA MUESTRA DE 60 SUJETOS DE RIESGO, 26 DE MASCULINOS HETEROSEXUAL, 22 MASCULINOS HOMOSEXUALES, 6 MASCULINOS BISEXUALES Y 6 FEMENINOS HETEROSEXUALES. SE UTILIZÓ UN DISEÑO DE DOS GRUPOS ANTES Y DESPUÉS SIN TRATAMIENTO, SIENDO EL INSTRUMENTO LA MEDICIÓN OMD DE ZUNG; QUE MIDE LA DEPRESIÓN. LOS RESULTADOS OBSERVADOS FUERON: EXISTE SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA DE ACUERDO A ANOVA EN DEPRESIÓN., EN SUJETOS INFECTADOS ANTES DE EFECTUARSE LA PRUEBA 53.77 (F = 12,182., P = .001), SUJETOS INFECTADOS DESPUÉS DE ENTREGARSE RESULTADO POSITIVO 54.57 (F = 12,182., P = .001) SUJETOS MASCULINOS BISEXUALES 52.67 Y MASCULINOS HOMOSEXUALES 61.73 AMBOS INFECTADOS DESPUÉS DE ENTREGARSE RESULTADOS POSITIVOS (F = 9.970 ., P = .001) DE ACUERDO A PEARSON LOS SUJETOS MASCULINOS HETEROSEXUALES 0.2511, FEMENINOS HETEROSEXUALES 0.6156, EN SUJETOS MASCULINOS HOMOSEXUALES 0.7369. SE CONCLUYE QUE LA DEPRESIÓN SURGE TANTO EN HETEROSEXUALES, COMO EN SUJETOS HOMOSEXUALES.

## INTRODUCCIÓN

EN ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SE INTENTÓ IDENTIFICAR QUE RELACIÓN EXISTE EN LA DEPRESIÓN ANTES DE EFECTUARSE LA PRUEBA SEROLÓGICA Y DESPUÉS DE ENTREGARSE RESULTADOS EN SUJETOS VIH SEROPOSITIVOS.

LA INVESTIGACIÓN CONSTA DE CUATRO CAPÍTULOS. EN LOS QUE SE HABLA DE LA EPIDEMIOLOGÍA E INFECCIÓN POR EL VIH, SUS ETAPAS POR LAS QUE ATRAVIESA LA ENFERMEDAD, HASTA LLEGAR A LA FASE TERMINAL CONOCIDA COMO SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).

SE INTEGRAN AFINIDADES MÉDICO, SOCIALES Y PSICOLÓGICAS, QUE TRABAJAN NO CON LA ENFERMEDAD, SINO CON EL ENFERMO QUE MANIFIESTA SIGNOS Y SÍNTOMAS NO SIEMPRE IGUALES, PERO SI SIMILARES. INTERVIENEN FACTORES IMPORTANTES COMO LA GENÉTICA, NUTRICIÓN, MEDIO AMBIENTE, CREENCIAS, INTERESES Y ACTITUDES, CON UN COMÚN DENOMINADOR EN LOS ENFERMOS, INFECTADOS POR EL VIH/SIDA.

PARA TENER UNA IDEA DEL PROBLEMA TEÓRICO QUE REPRESENTA LA INFECCIÓN VIH/SIDA MUNDIALMENTE, SE ABORDAN ALGUNAS INVESTIGACIONES RECIENTES, RELACIONADOS CON LOS PATRONES DE DETECCIÓN, PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN NECESARIAS PARA COMBATIR EL SIDA, E INTENTAR IDENTIFICAR LA DEPRESIÓN COMO UN FENÓMENO PREDISPONENTE Y PERSISTENTE O COMO FENÓMENO REACTIVO A UNA CAUSA; EL SABER QUE ES PORTADOR DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA

HUMANA (VIH), PERO AL FIN DEPRESIÓN QUE SE MANIFIESTA COMO SÍNTOMA. COMO LO CONSIDERA RABKIN G. (1992). LA DEPRESIÓN CLÍNICA ES EL DESORDEN PSIQUIÁTRICO MAS COMÚN OBSERVADO ENTRE LOS PACIENTES CON LA INFECCIÓN POR EL VIH. ASÍ MISMO FIGUEROA A. (1991). EN UN ESTUDIO QUE REALIZÓ CON SUJETOS HOMOSEXUALES, BISEXUALES Y HETEROSEXUALES. CONCLUYÓ QUE EN LA ESCALA DE ZUNG LA DEPRESIÓN ES MAYOR EN HETEROSEXUALES.

TERMINA EL PROPÓSITO DE INVESTIGACIÓN, IDENTIFICANDO LA DEPRESIÓN EN SUJETOS HOMOSEXUALES, BISEXUALES Y HETEROSEXUALES ANTES DE EFECTUARSE LA PRUEBA SEROLÓGICA Y DESPUES DE ENTREGA DE RESULTADOS.

SE ESPERÓ QUE EXISTIERA UNA RELACIÓN SIGNIFICATIVA, YA QUE A LA INFECCIÓN POR EL VIH SE LE CONSIDERA COMO SINÓNIMO DE MUERTE INMINENTE QUE MOTIVA EN EL SER HUMANO UN AFLORAMIENTO DEL FENÓMENO DEPRESIÓN.

DADA LA IMPORTANCIA EN DEPRESIÓN QUE INVOLUCRA AL JOVEN INFECTADO POR EL VIH, EL PRESENTE ESTUDIO ANALIZÓ LA RELACIÓN POR CONDICIÓN SEXUAL.

PARA SER EVALUADOS SE UTILIZÓ LA ESCALA PARA LA DEPRESIÓN DE ZUNG (1965). ASÍ MISMO SE UTILIZÓ UNA CEDULA DE DATOS PERSONALES, PARA IDENTIFICAR SU CONDICIÓN SEXUAL Y EFECTUAR UNA CORRELACIÓN ENTRE AMBOS INSTRUMENTOS, LA DEPRESIÓN SE IDENTIFICÓ EN SUJETOS MASCULINOS HETEROSEXUALES, FEMENINOS HETEROSEXUALES Y MASCULINOS



## HOMOSEXUALES.

DE IGUAL FORMA ES IMPORTANTE SEÑALAR QUE EL OBJETIVO E INQUIETUD DE ESTA INVESTIGACIÓN FUE INTENTAR CONOCER UNA REALIDAD QUE INVOLUCRA A TODA LA SOCIEDAD SIN IMPORTAR RAZAS, CREENCIAS, POSICIÓN SOCIAL YA QUE EL FENÓMENO DE VIH/SIDA NOS AFECTA A TODOS.

**MARCO TEORICO**

EL TERMINO SIDA (SÍNDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA) FUE EMPLEADO POR PRIMERA VEZ POR EL CENTER FOR DISEASES CONTROL (CDC) DE ATLANTA, GEORGIA, EN SEPTIEMBRE DE 1982, 15 MESES DESPUES DE HABERSE DESCUBIERTO LOS CINCO PRIMEROS CASOS DE ENFERMOS -TODOS HOMOSEXUALES- CON UN CUADRO CLÍNICO.

EL ARTÍCULO CON FECHA DE 5 JUNIO DE 1981 EN EL "MORTALITY AND MORBILITY WEEKLY REPORT" MMWR (1981). CITADO EN MÍRELES (1991) SEÑALA:

"... EN EL PERÍODO OCTUBRE DE 1980 A MAYO DE 1981, CINCO HOMBRES JÓVENES, TODOS ELLOS HOMOSEXUALES, FUERON ESTUDIADOS MEDIANTE BIOPSIA, CONFIRMANDOSE LA PRESENCIA DE PNEUMOCYSTIS CARINII EN TRES DIFERENTES HOSPITALES DE LOS ANGELES CALIFORNIA, DOS DE LOS PACIENTES FALLECIERON..."

TODOS LOS PACIENTES PRESENTABAN UN CUADRO CLÍNICO ESPECIALMENTE GRAVE, SEMEJANTE AL OBSERVADO EN PACIENTES IDENTIFICADOS EN FECHA POSTERIOR.

LAS CARACTERÍSTICAS MÁS SOBRESALIENTES ERAN: MANIFESTACIONES SEVERAS EN RESPIRACIÓN FRECUENTEMENTE CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA; FIEBRE Y MONILIASIS ORAL. EN OTROS CASOS, EL CUADRO

CLÍNICO INCLUÍA UN SEVERO EPISODIO DIARREICO CON FIEBRE Y PÉRDIDA DE PESO EN OTRAS OCASIONES DIVERSAS INFECCIONES OPORTUNISTAS O UN TIPO DE NEOPLASIA: EL SARCOMA DE KAPOSI.

EN ESE ENTONCES LA CDC DESTACÓ FRECUENTEMENTE EL HECHO DE QUE ESTE CUADRO SE INSTALABA EN PERSONAS PREVIAMENTE SANAS. HASTA MEDIADOS DE 1983 LA ETIOLOGÍA SE DESCONOCÍA, PLANTEÁNDOSE COMO OPCIÓN LA EXISTENCIA DE UN ORIGEN QUÍMICO.

TODOS LOS PACIENTES REPORTARON ALTERACIONES QUE EN E.U.: 593 CASOS DE SIDA, LO QUE SIGNIFICÓ QUE EN 15 MESES LA CIFRA DE ENFERMOS SE DUPLICÓ OCHO VECES. DETECTÁNDOSE ASÍ, UN PADECIMIENTO HASTA ENTONCES NO VISTO EN PERSONAS SIN ANTECEDENTES PREVIOS DE ENFERMEDAD Y QUE EVOLUCIONABA A LA MUERTE EN CORTO PLAZO. EL CDC EMPEZÓ A HABLAR DE AID (SIDA, SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA).

SI BIEN LOS PRIMEROS CASOS OCURRIDOS EN HOMOSEXUALES, POCOS MESES DESPUÉS SURGÍA INFORMACIÓN REPORTANDO CASOS OCURRIDOS EN PERSONAS TRANSFUNDIDAS. TIEMPO DESPUÉS EN DROGADICTOS INTRAVENOSOS Y RECIENTE NACIDOS DE MADRES DROGADICTAS: CASI PARALELAMENTE SURGIERON REPORTES EN POBLACIÓN HETEROSEXUAL.

HOMOSEXUALES ERAN AFECTADOS PERSISTIRIA, CON LAS CONSECUENCIAS DE ESTIGMATIZACIÓN DEL PROBLEMA.

DEBIDO A QUE SE DESCONOCIA EN ESE MOMENTO QUE EL ORIGEN ERA VIRAL DEL PROBLEMA SE DIÓ POR HECHO QUE EL CUADRO CLÍNICO SE INSTALABA EN PERSONAS PREVIAMENTE SANAS INICIÁNDOSE EN FORMA SUBITA, AFIRMACIÓN QUE AHORA CONOCEMOS COMO ERRÓNEA, PUESTO QUE LAS PERSONAS CON SIDA HAN ESTADO DESDE VARIOS AÑOS ATRÁS, INFECTADAS. ESTA APRECIACIÓN INICIAL INCORRECTA CONTRIBUYO MUY POSIBLEMENTE A QUE EN TODO EL MUNDO EL SIDA REPRESENTARÁ EL PROBLEMA TOTAL Y NO SOLO PARTE DEL MISMO.

DE TAL MANERA QUE LA IMAGEN SIDA -MUERTE A CORTO PLAZO, CONTINÚA PREVALECIENDO A PESAR DE LOS DESCUBRIMIENTOS VIROLÓGICOS Y DE LOS DIVERSOS AVANCES REPORTAN.

EN MÉXICO, COMO REFLEJO DE ESTA POSTURA PRIMERO NORTEAMERICANA Y DESPUÉS INTERNACIONAL, EL SIDA HA REPRESENTADO PRÁCTICAMENTE LA ÚNICA ETAPA SOBRE LA CUAL SE HA FOCALIZADO LA ATENCIÓN. AHORA DIEZ AÑOS DESPUÉS, SE PUEDE, REtrosPECTIVAMENTE ANALIZAR LO SUCEDIDO Y COMENTAR LO SIGUIENTE:

EL ESTUDIO DE LA DISTRIBUCIÓN Y CAUSALIDAD DEL PROCESO SALUD, ENFERMEDAD DEL VIH/ SIDA EN NUESTRA POBLACIÓN SUPONE EL ANÁLISIS DE INNUMERABLES INVESTIGADORES QUE CON SUS ESTUDIOS NOS HAN IDO AMPLIANDO EL CONOCIMIENTO DE ESTA PROBLEMÁTICA

## 1.1 EPIDEMIOLOGÍA POR VIH/SIDA

EN UN ESTUDIO REALIZADO EN LA REPÚBLICA MEXICANA EL DR. IZAZOLA-LICEA JO ET AL (1991). SE INFORMA SOBRE LA EPIDEMIOLOGÍA DE LOS COMPORTAMIENTOS SEXUALES, LA SEROPREVALENCIA DE VIH (VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA) Y EL USO DE PRESERVATIVOS EN HOMBRES HOMOSEXUALES Y BISEXUALES DE SEIS CIUDADES MEXICANAS EN 1988 ADENÁS SE VALORO LA INFLUENCIA DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL Y LOS RIESGOS SOCIOLOGICOS EN LA PREVALENCIA. LOS NIVELES DE SEROPREVALENCIA ENTRE LAS MUESTRAS EN LAS SEIS CIUDADES VARIARON ENTRE UN 2 % A UN 25 %. EN MODELOS DE REGRESION LOGISTICA MÚLTIPLE QUE CONTROLAN LA CIUDAD (COMPORTAMIENTO DADOR/RECEPTOR (CDR), Y EL ENCUENTRO DE PAREJAS EN CASA DE MASAJE), LOS SIGUIENTES ESTABAN RELACIONADOS INDEPENDIENTEMENTE CON LA SEROPOSITIVIDAD A LA CIUDAD, EL CDR, LA SÍFILIS, LA RELACION SEXUAL CON UNA PERSONA CON SIDA Y EL ENCUENTRO DE PAREJAS EN CASAS DE MASAJE. LOS RIESGOS INDEPENDIENTES ASOCIADOS CON DIFERENTES CATEGORÍAS DE CDR ERAN DE ACTIVIDAD NULA O CASI NULA 1,0, PRINCIPALMENTE DADORA 4,9, MIXTA 6,0, PRINCIPALMENTE RECEPTORA 3.3, Y SOLO RECEPTORA 0,9. LA PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE UTILIZARON PRESERVATIVO EN LA ÚLTIMA RELACION SEXUAL FUE DEL 30 %. EL PRINCIPAL RIESGO SEXUAL DE INFECCION POR EL VIH-1 NO ES EXCLUSIVAMENTE EL SEXO COMO RECEPTOR, SINO TAMBIEN UN COMPORTAMIENTO MIXTO. ESTA ASOCIACIÓN PUEDE EXPLICARSE POR EL ESTADO INFECCIOSO DE LOS GRUPOS DE PAREJAS. LAS VARIABLES DE

RIESGO SEROLÓGICO EN GRUPOS DE PAREJAS NACIONALES Y LOCALES  
PREDICEN MEJOR LA SEROPREVALENCIA QUE LAS VARIABLES DE  
COMPORTAMIENTO, COMO EL NÚMERO DE PAREJAS O EL EMPLEO DE  
PRESERVATIVOS.

ESTOS RESULTADOS IMPLICAN QUE SE NECESITAN ESTRATEGIAS  
INDIVIDUALES MAS EFECTIVAS PARA LA REDUCCIÓN DEL RIESGO,  
INCLUYENDO UN CONOCIMIENTO MEJOR EN RELACIÓN EL ESTADO DE RIESGO  
DE LA PAREJA.

DE LA MISMA INVESTIGACION EN 1988 LOS AUTORES DEL ESTUDIO QUE SE  
ANOTA, EXTRAJERON INFORMACION SOBRE LA EPIDEMIOLOGIA DE  
INCIDENCIA Y PREVALENCIA ENTRE HOMBRES HOMOSEXUALES Y BISEXUALES  
EN CADA UNA DE LAS CIUDADES ESTUDIADAS: MEXICO, GUADALAJARA,  
MONTERREY, ACAPULCO, MERIDA Y TIJUANA. SE SELECCIONÓ A ESTAS  
CIUDADES POR REPRESENTAR DIFERENTES ÁREAS GEOGRÁFICAS Y PATRONES  
EPIDEMIOLOGICOS DE LOS CASOS DE SIDA. LAS TRES PRIMERAS SON LAS  
CIUDADES MAS GRANDES DE MEXICO, DONDE VIVEN UNA TERCERA PARTE DE  
LA POBLACIÓN MEXICANA Y LAS TRES ÚLTIMAS SON CIUDADES  
TURÍSTICAS. PARA LA SELECCION DE LA MUESTRA SE OBTUVO UN TOTAL DE  
715 ENTREVISTAS EN LAS QUE SE RECORRIAN DATOS DE LOS CUATRO MESES  
PREVIOS AL ESTUDIO REFERENTES A VARIABLES CONDUCTUALES:  
COMPORTAMIENTO SEXUAL (ESPECIALMENTE LOS REFERIDOS A CONDUCTAS  
INSERTIVAS Y RECEPTIVAS EN SEXO ANAL), NÚMERO DE PAREJAS  
SEXUALES, USO DE PRESERVATIVO Y PADECIMIENTO DE ALGUNA ENFERMEDAD  
DE TRANSMISION SEXUAL (ETS). SE CONSIDERARON VARIABLES DE RIESGO

SOCIOLÓGICO: RESIDIR EN ÁREAS PARTICULARES Y FRECUENTAR BAÑOS PÚBLICOS, VARIABLES A LAS QUE SE SUPONÍA INFLUENCIA EN LA SELECCIÓN DE LA PAREJA. DEL 90% DE LOS ENTREVISTADOS SE CONSIGUIÓ LA EXTRACCIÓN DE UNA MUESTRA DE SANGRE PARA LA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS DE VIH. LOS RESULTADOS ANALIZADOS SE AGRUPARON EN CUATRO CATEGORÍAS; SOCIODEMOCRÁTICAS, SOCIOLÓGICAS, CONDUCTUAL Y RIESGOS DE SALUD. LOS HALLAZGOS MÁS IMPORTANTES DEL ESTUDIO LLEVAN A LOS AUTORES A CONCLUIR QUE LOS FACTORES DE RIESGO SOCIOLÓGICO ASOCIADOS CON PATRONES DE CONDUCTA SEXUAL INSERCIÓN/RECEPCIÓN DEL COITO ANAL, LA ELECCIÓN DE COMPAÑEROS SEXUALES EN BAÑOS Y SAUNAS PÚBLICAS, SON LOS PREDICTORES MÁS FUERTES DE SEROPREVALENCIA ENTRE LAS SEIS CIUDADES MEXICANAS. CONSIDERAN QUE RESULTA PERTINENTE EL QUE SE LLEVEN A CABO ESTUDIOS ESPECÍFICOS COMO EL QUE SE PRESENTA, QUE TIENEN COMO OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN A LA POBLACION HOMOSEXUAL, BISEXUAL CON MAYOR NUMERO DE CASOS DE SIDA EN MEXICO, TOMANDO EN CONSIDERACION FACTORES SOCIODEMOCRÁTICOS, CONDUCTUALES Y EPIDEMIOLOGICOS Y CUYOS RESULTADOS SERÍAN FUNDAMENTALMENTE ÚTILES PARA DISEÑAR, PLANIFICAR Y COMPLEMENTAR PROGRAMAS DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN ESPECÍFICAS DADO QUE EN LA ÚLTIMA NOTIFICACIÓN DE DICIEMBRE DE 1992 SITUÁ A MEXICO CON 12,292 CASOS, SIENDO EL TERCER PAÍS CON MAYOR CASISTICA DE SIDA DENTRO DEL CONTINENTE AMERICANO. SIN EMBARGO, INDICAN QUE AL RECOBAR LA INFORMACION DE LOS ENTREVISTADOS A LOS CUATRO MESES PREVIOS AL INTERROGATORIO Y AL USO O NO DEL PRESERVATIVO EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL MANTENIDA EN ESE PERIODO SE IMPIDE EVALUAR LA SIGNIFICACION DE LA



CORRELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES ESTUDIADAS Y LA SEROPREVALENCIA AL VIH. ES DIFÍCIL HALLAR Y SOSTENER UNA ASOCIACIÓN ENTRE INCIDENCIA Y SEROPREVALENCIA DE VIH, CON VARIABLES COMO: NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES, USO DE PRESERVATIVO, COMPORTAMIENTO SEXUAL Y LUGAR FÍSICO DONDE SE MANTUVIERON LAS RELACIONES SEXUALES, TENIENDO EN CUENTA SOLAMENTE, CUATRO MESES EN LA VIDA DE UN INDIVIDUO. CABE AÑADIR LA FALTA EN INFORMACIÓN Y REGISTRO SOBRE CONDUCTAS A LO LARGO DE LA VIDA Y EL POSIBLE CAMBIO DE ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS ENTRE LOS ENTREVISTADOS DESPUÉS DE VARIOS AÑOS DESDE LA APARICIÓN DEL VIH.

EN OTRO ESTUDIO SWINN M. ET AL (1991). INICIAN UN SEGUIMIENTO EN 1988 EN LOS ESTADOS UNIDOS ENTRE LA POBLACIÓN PARA MEDIR LA PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN POR EL VIH, EN MUJERES QUE DAN A LUZ. SIGUIENDO PROCEDIMIENTOS ESTANDARIZADOS, SE TOMARON ANÓNIMAMENTE MUESTRAS DE SANGRE NO RECIENTE RECOGIDA SOBRE PAPEL DE FILTRO PARA REALIZAR CONTEOS METABÓLICOS A LOS RECIÉN NACIDOS PARA BUSCAR ANTICUERPOS MATERNO AL VIH, EN LABORATORIOS ESTATALES DE SALUD PÚBLICA. EN SEPTIEMBRE DE 1990 SE DISPONÍA DE DATOS DE ENCUESTAS ANUALES EN 30 ESTADOS MAS EL DISTRITO DE COLUMBIA. LOS PORCENTAJES MÁS ALTOS DE PREVALENCIA SE OBSERVARON EN NUEVA YORK 5.8 %, EL DISTRITO DE COLUMBIA 5.5 %, NEW YERSY 4.9 Y FLORIDA 4.5 %. EN EL CONJUNTO DE LA NACIÓN, SE ESTIMÓ QUE UN 1.5 % DE LAS MUJERES QUE DIERON A LUZ EN 1989 ESTABAN INFECTADAS POR EL VIH. ASUMIENDO UNA TRANSMISIÓN PERINATAL DEL 30 % SE PUEDE DEDUCIR QUE APROXIMADAMENTE 1,800 RECIÉN NACIDOS ADQUIRIRON LA INFECCIÓN

DURANTE ESE PERIODO DE 12 MESES. LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIH, A MUJERES Y NIÑOS, REPORTAN UNA PRIORIDAD URGENTE DE SALUD PÚBLICA.

POR OTRA PARTE GUTMAN ET AL (1991). EN EL PERIODO DE 1987-1989 OBSERVÓ Y CONFIRMÓ QUE CATORCE NIÑOS (UN 14.6 %) DEL GRUPO DE 74 QUE DIERON POSITIVO A LA PRUEBA DEL VIH Y QUE FUERON SEGUIDOS POR EL EQUIPO DE SIDA PEDIÁTRICO DE LA DUKE UNIVERSITY (DURHAM, NC) HABIENDO SUFRIDO ABUSOS SEXUALES. SE EVALUÓ A CADA NIÑO QUE HABIAN SUFRIDO ESTE TIPO DE ABUSO PARA CADA UNA DE LAS CINCO VÍAS DE TRANSMISIÓN POR EL VIH, Y EN 9 NIÑOS LA RUTA FUE IDENTIFICADA. CUATRO DE LOS NIÑOS ADQUIRIERON EL VIH A CAUSA DE ABUSO SEXUAL, Y EN SEIS EL ABUSO FUE POSIBLE FUENTE. LA TRANSMISIÓN A CAUSA DEL ABUSO SEXUAL DE NIÑOS FUE LA FORMA PROBADA DE ADQUIRIR EL VIH EN ESTA POBLACIÓN MAS FRECUENTE. LOS OTROS MODOS DE ADQUISICIÓN DEMOSTRADOS FUERON LA TRANSMISIÓN VERTICAL (N=3) Y LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE CONTAMINADA POR VIH (N=2). DOCE VARONES FUERON IDENTIFICADOS (N=8) O DECLARADOS SOSPECHOSOS (N=4) DE SER LOS AGRESORES. TRES SABÍAN QUE TENÍAN EL VIH EN EL MOMENTO DE LA AGRESIÓN. NINGÚN NIÑO DIO PISTAS DE QUE SE HUBIERAN TOMADO PRECAUCIONES PARA UN "SEXO SEGURO". LOS NIÑOS CON LA INFECCIÓN POR EL VIH, PRESENTABAN MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO DE ABUSO O ABANDONO. LA DESCRIPCIÓN SOCIOLÓGICA DE LA VIDA DE LOS CATORCE NIÑOS SOBRE QUIENES SE HABÍAN COMETIDO ABUSOS, MOSTRABAN MÚLTIPLES FACTORES CONOCIDOS DE RIESGO PARA EL ABUSO SEXUAL, QUE ADEMÁS SE SUPERPONÍAN CON FACTORES DE RIESGO CONOCIDO

O SEQUELAS DE LA ADQUISICIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIH; ENTRE ESTOS SE CONTABAN ABUSO DE DROGAS Y ALCOHOLISMO EN EL HOGAR, PROSTITUCIÓN DE UN FAMILIAR, FALTA DE FAMILIA, POBREZA Y ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL NIÑO. LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DEBEN EXTENDERSE A LA POBLACION INFANTIL YA QUE, AL IGUAL QUE LOS ADULTOS, ESTÁN EXPUESTOS AL RIESGO DE LA ENFERMEDAD POR EL VIH TRANSMITIDA SEXUALMENTE.

EN OTRO ESTUDIO OCEGUI PASQUAL R. (1991). ENMARCO EN UNA AMPLIA INVESTIGACION INTERDISCIPLINARIA, LA PROSTITUCION Y EL SIDA, EN LA QUE COMO COMPLEMENTO DE LOS ESTUDIOS SANITARIOS SE PLANTEO LA POSIBILIDAD DE LLEVAR A CABO UN ANÁLISIS DE TIPO ANTROPOLÓGICO DEL COLECTIVO DE PROSTITUTAS, SUS PRÁCTICAS Y (REPRESENTACIONES) CON RESPECTO AL EJERCICIO DE SU PROFESION Y SU INCIDENCIA EN EL TEMA DE SALUD Y ENFERMEDAD. RESULTADO PARCIAL DEL ESTUDIO CONSISTIÓ EN 43 ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD A PERSONAS QUE EJERCEN LA PROSTITUCIÓN DENTRO DE TRES CATEGORÍAS; LA CALLEJERA, LA ASOCIADA A LA DROGADICCIÓN, Y FINALMENTE, LA LOCALIZADA EN SITIOS ACOTADOS, POR EJEMPLO, BARRAS, SAUNAS Y CASAS DE CITAS EN GENERAL. LAS HIPOTESIS A DEMOSTRAR CONSISTIERON FUNDAMENTALMENTE EN INVESTIGAR AL COLECTIVO DE PROSTITUTAS EN CUANTO SUS PRÁCTICAS, EN EL DEVENIR DE SU PROFESIÓN Y EN EL PARADIGMA PLANTEADO FRENTE AL SIDA. TODO ELLO, ENFOCADO SOBRE ASPECTOS INHERENTES A LA SALUD Y ENFERMEDAD QUE PROVOCA EL CONTAGIO DEL VIH, TOMANDO EPISTEMOLÓGICAMENTE, DESDE LA ARTICULACIÓN TEÓRICO-PRAGMÁTICA DE LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA O DE LA SALUD.

CON RESPECTO AL USO DE DROGAS FRIEDMAN SR AND DES JARLATS DC (1991). HAN REVISADO QUE HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 1990 SE HAN PUBLICADA MÁS DE 60,000 CASOS DE SIDA ENTRE LOS USUARIOS DE DROGAS POR VÍA PARENTERAL (UDVP) LA MÁS DE 25 PAÍSES. ESTOS INCLUYEN 34,398 USUARIOS DE DROGAS POR VÍA PARENTERAL HETEROSEXUALES Y 10,557 HOMOSEXUALES-BISEXUALES, EN LOS ESTADOS UNIDOS Y 14,800 HETEROSEXUALES Y 905 HOMOSEXUALES - BISEXUALES, EN EUROPA. LOS USUARIOS DE DROGAS POR VÍA PARENTERAL REPRESENTAN LA MAYORÍA DE LOS CASOS PUBLICADOS EN ITALIA Y ESPAÑA.

EN CUANTO A LA POBLACION HOMOSEXUAL Y BISEXUAL ADIB SM AND OSTROW DG (1991). INDICAN QUE EN 1981 SE PUBLICARON EN LOS ESTADOS UNIDOS LOS PRIMEROS CASOS DE SIDA, LOS VARONES HOMOSEXUALES Y BISEXUALES SE ENCONTRABAN ENTRE LOS DE MAYOR RIESGO (CDC, 1981). AL TERMINO DE LA PRIMERA DECADA DE EPIDEMIA, SIN EMBARGO, SE HA PRODUCIDO UN CAMBIO CONSIDERABLE EN EL COMPORTAMIENTO DE TAL GRUPO, LO QUE PROBABLEMENTE HA CONTRIBUIDO UNA DISMINUCION EN LA INCIDENCIA DEL VIH/SIDA EN EL VARÓN LO ANTERIOR, ANALIZADO MEDIANTE ESTUDIOS LONGITUDINALES BECKER Y JOSEPH (1988) STALL ET AL. (1988). DURANTE SU PRIMERA DECADA, LA HISTORIA DE LOS CASOS DE COMPORTAMIENTO RELACIONADOS CON EL SIDA HA TRANSCURRIDO PARALELAMENTE A LA HISTORIA DE LA INVESTIGACIÓN DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL MODERNO. CON ANTERIORIDAD A LA EPIDEMIA, LA INVESTIGACIÓN CON RESPECTO AL COMPORTAMIENTO SEXUAL ERA MUY ESCASA. SIN EMBARGO, COMO RESULTADO DE LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA, DICHA INVESTIGACIÓN SE HA INCREMENTADO DE FORMA CONSIDERADA Y

CONCOMITANTEMENTE, SE HA PRODUCIDO UN CAMBIO HA EL COMPORTAMIENTO (NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 1989). DURANTE LOS PRIMEROS INSTANTES DEL TRANCURSO DE LA EPIDEMIA SE HIZO EVIDENTE QUE LOS PACIENTES CON SARCOMA DE KAPOSI (SK) RELACIONADO CON EL SIDA, CON NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS CARINII (CPC) U OTRAS INFECCIONES OPORTUNISTAS, PERTENECÍAN A GRUPOS CON ALTO RIESGO DE DESARROLLAR HEPATITIS B (VHB) Y OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS) (DARROW ET AL 1981). ESTA SIMILITUD SUGIRIO QUE LA EPIDEMIA PODRIA SER DEBIDA A UN AGENTE INFECCIOSO Y QUE PODÍA SER TRANSMITIDA POR CONTACTO SEXUAL O POR INOCULACIÓN DE SANGRE. DESDE ENTONCES, LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL COMPORTAMIENTO HA JUGADO UN PAPEL POLIMÓRFICO IMPORTANTE EN LA LUCHA CONTRA EL SIDA. DIFERENTES RESULTADOS AL REVISAR EL PROGRESO DE LA INVESTIGACION DEL COMPORTAMIENTO DE LOS VARONES HOMOSEXUALES Y BISEXUALES EN LOS ESTADOS UNIDOS, ENTRE 1981 Y 1991 Y SE EXAMINAN LAS DIRECTRICES FUTURAS PARA LA SEGUNDA DÉCADA DE LA EPIDEMIA VIH/SIDA.

LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (WHO, 1992), DURANTE LOS DÍAS 23 AL 27 DE SEPTIEMBRE DE 1991, CONGREGO EN OSLO NORUEGA LA REUNIÓN REGIONAL DE COORDINADORES DE SIDA DE LOS DIFERENTES PAÍSES DE LA REGIÓN EUROPEA. ABORDANDO INICIALMENTE LA SITUACION EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA MEDIANTE DESCRIPCIONES DE CIERTAS SITUACIONES COMO; DISMINUCIÓN DE CASOS EN HOMOSEXUALES, ANLIAS VARIACIONES EN LA PREVALENCIA DE VIH EN CONSUMIDORES DE DROGAS POR VÍA PARENTERAL, EL LENTO PERO CONSTANTE INCREMENTO DEL NÚMERO DE CASOS DE SIDA MEDIANTE TRASMISIÓN HETEROSEXUAL Y EL MANTENIMIENTO DEL RITMO DE CASOS DE SIDA POR VÍA HETEROSEXUAL EN

AFRICA. A CONTINUACIÓN SE EXPUSO LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS PAÍSES DEL ESTE Y CENTRO EUROPA, LA CONTRARIEDAD QUE LOS PATRONES VARIAN SEGÚN LOS DIFERENTES PAÍSES; PREDOMINIO HETEROSEXUAL EN BULGARIA, HOMOSEXUAL EN CHECOSLOVAQUIA Y EN HUNGRÍA, CONDUCTAS ASOCIADAS A LA DROGADICCIÓN EN POLONIA Y YUGOSLAVIA, Y EL USO DE MATERIAL NO DESECHABLE Y MICRO TRANSFUSIONES CONTAMINADAS EN LA ANTIGUA URSS Y RUMANIA RESPECTIVAMENTE.

EN CUANTO A EL CONOCIMIENTO Y CREENCIAS REFERENTES A LA INFECCIÓN POR VIH, SMITH PB, ET AL (1992), REALIZARON UNA ENCUESTA A UN GRUPO DE 510 MUJERES ADOLESCENTES DEL DISTRITO CENTRAL DE UNA CIUDAD ESPAÑOLA QUE REQUIRIERON LOS SERVICIOS DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA REPRODUCTIVA. LAS RESPUESTAS DE CADA UNA DE LAS PACIENTES A LA ENCUESTA FUERON EXAMINADAS EN RELACIÓN CON EL NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES Y EL HISTORIAL DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS). LAS ADOLESCENTES QUE DEMOSTRARON LA MAYOR PREOCUPACIÓN Y MIEDO A CONTRAER EL SIDA ERAN AQUELLAS QUE TENÍAN MÚLTIPLES PAREJAS SEXUALES. AQUELLAS QUE PRESENTABAN LOS EFECTOS CONJUNTOS DE POSEER MÚLTIPLES PAREJAS SEXUALES Y UN HISTORIAL DE ETS ERAN LAS MAS PROPENSAS A RECONOCER SU RIESGO DE INFECCIÓN POR VIH Y POSEÍAN BASES DE COMPORTAMIENTO PARA ELLO. LOS COMPORTAMIENTOS SEXUALES DENTRO DE ESTE GRUPO DE EDAD ADOLESCENTE SON ENFOCADOS Y SE SUGIERE EL DESARROLLO DE DISTINTOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN.

EN UN ESTUDIO DE COHORTE KUIKEN CL. ET AL (1990), REFIEREN QUE EN 982 VARONES HOMOSEXUALES Y BISEXUALES DESDE 1984 EN AMSTERDAM (HOL). DE ELLOS, 230 VARONES TENÍAN ANTICUERPOS FRENTE AL VIH AL COMIENZO DEL ESTUDIO Y 84 VARONES MANIFESTARON SEROCONVERSIÓN DURANTE EL MISMO. DEL GRUPO DE ESTUDIO TOMARON DOS PARTICIPANTES, QUE PERMANECIERON SERONEGATIVOS, PARA REALIZAR COMPARACIONES CON CADA UNA DE LAS SEROCONVERSIONES, Y SE ELIGIÓ COMO REFERENCIA LA FECHA DE LA SEROCONVERSIÓN. ELLO DIO LA OPORTUNIDAD DE ESTUDIAR LOS POSIBLES CAMBIOS QUE PODÍAN HABER OCURRIDO A LO LARGO DEL TIEMPO. LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA SEROCONVERSIÓN, JUNTO A LOS CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO SEXUAL, FUERON ESTUDIADOS EN RELACION CON EL MOMENTO DE LA SEROCONVERSIÓN. COMO PREDICTORES PARA LA SEROCONVERSIÓN FRENTE AL VIH APARECIERON EL NÚMERO DE PAREJAS DIFERENTES EN EL COITO ANAL RECEPTOR Y UNA HISTORIA DE SÍFILIS O HERPES SIMPLE ANOGENITAL. LOS DATOS SUGIEREN QUE, ANTES DE LA SEROCONVERSIÓN, EXISTENCIAN COMPORTAMIENTOS SEXUALES DE RIESGO Y QUE LA DISMINUCIÓN A MENUDO OBSERVADA INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LA SEROCONVERSIÓN ES, DE HECHO, LA INDICACIÓN DE UN RETORNO A UNA ACTIVIDAD SEXUAL NORMAL. LOS AUTORES SUPONEN UNA APORTACION INTERESANTE, YA QUE ESTUDIA LOS FACTORES DE RIESGO IMPLICADOS EN EL COMPORTAMIENTO SEXUAL QUE, COMO SABEMOS EN EL PERÍODO DE LA SEROCONVERSIÓN REPRESENTA UNA DE LAS VÍAS DE EXPANSIÓN MÁS IMPORTANTES DE ENFERMEDAD. DADA LA EXISTENCIA DE UNA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA VALIDA FRENTE AL SIDA, LA PREVENCIÓN O EN SU DEFECTO, LA INTERVENCIÓN PRECOZ, DEVIENE IMPRESCINDIBLE. LA ACTUACIÓN EFICAZ EN ESTA LÍNEA PASA POR EL INTENTO DE

MODIFICACIÓN DE LOS COMPORTAMIENTOS DE RIESGO QUE CONTRIBUYEN A UN EMPEORAMIENTO DE LA SITUACIÓN DEL INDIVIDUO. LAS VENTAJAS METODOLÓGICAS CAUSAS DE ESTAS COMO MÁS IMPORTANTES SON, LAS SIGUIENTES; A) SE TRATA DE UN ESTUDIO LONGITUDINAL, B) CON OBJETIVOS CONCRETOS, C) CRITERIOS DE INCLUSIÓN BIEN ESPECÍFICOS, D) CONTROL EN LA MEDIDA DE LAS POSIBILIDADES DE VARIABLES QUE INTERVIENEN TALES COMO; COMPARABILIDAD DE LOS GRUPOS, FACTOR Y EFECTOS TEMPORALES EN LA CONDUCTA SEXUAL, ETC. Y E) EXPRESA CLARAMENTE LIMITACIONES Y DIFICULTADES DE LA INVESTIGACIÓN (POR EJEMPLO, LA CONFIRMACIÓN DEL AUTO-DIAGNOSTICO MEDIANTE ANALISIS). EN CUANTO A LAS LIMITACIONES DEL MISMO, SI BIEN SE APORTAN DATOS ACERCA DE COMPORTAMIENTOS SEXUALES DE RIESGO EN EL PERÍODO DE LA SEROCONVERSIÓN Y SU EVOLUCIÓN, (ESTUDIO LONGITUDINAL) NO SE OBSERVAN CAMBIOS COMO SON EL TIPO DE PRACTICA SEXUAL Y, SOBRE TODO, EL NÚMERO DE PAREJAS DIFERENTES, SERÍA DESEABLE CONTAR CON DATOS REFERIDOS AL ORIGEN DE DICHSO CAMBIOS. EN CONCRETO, LOS AUTORES UTILIZAN COMO VARIABLE INDEPENDIENTE EL CONOCIMIENTO (LA INFORMACIÓN) DE LA SEROCONVERSIÓN POSITIVA POR PARTE DE LA PERSONA.

CON EL FIN DE DETERMINAR EL COMPORTAMIENTO HETEROSEXUAL DE USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES (UDVP) A TRAVÉS DEL TIEMPO, VAN DEN HOCK, ET AL(1992). HAN ESTUDIADO A 174 SUJETOS EN RELACION CON SUS PAREJAS ESTABLES, OCASIONALES Y CON PROSTITUTAS DURANTE UN PERÍODO DE UN AÑO. A LO LARGO DE ESTE AÑO SE DESPLEGÓ EN HOLANDA UNA GRAN CAMPAÑA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SIDA.



ADEMÁS, A LO LARGO DE LAS DIVERSAS VISITAS DE SEGUIMIENTO, SE DISCUTIÓ CON LOS PARTICIPANTES LA UTILIZACIÓN DE PRESERVATIVOS. ENCONTRANDO UN GRAN NÚMERO DE UDVP QUE AFIRMARON TENER PAREJAS ESTABLES, OCASIONALES O CON PROSTITUTAS. LAS COSTUMBRES SEXUALES SUFRIERON UN CAMBIO LIMITADO; LA UTILIZACIÓN FRECUENTE DE LOS PRESERVATIVOS SE INCREMENTÓ ÚNICAMENTE CON LAS PAREJAS OCASIONALES DEL 30 % AL 49 %, Y LA PROPORCIÓN DE MUJERES UDVP QUE TRABAJAN COMO PROSTITUTAS DISMINUYÓ DEL 56 % AL 41 %. EN AMBAS MEDIDAS, LOS UDVP QUE CONOCÍAN ESTAR INFECTADOS POR EL VIH UTILIZARON LOS PRESERVATIVOS MÁS FRECUENTE CON SUS PAREJAS ESTABLES Y TENDIERON A INFORMAR DE UN NÚMERO MAYOR DE PAREJAS OCASIONALES QUE AQUELLOS QUE SABÍAN QUE NO ESTABAN INFECTADOS. ADEMÁS, LAS MUJERES INFECTADAS POR EL VIH MOSTRARON TENDENCIA A SER MENOS ACTIVAS EN LA PROSTITUCIÓN QUE LAS MUJERES NO INFECTADAS. CONCLUYERON QUE EL ANÁLISIS VOLUNTARIO REALIZADO A GRAN ESCALA ENTRE UDVP, JUNTO CON LA DISCUSIÓN REITERADA DE LOS RIESGOS DE LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH, ASÍ COMO LA UTILIZACIÓN DE PRESERVATIVOS COMO MEDIDA PREVENTIVA (ASESORAMIENTO), LLEVA CONSIGO UNA CIERTA REDUCCIÓN DEL RIESGO, AL MENOS ENTRE UDVP INFECTADOS POR EL VIH. LA EDUCACIÓN SANITARIA CON VISTAS A INCREMENTAR LA UTILIZACIÓN DE PRESERVATIVOS, DEBERÍA ESTAR DIRIGIDA, TAMBIÉN, A UDVP QUE NO TIENEN PAREJAS ESTABLES, OCASIONALES O CON PROSTITUTAS EN LA ACTUALIDAD.

DESDE HACE MÁS DE UN QUINQUENIO LA CDC Y LA OMS VIENEN ALERTANDO SOBRE EL COLECTIVO DE UDVP COMO IMPORTANTE CANAL PARA LA

INFECCIÓN DEL VIH ENTRE LOS HETEROSEXUALES EN LOS E.U. Y EN EUROPA. EN ESTOS DOS CONTINENTES A FINALES DEL AÑO DE 1990 SE HABÍAN DECLARADO MÁS DE 60,000 CASOS DE SIDA. AL TÉRMINO DEL MES DE SEPTIEMBRE DE 1991, SÓLO EN LA REGIÓN DE EUROPA EXISTIAN CASI 20,000 CASOS INFECTADOS POR ESTA VÍA DE TRANSMISIÓN. ES SABIDO QUE EN HOLANDA - ESTA VÍA REPRESENTA LA FORMA DE CONTAGIO PREDOMINANTE-, A FINAL DE ESE AÑO, SE DETECTÓ QUE DENTRO DE LOS CASOS DE SIDA CLASIFICADOS COMO DE TRANSMISIÓN HETEROSEXUAL, EN EL MAYOR PORCENTAJE 49 % TAL VEZ SE DEBA A LA CIRCUNSTANCIA DE QUE LA PAREJA DEL CASO NOTIFICADO HABÍA SIDO O ERA UDVP.

EN TANTO AL COMPORTAMIENTO SARABIO B. (1991), Y EN RELACION A LAS CIENCIAS HUMANAS CONSIDERÓ QUE EXISTEN DOS ENFOQUES METODOLÓGICOS BÁSICOS EMPLEADOS PARA EL ESTUDIO DE LA CONDUCTA. EL ENFOQUE QUE PRIORIZA LAS "EXPLICACIONES" DE NIVEL MACRO, CON EL FIN DE PODER DETECTAR LAS CONDICIONES ESTRUCTURALES DE LA ACCIÓN HUMANA; Y EL ENFOQUE, QUE PILOTEANDO SOBRE EL "ENTENDIMIENTO" DESCRIPTIVO Y COMPRENSIVO DE LA DIMENSIÓN MICRO Y SUBJETIVA, DESPLIEGA SUS DISPOSITIVOS DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS RAZONES, MOTIVOS E INTENCIONES SUBJETIVAS.

PARTIENDO DE LA CITADA PERSPECTIVA -QUE HACE DEL ENTENDIMIENTO EN "PRIMERA PERSONA" LA FUENTE ESENCIAL DE COMPRENSIÓN DE LA ACCIÓN SOCIAL, FRENTE A LA POSTICIÓN QUE PERSIGUE LA BÚSQUEDA DE LA EXPLICACIÓN EN CLAVE DE "TERCERA PERSONA"- SU AUTOR ESCOGE DOS MOMENTOS, A SU ENTENDER FUNDAMENTALES, DE PRESENTACIÓN SOCIAL DE

PACIENTES CON SIDA, PARA ABORDAR, A RENOGLÓN SEGUIDO, LA BÚSQUEDA DE SIGNIFICACIONES SOBRE LAS CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES SINTOMATOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD EN ROCK HUDSON Y DEL CONTAGIO DEL VIH EN EL MAGIC JOHNSON.

EN CONSECUENCIA CON ESTE CAMBIO EN LA REPRESENTACION SOCIAL DEL SIDA Y UNA VEZ TRASLADADAS LAS SIGNIFICACIONES EXTERNAS ESTAS SON EL IMPACTO DE LAS MISMAS IDEAS SOCIALES DEL VIH/SIDA EN LA SIGNIFICACIÓN SOCIAL DE LA ENFERMEDAD, A METAFORA INTERNA, ESTO ES EL ESTILO DE VIDA COMO FACTOR DE TRANSMISIÓN Y CONTAGIO, EL AUTOR CONCLUYE QUE LA HISTORIA DEL SIDA, COMO EMBLEMA SOCIAL DE LAS ENFERMEDADES TIENE "DOS GRANDES PUNTOS DE INFLEXION. EL PRIMERO, ASOCIADO A LA METÁFORA, SEGMENTADA Y ESTIGMATIZANTE, DE LOS "GRUPOS DE RIESGO", A PARTIR DE QUE EN 1985 R. HUDSON DECLARA SU ENFERMEDAD Y SU HASTA ESE ENTONCES OCULTO, ESTILO DE VIDA HOMOSEXUAL. EL SEGUNDO, ASOCIADO A LA METAFORA, GENÉRICA Y NO-ESTIGMATIZANTE, DE LAS "PRACTICAS DE RIESGO" CONSOLIDADA A FINALES DEL PASADO AÑO, A PARTIR DE LA DECLARACIÓN DE SEROPOSITIVIDAD DEL M. JOHNSON, AL SUBRAYAR ÉSTE SU ESTILO DE VIDA -EXCLUSIVAMENTE- HETEROSEXUAL.

CON RESPECTO A LOS NIROS REIDY M ET. AL (1991), REPORTA QUE LA PRESENCIA DE UN NIRO CON SIDA EN UNA FAMILIA IMPLICA NECESARIAMENTE, CON LA EXCEPCIÓN DE UN PEQUEÑO NÚMERO DE NIROS INFECTADOS POR TRANSFUSIÓN, LA PRESENCIA DE UN ADULTO INFECTADO, QUE GENERALMENTE, SUELE SER LA MADRE. EN TAL SITUACION, EL

PROBLEMA NO SE CIRCUNSCRIBE AL NIÑO CON SU ENFERMEDAD FATAL. SINO A TODA LA FAMILIA. SE REALIZARON ESTUDIOS SE REALIZARON EN UNA MUESTRA DE 30 PERSONAS, RESPONSABLES. LA MAYORÍA ERAN MADRES, AUNQUE TAMBIEN SE INCLUYERON OTRAS PERSONAS RESPONSABLES DEL CUIDADO DEL NIÑO SEROPOSITIVO COMO EN EL CASO DE LOS PADRES, LOS TÍOS Y LOS ABUELOS. EL OBJETIVO DEL ESTUDIO FUE DESCRIBIR LAS PERCEPCIONES DE SUS PROPIAS NECESIDADES PSICOSOCIALES. LOS RESULTADOS MUESTRAN QUE DICHAS PERSONAS SUFREN DESVENTAJAS ECONOMICAS. NECESITAN AYUDA PARA RELAJAR EL ESTRÉS Y SU SITUACION VITAL. CON FRECUENCIA NO MUESTRAN CONFIANZA EN OTRAS PERSONAS. GRACIAS A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD QUE CUIDAN DE ELLOS, LA NECESIDAD DE APRENDER A PROTEGERSE Y PROTEGER A OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA CONTRA EL VIH Y OTRAS INFECCIONES; ASÍ COMO CONOCER EL CURSO Y EL TRATAMIENTO ASOCIADOS CON ESTA ENFERMEDAD.

EN ESTE MISMO SENTIDO NICHOSSI A. ET AL, (1992), SEÑALA QUE PARA EVALUAR EL PAPEL DE LA TRANSMISION PARENTERAL Y SEXUAL DEL VIH SE HA ESTUDIADO USUARIOS DE DROGAS DE ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA EN SERONEGATIVOS. LOS PACIENTES FUERON RECLUTADOS DE 25 DEPENDENCIAS PERTENECIENTES A CENTROS PARA EL TRATAMIENTO DE PERSONAS ADICTAS A LAS DROGAS, DEL NORTE DE ITALIA. A TODOS LOS PACIENTES USUARIOS DE DROGAS POR VÍA INTRAVENOSA SE LES PIDIO EL CONSENTIMIENTO Y SE LES SOMETIO AL ANALISIS DE ANTICUERPOS PARA EL VIH; AQUELLOS QUE RESULTARON NEGATIVOS FUERON INSCRITOS Y ENTREVISTADOS ACERCA DE SUS HÁBITOS E INVITADOS A REALIZAR VISITAS DE SEGUIMIENTO. ENTRE 1987 Y 1989, SE INSCRIBIERON 1,195 USUARIOS Y, SE REALIZO EL

SEGUIMIENTO DE 435, CON UNA DURACIÓN MEDIA DE 11.9 MESES OBSERVÁNDOSE 35 SEROCONVERSIONES. LOS VALORES DE LOS ÍNDICES DE INCIDENCIA FUERON 3.3 CON UN 95 % DE INTERVALO DE CONFIANZA PARA LOS SUJETOS MENORES DE 20 AÑOS, DE 2.4 PARA LA UTILIZACIÓN DE DROGAS POR VÍA INTRAVENOSA POR UN PERIODO MENOR DE DOS AÑOS; 2.2 PARA QUIENES COMPARTIAN LAS JERINGAS Y DE 1.0 PARA PERSONAS CON UNA PAREJA SEXUAL QUE TENIA UN RESULTADO SEROPOSITIVO AL VIH. EL ABORDAJE CASO-CONTROL, UTILIZANDO UNA REGRESIÓN LOGÍSTICA Y EL AJUSTE EN FUNCIÓN DEL SEXO, A LA EDAD, EL ÁREA Y AL PREDOMINIO, MOSTRÓ ÍNDICES DE PROBABILIDAD DEL 13.2 PARA QUIENES COMPARTIAN CON FRECUENCIA LAS JERINGAS Y 4.0 PARA CONTACTOS SEXUALES CON PAREJAS SEROPOSITIVAS. LA UTILIZACIÓN FRECUENTE DE PRESERVATIVOS ESTABA ASOCIADA A LA REDUCCIÓN DEL RIESGO, QUE NO ALCANZÓ UNA SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA. LA TRANSMISIÓN PARENTERAL ES LA VÍA DE INFECCIÓN MÁS IMPORTANTE DEL VIH ENTRE LOS USUARIOS DE DROGAS POR VÍA INTRAVENOSA, Y LA TRANSMISIÓN SEXUAL DESEMPEÑÓ UN PAPEL IMPORTANTE DE RIESGO ADICIONAL.

EN ESTA MISMA TAREA HUNTER CE, ROSS MW (1991), INDICA QUE 134 PROFESIONISTAS DE LA SALUD LEYERON UNA DE LOS DOCE CASOS DE CONTROL EN LOS QUE EL PACIENTE TENÍA UN DIAGNÓSTICO POSITIVO AL VIH O HEPATITIS B. LA CAUSA DE LA INFECCIÓN ERA LA ACTIVIDAD SEXUAL, LA DROGADICCIÓN INTRAVENOSA, O UNA TRANSFUSIÓN DE SANGRE CONTAMINADA. DENTRO DE CADA CATEGORÍA DIAGNÓSTICA Y EN CADA FUENTE DE INFECCIÓN, EL PACIENTE ERA IDENTIFICADO COMO HETEROSEXUAL O HOMOSEXUAL. AUNQUE SE HA SUGERIDO LA FOMOFOBIA

COMO UN ASPECTO IMPORANTE QUE CONTRIBUYE A LAS ACTITUDES NEGATIVAS HACIA LAS PERSONAS QUE TIENEN SIDA, ESTOS RESULTADOS CONTINUARON SIENDO SIGNIFICATIVOS INCLUSO DESPUES DE QUE LA HOMOFORIA HUBIERA QUEDADO ESTADÍSTICAMENTE CONTROLADA, MEDIDA SEGUN EL SISTEMA DE HUDSON Y RICKETTS (1990). INDEPENDIENTEMENTE DE LA ENFERMEDAD, LOS PACIENTES INFECTADOS A CAUSA DE LAS DROGAS INTRAVENOSAS O DE CONTACTOS SEXUALES, ERAN CATALOGADOS CON EL MISMO NIVEL DE CULPABILIDAD Y MÁS RESPONSABLES DE SU ENFERMEDAD QUE LOS INFECTADOS POR TRANSFUSIÓN. LOS ENFERMOS DE SIDA -PERO NO LOS DE HEPATITIS- INFECTADOS POR VÍA SEXUAL O POR EL USO DE DROGAS POR VIA INTRAVENOSA, ERAN CONTEMPLADOS COMO DE MENOS INTEGRIDAD MORAL QUE LOS INFECTADOS MEDIANTE TRANSFUSIÓN. LA FUENTE DE LA INFECCIÓN INFLUYÓ MÁS QUE HACIA LA HOMOSEXUALIDAD EN SI.

CONTINUANDO CON LA VÍA SEXUAL DI GIOVANNI C. ET AL (1991), ANALIZARON EL SUERO DE 77 DELINCUENTES SEXUALES EN TRATAMIENTO EN UNA CLÍNICA DE DESORDENES SEXUALES, BASADA EN UNA COMUNIDAD PRINCIPAL, RESPECTO A LA INFECCION POR EL VIH. ADEMÁS DE SUS ACTIVIDADES DE DISFUNCIÓN SEXUAL, LA MAYORÍA MANTENÍAN CONTACTOS SEXUALES NO PROTEGIDOS CONSENTIDOS CON PAREJAS ADULTAS. ESTOS PACIENTES MANTENÍAN COMPORTAMIENTOS DE RIESGO. A PESAR DE ESTE HECHO, LOS ANÁLISIS DE LOS DATOS REVELARON QUE NINGUNO DE LOS 77 PACIENTES PARAFÍLICOS ERA SEROPositIVO PARA LA INFECCION POR EL VIH.

POR SU PARTE HAYS RI, ET AL. (1990), CONSIDERARON QUE PARA LOS VARONES HOMOSEXUALES EN EDAD JUVENIL EXISTE UN MAYOR RIESGO DE CONTRAER EL VIH. EL PROPOSITO DE ESTE ESTUDIO FUE IDENTIFICAR LAS VARIABLES ASOCIADAS CON UN ALTO RIESGO DE CONTRAER EL VIH, ENTRE LOS VARONES HOMOSEXUALES JOVENES. 99 PERSONAS CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE LOS 18 Y 25 AÑOS, DE TRES COMUNIDADES DE TAMANO MEDIO DE LA COSTA OESTE COMPLETARON CUESTIONARIOS PERSONALES SOBRE COMPORTAMIENTOS Y ACTITUDES RELACIONADOS CON EL VIH. DE LOS QUE RESPONDIERON, EL 43 % MANIFESTO HABER PRACTICADO EL COITO ANAL SIN PROTECCION DURANTE LOS SIETE MESES PREVIOS. LAS PERSONAS QUE HADIAN PRACTICADO EL COITO ANAL SIN PROTECCION, MANIFESTARON MAYOR SATISFACCION, CONSIDERABAN MAYOR RIESGO PARA LA INFECCION, Y MANIFESTABAN PEOR CAPACIDAD DE COMUNICACION CON SUS COMPANEROS SEXUALES Y TENIAN AMANTE CON MAS FACILIDAD QUE LOS HOMBRES QUE NO REALIZABAN PRACTICAS SEXUALES DE ALTO RIESGO.

ADEMAS, LOS QUE RESPONDIERON QUE PERCIPIAN LA POSIBILIDAD DE ADQUIRIR EL VIH DURANTE EL COITO ANAL SIN PROTECCION CON VARONES HOMOSEXUALES JOVENES EN GRADO MENOR QUE CUANDO LO HACIAN CON VARONES HOMOSEXUALES DE MAS EDAD. ESTOS HALLAZGOS PONEN DE MANIFIESTO LA NECESIDAD DE INTERVENCIONES PARA DISMINUIR EL RIESGO DE CONTRAER EL VIH, DISEÑADAS ESPECIFICAMENTE PARA VARONES HOMOSEXUALES JOVENES Y LA NECESIDAD DE IDENTIFICAR AREAS CRITICAS PARA SER MODIFICADAS POR ESTAS INTERVENCIONES.

## 1.2 ETAPAS DE DESARROLLO DEL VIH/SIDA

CADE SEÑALAR QUE ESTA SITUACIÓN NO FUE IDENTIFICADA SINÓ HASTA 1983, COMO CONSECUENCIA DEL HALLAZGO EFECTUADO POR EL FRANCÉS LUC MONTAGNER DEL INSTITUTO PASTEUR EN CUANTO A QUE EL SIDA TENÍA UNA ETIOLOGÍA VIRAL.

UNA VEZ IDENTIFICADO EL VIRUS, EL AVANCE EN EL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO SOBRE EL MISMO FUE INTENSO, DE TAL MANERA QUE PARA 1984 EL ESPECTRO COMPLETO DE LA INFECCIÓN ESTABA DEFINIDO, IDENTIFICÁNDOSE CUATRO ETAPAS, DOS DE ELLAS UBICADAS FUNDAMENTALMENTE AUNQUE NO DEL TODO, POR DEBAJO DEL UMBRAL CLÍNICO Y DOS POR ENCIMA DEL MISMO. (PIRELES M. 1991)

### INFECCION POR VIH

IV

III

UMBRAL

I

II

ETAPAS

A CONTINUACION SE DESCRIBEN BREVEMENTE CADA UNA DE LAS ETAPAS:

#### ETAPA I.

LA INFORMACIÓN SEÑALA QUE AL INICIO DE LA MISMA, ES POSIBLE QUE LA PERSONA INFECTADA TENGA UN CUADRO CLÍNICO DE POCOS DÍAS DE



EVOLUCION -GENERALMENTE MENOS DE SIETE DIAS-, DE TIPO INESPECIFICO QUE EN OCASIONES, PUEDE SEMEJAR UN CUADRO GRIPIAL, EN OTRAS, UN EPISODIO FARINGOAMIGDALINO AGUDO O BIEN UNA MONONUCLEOSIS. ES POSIBLE TAMBIEN QUE LA PERSONA NO PRESENTE NINGUN SINTOMA O SIGNO.

POSTERIOR A ESTE INICIO, EL PACIENTE ENTRA EN UNA EVOLUCION ASINTOMATICA.

## INFECCION POR VIH

### CUADRO CLINICO (INESPECIFICO)

UMBRAL

ETAPA 1: DURACION PROMEDIO DE 3 A 8 SEMANAS  
CON UN MAXIMO DE UN AÑO.

#### CONTACTO INICIAL CON EL VIH

EN CUANTO TIEMPO SE DESARROLLA ESTA PRIMERA ETAPA ?

LA INFORMACION DISPONIBLE SEÑALA UN PROMEDIO DE 3 A 8 SEMANAS, SIN EMBARGO ALGUNOS AUTORES REFIEREN QUE LA DURACION PUEDE SER TAN LARGA COMO UN AÑO.

DADO QUE ESTA PRIMERA ETAPA CURSA ASINTOMÁTICA -DESPUES DEL CUADRO INICIAL YA SEÑALADO- RESULTA DIFÍCIL IDENTIFICAR AL PACIENTE QUE EVOLUCIONA EN ESTE ESTADIO, DEBIDO A QUE NO EXISTEN ANTICUERPOS SERICOS Y POR LO TANTO, LAS PRUEBAS DISPONIBLES NO

BRINDAN UTILIDAD PARA IDENTIFICAR PACIENTES CON ESTA EVOLUCION -- SALVO LA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL ANTIGENO REALIZADA POR EL CNIS-. (CENTRO NACIONAL DE LA TRANSFUSION SANGUINEA) NO SIEMPRE SE DESCRIBEN CUATRO ETAPAS. LA CLASIFICACION DE WALTER-REED CITA SEIS ETAPAS. ES POSIBLE QUE CON EL CORRER DEL TIEMPO ESTE CONOCIMIENTO SEA TAMBIEN ACLARADO, DE DONDE RESULTA IMPORTANTE TOMAR EN CUENTA QUE NOS ENCONTRAMOS FRENTE A UN PADECIMIENTO DINAMICO Y POR LO TANTO LOS CONOCIMIENTOS EXISTENTES HASTA AHORA NO PUEDEN SER TOMADOS COMO DEFINITIVOS CADE MENCIONAR QUE EN CIENCIA NO HAY DOGMAS SINO SÓLO CONOCIMIENTOS SOJETIDOS A COMPROBACION.

#### ETAPA II

LA PRESENCIA DE ANTICUERPOS (INMUNOGLOBULINA "G") MARCA ENTONCES, EL INICIO DE LO QUE SE HA LLAMADO SEGUNDA ETAPA. IDENTIFICANDOSE LOS MISMOS MEDIANTE LA PRUEBA DENOMINADA ELISA, LA CUAL DEBE SER EVALUADA SOLO COMO UN FILTRO PUESTO QUE SU POSITIVIDAD REFLEJA SOLO LA POSIBILIDAD DE QUE EL PACIENTE ESTE INFECTADO; PARA CONFIRMAR DICHA SOSPECHA, DEBE REALIZARSE UNA PRUEBA MÁS; EL WESTER BLOT. SÓLO ANTE UNA POSITIVIDAD REPETIDA, OBTENIDA CON ESTE ULTIMO EXAMEN ES COMO PUEDE AUTORIZARSE QUE UN PACIENTE SEA CONSIDERADO --CON UNA POSIBILIDAD DE HASTA EL 98 %- COMO UNA PERSONA INFECTADA POR EL VIH.

ELISA (ENZIME LINKED IMMUNOABSORBENT ASSAY). SE REFIERE AL ANÁLISIS INMUNOABSORVENTE LIGADO A ENZIMAS. LA TÉCNICA PUEDE

EMPLIARSE PARA LA BÚSQUEDA DE ANTICUERPOS O ANTÍGENOS. EL RESULTADO QUE EL MÉDICO RECIBE ES CUALITATIVO: POSITIVO O NEGATIVO.

EN MÉXICO EL SECTOR SALUD TIENE ESTABLECIDAS COMO PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EL ELISA Y EL WESTERN BLOT, SIN EMBARGO OTRO TIPO DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PUEDEN SER EMPLEADOS, ENTRE ELLOS EL MÁS FRECUENTE ES EL IFA (ANTICUERPOS POR INMUNOFLUORESCENCIA).

EL PACIENTE EN ETAPA CURSA TAMBIÉN EN FORMA ASINTOMÁTICA, ENCONTRÁNDOSE POR LO TANTO ABAJO DEL UMBRAL CLÍNICO, SIN EMBARGO EN ESTA ETAPA PUEDE SER IDENTIFICADO MEDIANTE PRUEBAS SEROLÓGICAS PARA DETECCIÓN DE ANTICUERPOS.

LA DURACIÓN DE ESTE ESTADIO ES PROLONGADA, SEÑALÁNDOSE UN PROMEDIO DE 5 A 7 AÑOS. CABE SEÑALAR SIN EMBARGO, QUE EXISTEN VARIACIONES AL RESPECTO, EN ESPECIAL DEPENDIENDO DEL MECANISMO DE TRANSMISIÓN YA QUE EN CASOS OCASIONADOS POR TRANSFUSIÓN CON PRODUCTOS CONTAMINADOS, LA DURACIÓN DE LA ETAPA II ES MENOR, POSIBLEMENTE NO MÁS DE TRES AÑOS. EL PERIODO MÁS CORTO DE EVOLUCIÓN ESTÁ RELACIONADO CON EL MECANISMO DE TRANSMISIÓN MADRE INFECTADA RECÉN NACIDO, EN LOS CUALES LA PERMANENCIA EN ETAPA II PUEDE SER DE SÓLO MESES.

POR OTRO LADO SE REPORTAN ESTUDIOS QUE SEÑALAN QUE CERCA DE UN 27 % DE PACIENTES EN ETAPA II, PUEDEN LLEGAR A PERÍODOS TAN PROLONGADOS COMO DIEZ O MÁS AÑOS SIN EVOLUCIONAR A UNA ETAPA MÁS

AVANZADA.

HASTA AHORA, LOS DIVERSOS ESTUDIOS DE SEGUIMIENTO NO PUEDEN ASEGURAR QUE EL 100 % DE PACIENTES SEROPositIVOS TERMINARÁN EN SIDA Y SI BIEN ESTA ÚLTIMA ETAPA PUEDE TENER EN ALGUNOS CASOS, LAPSO DE 10 AÑOS DE EVOLUCION, ES TAMBIEN CIERTO QUE EXISTEN POR LO MENOS DOS POSIBILIDADES DE CADA DIEZ, DE QUE EL PACIENTE PUDIERA PERMANECER EN ETAPA II POR TIEMPO INDEFINIDO.

AL FINALIZAR LA ETAPA II EL PACIENTE ENTRARÁ A UNA EVOLUCION CLINICAMENTE IDENTIFICABLE.

ETAPA III Y IV.

LA ETAPA III HA SIDO DENOMINADA LINFADENOPATIA GENERALIZADA CRONICA, CORRESPONDIENDO TAMBIEN A LOS QUE ALGUNOS LLAMAN - COMPLEJO RELACIONADO AL SIDA (CRS) Y OTROS PRE-SIDA. PARA DENOMINAR A ALGUIEN COMO CASO DE SIDA, SE DEBE CUMPLIR CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS YA SEA POR LA CDC DE ATLANTA O POR LA OMS, POR LO TANTO TODO PACIENTE CLINICAMENTE CON DATOS, PERO QUE NO CUMPLEN LOS REQUISITOS SEÑALADOS ESTARÁ EN ETAPA III PERO NO IV.

CUANDO EL PACIENTE LLEGA A LA ETAPA IV DE EVOLUCION O ULTIMA, ENTONCES SE INSTALA EL SIDA PROPIAMENTE DICHO, CON UN PRONOSTICO HASTA AHORA FATAL, PERO QUE VARIA EN DURACION DEPENDIENDO DE LA INFRAESTRUCTURA SANITARIA QUE EL PAÍS TENGA. EN MÉXICO LA DURACION DE LOS PACIENTES EN ESTA ETAPA ANTES DE SU DECESO, ES DE

ALREDEDOR DE 10 MESES.

COMO CONSECUENCIA DE LO SEÑALADO, SE PUEDE IDENTIFICAR CLARAMENTE, QUE EL SIDA NO ES TODO EL PROBLEMA EN CUANTO A LA INFECCIÓN POR VIH, SINO SOLO UNA ETAPA (LA ULTIMA) EN EL DESARROLLO GLOBAL DEL PROBLEMA. POR LO TANTO, CALIFICAR A UN PACIENTE CON VIH INDISCRIMINADAMENTE COMO ENFERMO DE SIDA, ES INAPROPIADO, AUN CUANDO EL USO INTERNACIONAL INADECUADO DEL TERMINO HA AUTORIZADO SU USO COTIDIANO A PESAR DE QUE EXISTEN CRITERIOS DEFINIDOS PARA CONSIDERAR O NO, A UN ENFERMO, COMO CASO DE SIDA.

EN LOS E.U., LA PROLONGACION DEL PACIENTE EN ETAPA IV (SIDA) LLEGA A SER DE HASTA 4 O 5 AÑOS, DEBIDO A LA DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS QUE HAN RESULTADO EFICACES, COMO LO ES EL AZT O ZIDOVUDINA, SIN EMBARGO, SU USO REQUIERE UN CONTROL MEDICO CERCANO, AMERITANDO FRECUENTEMENTE ACCIONES TEMPORALMENTE HOSPITALARIAS.

EN MÉXICO, LA ESCASA SOBREVIVENCIA DE LOS PACIENTES, SE EXPLICA NO SÓLO POR LA CARENCIA DE MEDICAMENTOS, SINO ADEMÁS POR LA INAPROPIADA PREPARACIÓN DEL PERSONAL DENTRO DE LOS DIVERSOS NIVELES ASISTENCIALES, LO CUAL DETERMINA NO SÓLO LA INCORRECTA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES EN MUCHOS DE LOS HOSPITALES, SINO TAMBIÉN SU RECHAZO BASADO EN UNA ACTITUD PREJUDICANTE E INADECUADA INFORMACIÓN.

EL CENTRO DE ESPECIALIDADES TRANSMISIBLES DE ATLANTA (CDC) HA EMITIDO DIVERSAS COMUNICACIONES EN CUANTO A LA DEFINICIÓN DE CASO SIDA, LA ÚLTIMA Y QUE ESTÁ AÚN VIGENTE, ES LA DEL 10. DE SEPTIEMBRE DE 1987.

"SE CONSIDERA CASO DE SIDA LA PRESENTACIÓN EN UN PACIENTE DE ALGUNA INFECCIÓN OPORTUNISTA O NEOPLASIA SUGESTIVA DE INMUNODEFIENCIA CELULAR, DIAGNOSTICADA EN FORMA CONFIABLE Y EN QUIEN SE HAYA DESCARTADO ALGUNA OTRA ENFERMEDAD SUBYACENTE (COMO DESNUTRICIÓN GRAVE, TUBERCULOSIS O CÁNCER). ESTAS ENFERMEDADES INCLUYENDO NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTOSIS; HERPES SIMPLE MUCOCUTANEO DISEMINADO DE MÁS DE CINCO SEMANAS DE DURACION; ENFERMEDAD POR CRYPTOSPORIDIUM DE MAS DE CUATRO SEMANAS DE EVOLUCIÓN; ESOFAGITIS POR CANDIDA ALBICANS. CITOMEGALOVIRUS O HERPES SIMPLES LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESIVA, NEUMONÍA, MENINGITIS O ENCEFALITIS, POR UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES PATÓGENOS. ASPERGILLUS, C. ALBICANS, CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS, CITOMEGALOVIRUS, NORCADIA, STROGYLIDES, TOXOPLASMA GONDII, SIBOMICOSIS O HYGIOMICOSIS ATÍPICAS.

LA PRESENCIA EN LOS PACIENTES DE SARCOMA DE KAPOSI (EN PACIENTES MENORES DE 60 AÑOS) O LINFOMA PRIMARIO DEL SNC, ASÍ COMO LA EXISTENCIA DE ENCEFALOPATIA POR VIH (DEMENCIA) O EL SÍNDROME DE DESGASTE (FIEBRE, DIARREA Y PERDIDA DE PESO) CONSTITUYEN IGUALMENTE CASOS DE SIDA.

DADO QUE EL DIAGNÓSTICO DEL CDC SE BASA EN LA DISPONIBILIDAD DE UNA SERIE DE RECURSOS ASISTENCIALES, LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (O.M.S) ACOMODO LA DEFINICIÓN DE "CASO" A CRITERIOS MÁS ACCESIBLES A LA INFRAESTRUCTURA SANITARIA DE PAÍSES POCO O NADA INDUSTRIALIZADOS, DEFINIENDO COMO CASO DE SIDA A: ADULTO PACIENTE QUE PADEZCA POR LO MENOS DOS SIGNOS MAYORES ASOCIADOS A POR LO MENOS UNO MENOR, EN AUSENCIA DE CAUSAS CONOCIDAS DE INMUNODEFICIENCIA COMO CÁNCER O DESNUTRICIÓN GRAVE U OTRAS ETIOLOGÍAS RECONOCIDAS Y EL CUAL TENGA SEROTIPÍA POSITIVA PARA VIH CORROBORADA MEDIANTE PRUEBA CONFIRMATORIA,

SIGNOS MAYORES:

- PERDIDA DE PESO DEL 10% O MÁS DEL PESO CORPORAL (SIN CAUSA APARENTE)
- DIARREA CRÓNICA DE UN MES O MÁS DE DURACIÓN.
- FIEBRE PROLONGADA CON DURACIÓN DE MÁS DE UN MES. (INTERMITENTE O CONSTANTE)

SIGNOS MENORES:

- TOS PERSISTENTE POR MÁS DE UN MES
- DERMATITIS PRURIGINOSA GENERALIZADA.
- HERPES ZOSTER RECIDIVANTE.
- CANDIDIASIS OROFARINGE.
- INFECCIÓN POR HERPES SIMPLE CRÓNICA, PROGRESIVA Y DISEMINADA.
- LINFADENOPATÍA GENERALIZADA.

LA PRESENCIA DE SARCOMA DE KAPOSI O DE MENINGITIS CRIPTOCOCCICA, SON SUFICIENTES POR SÍ MISMAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE SIDA.

EN GENERAL, EN LA PRÁCTICA HOSPITALARIA NACIONAL, LA CLASIFICACIÓN MÁS OPERATIVA ES LA DE LA O.M.S., SIN EMBARGO ES CONVENIENTE RECOMENDAR SE EVALÚEN CON CUIDADO LOS SIGNOS MENORES, PUESTO QUE CON ALGUNA FRECUENCIA ANTE SOLO SIGNOS MENORES PERO, EXISTIENDO EL ANTECEDENTE POR EJEMPLO DE HOMOSEXUALIDAD, EL MEDICO PUEDE TENDER A CALIFICAR INCORRECTAMENTE A UN PACIENTE BASÁNDOSE MÁS BIEN EN FACTORES DE RIESGO Y NO EN DATOS CLÍNICOS. HASTA AHORA TODA PERSONA CON EL VIH EN SU ORGANISMO SE CONSIDERA INFECTADA E INFECTANTE.

AL RESPECTO CABE REALIZAR ALGUNAS CONSIDERACIONES:

-EL PACIENTE EN ETAPA IV O SIDA RESULTA OBJETIVAMENTE IDENTIFICABLE, ES DECIR, SU ESTADO GENERAL SE AFECTA DE TAL MANERA QUE SU DIAGNÓSTICO CLÍNICO SE TORNA HASTA CIERTO PUNTO EVIDENTE, LIMITANDO CON ELLO, LA INTERPRETACION DE OTRAS PERSONAS CON EL ENFERMO. ADEMÁS DE QUE EL PROPIO ESTADO DE SALUD DISMINUYE TODA ACTIVIDAD).

ASÍ, A PESAR DE QUE LA VIREMIA, EN PACIENTES EN ETAPA IV ALCANCE LOS MÁS ALTOS NIVELES, SU POSIBILIDAD DE ACTUAR COMO TRANSMISOR SE REDUCE NOTABLEMENTE.

POR LO CONTRARIO, UN PACIENTE EN ETAPAS I Y II ES TAMBIÉN INFECTANTE, AUN, CUANDO DE ACUERDO A ALGUNOS REPOTES, SUS NIVELES DE VIREMIA SEAN BAJOS. SIN EMBARGO, DADO QUE EL PACIENTE CURSA ASINTOMÁTICO NO LIMITA NINGUNA DE SUS ACTIVIDADES DIARIAS O



DE LA VIDA DE RELACION, NO SIENDO TAMPOCO IDENTIFICADO POR LA COMUNIDAD COMO UN ENFERMO, CRECIENDO CONSECUENTEMENTE EL RIESGO DE QUE EL MISMO ACTUE COMO TRANSMISOR.

COMO CONSECUENCIA DE LO SEÑALADO POR LA OMS ACEPTA QUE EXISTE DE 50 A 100 PERSONAS INFECTADAS EN ETAPAS I, II, Y III POR CADA PACIENTE CON SIDA O EN ETAPA IV; POR LO TANTO, ANTE ESTE CONOCIMIENTO LIGADO CON EL ESPECTRO GLOBAL DE LA INFECCION POR VIH, RESULTA INTERESANTE QUE A NIVEL DE HOSPITALES Y CLINICAS, SE OBSERVE ENTRE EL PERSONAL TANTA RENUECIA A ATENDER PACIENTES EN ETAPA IV, CUANDO MUY POSIBLE EL PERSONAL HA ESTADO LABORANDO O PERSONALMENTE EN CONTACTO CON PACIENTES ASINTOMÁTICOS PERO INFECTADOS, CON UNA VENTAJA: IGNORAN SU ESTADO DE SALUD. EN CAMBIO, FRENTE AL PACIENTE CON SIDA, EL PERSONAL PUEDE DELIBERADAMENTE TOMAR UNA SERIE DE PRECAUCIONES CON LO CUAL EL RIESGO DISMINUYE O SE ELIMINA DEL TODO NO ASÍ EN EL CASO DE QUIEN ES ASINTOMÁTICO Y POR LO TANTO DIFÍCILMENTE IDENTIFICABLE, REPRESENTANDO ESTE ÚLTIMO EL ESLABÓN MÁS PELIGROSO DE LA CADENA DE TRANSMISION Y QUIEN DESDE UN PUNTO DE VISTA DE LA SALUD PUBLICA CONSTITUYE EL MAXIMO RIESGO PARA MANTENER LA TRANSMISION.

SEROPOSITIVO ES UN TERMINO UTILIZADO EN FORMA GENERAL COMO SINÓNIMO DE "INFECTADO POR VIH", "PORTADOR DEL VIH", O "PORTADOR ASINTOMÁTICO DEL VIH".

UN SEROPOSITIVO ES AQUELLA PERSONA QUE SOLICITO LA APLICACION DE

PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL VIH Y ESTAS RESULTARON POSITIVAS. ESTE TERMINO SE DERIVA DE LA PRUEBA SUERO Y POSITIVO.

HAY QUE TENER MUCHO CUIDADO EN ACLARAR A LA POBLACION EN QUE ESTAS PALABRAS NO TIENEN NADA QUE VER CON EL TIPO DE SANGRE O CERRO POSITIVO, YA QUE FRECUENTEMENTE SE ESCRIBE ESTO ULTIMO COMO SEROPOSITIVO, DANDO PIE A LA CONFUSION.

UN SEROPOSITIVO NO PRESENTA SINTOMATOLOGIA, PUEDE DESARROLLAR UNA ACTIVIDAD NORMAL, PUDIENDO VIVIR VARIOS AÑOS SIN DESARROLLAR SIDA, CON UN PRONOSTICO VARIABLE.

UN CASO DE SIDA ES UNA PERSONA QUE ESTA INFECTADA CON EL VIH Y QUE PRESENTA DATOS CLINICOS QUE DE ACUERDO CON LA DEFINICION DE CARACAS O DE LA CDC, CLASIFICAN DENTRO DE ESTA CATEGORIA.

UN CASO DE SIDA ES LA ETAPA FINAL DE LAS INFECCIONES POR EL VIH, ES UNA PERSONA QUE ESTA INFECTADA POR EL VIH Y QUE HA DESARROLLADO SINTOMAS. SU PRONOSTICO ES MENOS FAVORABLE QUE EL DE UN SEROPOSITIVO (AGUILAR E. ET. AL., 1992).

CADE ANOTAR QUE LA MAYORIA DE LAS DEFINICIONES QUE SE USAN EN TODO EL MUNDO ESTABLECEN CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE CASOS DE SIDA EXCEPTO LA CLASIFICACION DE LA CDC TANTO PARA LA EDAD ADULTA COMO PARA LOS NIÑOS, LA CUAL INCLUYE TODAS LAS ETAPAS DE LA INFECCION POR VIH HASTA LLEGAR AL SIDA.

EN ADULTOS LA DEFINICIÓN QUE NOS SE UTILIZA EN NACIONES CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES AL NUESTRO ES LA DEFINICIÓN ELABORADA EN CARACAS POR UN GRUPO DE INVESTIGADORES, LA CUAL SE PUSO EN PRACTICA EN BRASIL COMO UNA ALTERNATIVA PARA LOS PAÍSES EN DONDE LOS CRITERIOS DE LA CDC Y LA OMS NO SON APLICABLES O PRÁCTICOS. ESTA DEFINICIÓN SOLO SE USA EN ADULTOS Y REQUIERE DE UNA PRUEBA DE VIH +, ADEMÁS QUE SE HAYA DESCARTADO LA PRESENCIA DE CANCEL U OTRA CAUSA DE INMUNOSUPRESION Y UNA PUNTUACION MAYOR O IGUAL A 10 (APENDICE NO. 2)

SE DEMOSTRÓ QUE ESTA DEFINICIÓN TIENE UNA SENSIBILIDAD DEL 95 % Y UNA ESPECIFICIDAD DEL 100 % (91 % SIN SEROLOGÍA), MIENTRAS QUE CON LA DEFINICIÓN DE LA OMS SE OBTUVO UN 59 % DE SENSIBILIDAD Y UN 90 % DE ESPECIFICIDAD.

LAS OTRAS DOS DEFINICIONES QUE SE PUEDEN APLICAR AL GRUPO DE ADULTOS SON, COMO YA SE MENCIONO, LA DEFINICIÓN DE LA OMS (APENDICE NO. 3), QUE ESTABLECIÓ CRITERIOS PARA LA DEFINICION DEL SIDA EN ADULTOS Y NIÑOS QUE HABITAN EN PAÍSES CON ESCASOS RECURSOS DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO Y LA ULTIMA DEFINICIÓN ES DE LA CDC DE ESTADOS UNIDOS (APENDICE NO. 4).

EN NIÑOS LA DEFINICIÓN UTILIZADA PARA EL SIDA EN LA EDAD PEDIATRICA DIFIERE EN ALGUNOS PUNTOS DE LA UTILIZADA EN LOS ADULTOS; DEBIDO A LO ANTERIOR SE ANEXA LA CLASIFICACIÓN DE CASOS PEDIATRICOS (APENDICE NO. 5) PROPUESTA POR LA CDC DE ESTADOS

UNIDOS. ESTA DEFINICIÓN ES LA MAS COMPLEJA PARA EL GRUPO PEDIÁTRICO. PARA CLASIFICAR A UN NIÑO COMO CASO INDETERMINADO, PACIENTE INFECTADO (O SEROPOSITIVO) Y ENFERMO DE SIDA, SE TENDRÁN QUE LLENAR TODOS LOS REQUISITOS QUE SE MARCA EN ESTA DEFINICIÓN. UNA SEGUNDA DEFINICIÓN QUE SE PUEDE USAR PARA LOS NIÑOS ES LA PROPUESTA POR LA OMS, QUE YA FUE MENCIONADA Y ES LA MISMA QUE PARA EL ADULTO.

### 1.3 ASPECTOS VIH/SIDA

#### 1.3.1 ENFOQUE MEDICO Y VIH/SIDA.

BOR, R. ET AL (1991) REFIEREN EL RÁPIDO CRECIMIENTO EN EL NUMERO DE PERSONAS CON INFECCIONES ASOCIADAS DONDE TAL SITUACIÓN, SUPONDRÁ UNA DEMANDA EXTRA DE SERVICIOS CLINICOS Y DE ASESORÍA EN LA PROXIMA DECADA. PARA CUMPLIR CON ESTOS REQUERIMIENTOS, UN AMPLIO GRUPO DE PERSONAL SANITARIO TENDRÁ QUE ADQUIRIR CAPACIDADES ESPECIFICAS SOBRE ASESORÍA. POR ESTA RAZÓN, SE PUSO EN MARCHA UN CURSO DE ASESORAMIENTO SOBRE EL SIDA EN EL ROYAL FREE HOSPITAL EN LONDRES EN SEPTIEMBRE DE 1988.

PERDICES N, COOPER D.A. (1990) REALIZARON EL SIGUIENTES ESTUDIO DONDE SE HA VALORADO EL DETERIORO COGNOSCITIVO EN UN GRUPO DE 34 PACIENTES HOMOSEXUALES, QUE PADECÍAN UN ESPECTRO DE ALTERACIONES CARACTERÍSTICO DEL SIDA, MEDIANTE UNA SERIE DE ENSAYOS NEUROPSICOLÓGICOS. 17 PACIENTES PADECÍAN SIDA, MIENTRAS QUE OTROS 17 PADECÍAN EL COMPLEJO RELACIONADO AL SIDA (CRS). AUNQUE NINGUNO DE LOS PACIENTES PRESENTABA LOS SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE DEMENCIA SEVERA, QUE SE HA DESCRITO EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIH, SE OBSERVARON SÍNTOMAS DE DETERIORO COGNOSCITIVO CONSECUENTES CON DISFUNCIONES ORGÁNICAS CEREBRALES. EL PERFIL DE DEFICIENCIAS PRESENTES EN PACIENTES QUE PADECEN SIDA, CRS, PODRÍAN AGREGARSE EN DESORDENES DE MEMORIA RECIENTE, LEJANA Y DE APRENDIZAJE, RETRASOS COGNOSCITIVO GENERALIZADO Y FLEXIBILIDAD MENTAL REDUCIDA. LAS CONSIDERACIONES REALIZADAS SOBRE LAS SIMILITUDES

CLINICAS, NEUROLOGICAS Y NEUROFISIOLÓGICAS SOBRE LOS SÍNDROMES DE DEMENCIA SUBCORTICAL, LA DISMINUCIÓN DEL NIVEL COGNOSCITIVO RELACIONADO CON LA INFECCIÓN POR EL VIH, SUGIEREN QUE, EN AMBOS PROCESOS, LA PATOGENESIS DE LAS DEFICIENCIAS OBSERVADAS IMPLICA LA DESORGANIZACIÓN DE LAS PROYECCIONES FRONTOCEREBRALES.

ANTONI MI, ET AL. (1991). REFEREN HABER EXAMINADO LAS RESPUESTAS PSICOSOCIALES Y DEL SISTEMA INMUNE AL ESTRÉS EN VARONES HOMOSEXUALES ANTES Y DESPUÉS DE SER INFORMADOS DE TENER EL VIH-1 Y COMO CONSECUENCIA DE LOS PROCEDIMIENTOS DE INTERVENCIÓN PARA EL CONTROL DE ESTRÉS. ANTES DE SER INFORMADOS, SE OBSERVABA EN LOS VARONES EN LOS PRIMEROS ESTADIOS DE SEROPOSITIVIDAD ASINTOMÁTICOS UNA AFECCIÓN DE LA INMUNIDAD MANIFIESTA MEDIANTE IMPORTANTES DISMINUCIONES EN EL NÚMERO DE CÉLULAS CD4<sup>+</sup>, EL SUBGRUPO HELPER (CD29<sup>+</sup>, CD4<sup>+</sup>), LA RATIO CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>, Y LAS RESPUESTAS DE LOS LINFOCITOS A LOS MITÓGENOS. ANTES DEL DIAGNÓSTICO, TANTO LOS VARONES SERONEGATIVOS COMO LOS SEROPOSITIVOS MANIFESTARON UNA SUPRESIÓN DE LA CITOTOXICIDAD DE LAS CÉLULAS NK Y DE LA RESPUESTA A LOS MITÓGENOS COMPARADA CON LA DE LOS INDIVIDUOS CONTROL DE LABORATORIO QUE NO ESPERABAN UN DIAGNÓSTICO. LA PROFUNDA SUPRESIÓN EN ESTOS VARONES SERONEGATIVOS DESAPARECIERON DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO, INDICANDO SU RELACION CON LA ANTICIPACIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DEL ESTATUS SÉRICO. TAMBIÉN SE DIERON CUENTA DE QUE UN PROGRAMA DE EJERCICIO AERÓBICO DE DIEZ SEMANAS O CONTROL PSICOSOCIAL DEL ESTRÉS ABSORBÍA EL IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA NOTIFICACIÓN DE LA SEROPOSITIVIDAD. EL PROGRAMA

DE EJERCICIO AERÓBICO PRODUJO UN AUMENTO IMPORTANTE DE LAS CÉLULAS CD4<sup>+</sup> EN LOS SERONEGATIVOS Y DE INCREMENTO MENOR ENTRE LOS SEROPositIVOS. LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL, QUE INCLUYÓ LA ENSEÑANZA DE LA RELAJACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL ESTRÉS COGNOSCITIVO, PRODUJO AUMENTOS SIGNIFICATIVOS DE LAS CÉLULAS CD4<sup>+</sup> Y DE LAS NK1.1<sup>+</sup> EN LOS SERONEGATIVOS Y EN LOS SEROPositIVOS LOS CD45R<sup>+</sup> CD4<sup>+</sup> Y DE LA RESPUESTA MITOGENICA. ESTÁN VARIANDO SUS INTERVENCIÓNES COMO INSTRUMENTOS PARA RETRASAR EL DEGRADAMIENTO Y LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD EN LOS INDIVIDUOS SEROPositIVOS AL VIH-1.

### 1.3.2 ENFOQUE SOCIAL DEL VIH/SIDA.

EXAMIN JM, TAYLOR KM (1990). CONSIDERA QUE EL SIDA TIENE MUCHAS CONSECUENCIAS SOCIALES Y PSICOLÓGICAS SOBRE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD PÚBLICA. LA EXPERIENCIA DE TRABAJAR CON PERSONAS INFECTADAS POR EL VIH PUEDE INCLUIR EL MIEDO AL CONTAGIO, LA FALTA DE BIENESTAR EN EL ASPECTO SEXUAL DE LA ENFERMEDAD Y LOS SENTIMIENTOS DE FALTA DE AYUDA TERAPÉUTICA. ALGUNOS TRABAJADORES EVITAN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON SIDA, OTROS SE COMPROMETEN ACTIVAMENTE EN EL TRABAJO, PERO QUEDAN EMOCIONALMENTE EXHAUSTOS Y EL IMPACTO PSICOSOCIAL DEL SIDA EN LOS TRABAJADORES SANITARIOS ES IMPORTANTE POR VARIOS MOTIVOS: A) EL ESTRÉS ASOCIADO CON EL TRABAJO EN SIDA ES UN TEMA QUE OCUPA A LA SANIDAD Y A LA SEGURIDAD. SE PREGUNTAN LOS AUTORES, DEBERÍA DISPONERSE DE UNA COMPENSACION PARA LOS TRABAJADORES, POR LOS EFECTOS QUE PRODUCE EL TRABAJO EN SIDA SOBRE LA SALUD MENTAL? B) LA RESPUESTA DE LOS TRABAJADORES AL SIDA TIENE CONSECUENCIAS POR EL CUIDADO A LOS PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH. EL AGOTAMIENTO SUFRIDO DURANTE EL CUIDADO DE LOS PACIENTES CON SIDA, EVITA QUE LOS TRABAJADORES SANITARIOS PROPORCIONEN UN SERVICIO EMERITATIVO Y DE ALTA CALIDAD? Y C) LAS IMPLICACIONES PSICOSOCIALES DEL TRABAJO EN SIDA TIENEN EFECTOS SOBRE EL PLAZAMIENTO, ENTRENAMIENTO Y RETENCIÓN DE LAS PERSONAS ENCARGADAS DEL CUIDADO DEL VIH, SERÁ SUFICIENTE EL NÚMERO DE PERSONAS DISPONIBLES, ADECUADAMENTE PREPARADAS, PARA EL CUIDADO DEL CRECIENTE NÚMERO DE ENFERMOS E INFECTADOS?. ESTOS AUTORES EXAMINAN EL IMPACTO PSICOSOCIAL DEL SIDA EN LOS



TRABAJADORES DE LA SALUD PÚBLICA. SE DISCUTE LA FUENTE Y NATURALEZA DEL CONOCIMIENTO DISPONIBLE, LAS ACTITUDES MAYORITARIAS, LOS SENTIMIENTOS Y COMPORTAMIENTOS DE LOS TRABAJADORES IMPLICADOS EN ESTE TRABAJO Y LAS POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN Y CAMBIO.

WELCH CLINE RJ. (1989). REFIERE QUE A LO LARGO DE NUESTRAS VIDAS NOS ENCONTRAMOS CON NUMEROSAS SITUACIONES DE COMUNICACION DIFICILES, PERO PARA MUCHA GENTE, LA SITUACION MAS COMPLICADA DE TODAS ES LA COMUNICACION CON UNA PERSONA DE LAS QUE SE SABE SE ESTA MURIENDO. EL APOYO SOCIAL ES UN REQUISITO PARA AVERIGUAR LAS NECESIDADES FISICAS, SOCIALES Y PSICOLÓGICAS DE LA PERSONA ACENTUADA Y SUS ALLEGADOS. EL MORIBUNDO Y SUS ALLEGADOS ESTÁN TÍPICAMENTE ESTIGMATIZADOS, Y LAS PERSONAS QUE ESTÁN ESTIGMATIZADAS TIENDEN A DEBEJAR LA AYUDA SOCIAL. EN LUGAR DE ELLO, TIENEN QUE SUFRIR PROBABLEMENTE LA EVASION Y EL RECHAZO QUE SON CARACTERÍSTICOS DE LA DESCONFIANZA, DEVALUANDO LA COMUNICACION. ASI COMIENZA UN CICLO VICIOSO; LA AUSENCIA DE APOYO SOCIAL MINA LOS MECANISMOS DE ENFRENTAMIENTO DE AQUELLOS QUE CONTIENDEN CON LA CRISIS Y ADEMÁS PELIGRA SU SALUD.

LOS MOTIVOS QUE EXPLICAN LA FALTA DE APOYO SOCIAL A LAS NECESIDADES DEL MORTIBUNDO Y SUS ALLEGADOS, PROBABLEMENTE SE MAGNIFICAN EN LOS CASOS RELACIONADOS CON EL SIDA, PUESTO QUE LOS INDIVIDUOS ESTÁN MUY ESTIGMATIZADOS. EN AUSENCIA DE UN GRUPO DE INVESTIGACIÓN SOBRE COMUNICACIÓN Y SIDA, LA LITERATURA EXISTENTE SOBRE COMUNICACIÓN Y MUERTE, AGONÍA Y TRISTEZA, PUEDE DAR UNA PISTA ORIENTATIVA PARA ENCONTRAR LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES DEL SIDA Y SUS CUIDADORES Y SUS ALLEGADOS. EL PROPOSITO DEL ESTE ESTUDIO DE WELCH FUE REVISAR LA LITERATURA PARA IDENTIFICAR Y CLARIFICAR LOS EFECTOS DESTRUCTORES DE LOS PATRONES COMUNICATIVOS QUE LOS PACIENTES DE SIDA, SUS CUIDADORES Y ALLEGADOS SE ENCONTRARON POSIBLEMENTE. ES MAS PROBABLE QUE SUS INTERCAMBIOS CON AMIGOS, FAMILIA, CUIDADORES Y PÚBLICO, EN GENERAL, PRODUZCAN UNA MAYOR FALTA DE AFIRMACION, DANDO LUGAR A UNA DEBILITACION, QUE EL APOYO SOCIAL.

ESTOS PATRONES DE COMUNICACION TIENEN IMPLICACIONES PARA EL CAMBIO DE PERSONAL, LA CAPACIDAD DE ENFRENTARSE A UN PROBLEMA Y SALUD DE LOS PARTICIPANTES Y PARA UN FUTURO PROGRAMA RELACIONADO CON EL SIDA.

CARBALLO N. BAYER R (1990). ESTE AUTOR TRABAJÓ SOBRE LA DENUNCIA QUE REALIZA DESDE HACE TIEMPO LA OMS EN CUESTIONES RELACIONADAS CON POLÍTICAS SANITARIAS; SOBRE SISTEMAS DE SALUD Y EN GENERAL, EN RELACION CON LAS INJUSTICIAS NACIONALES E INTERNACIONALES. ESTAS CRITICAS NO SOLO ABARCAN EL CUIDADO Y LA PREVENCIÓN ENTRE

PORTADORES Y ENFERMOS DEL VIH, SINO SOBRE TODO, EN LA EQUIDAD A LA HORA DE ESTABLECER PLANES DE APOYO Y AYUDA. ASÍ DEBERÍA TENERSE EN CUENTA, LOS SECTORES DESPROVISTOS DE LA SOCIEDAD, IMPOSIBILITADOS PARA REALIZAR POR CUENTA PROPIA, PLANES DE SALUD FRENTE AL VIH, TENDIENDO QUE LIDAR AUN, CON LA POBREZA, EL HAMBRE, ANALFABETISMO, LUCHAS RACIALES, ETC. EN ESTE SENTIDO, NO SOLO TIENE QUE VER LA ESCASA O NULA EXISTENCIA DE FÁRMACOS COMO EL AZT, RECURSO DE LAS NACIONES DESARROLLADAS PARA LA TERAPÉUTICA ACTUAL DE CONTROL DEL VIH, SINO QUE ADemás, SE DAN TODAS Y CADA UNA DE LAS CONDICIONES PARA QUE LA PANDEMIA NO TENGA NINGUNA POSIBILIDAD DE SER FRENADA. ESTE ES, SEGÚN SUS AUTORES, EL PUNTO DONDE DEBE CENTRARSE EL DEBATE CONTEMPORÁNEO, ASÍ COMO EN LA POLÍTICA Y LAS ESTRATEGIAS FRENTE AL SIDA.

HANN J. (1990). REFIERE VER AL SIDA COMO UNA REVOLUCION EN LA SALUD, UNA ROTURA DRAMÁTICA E HISTÓRICA CON EL PASADO, UN TRASTORNO QUE AFECTA A NUESTRAS VIDAS INDIVIDUALES Y COLECTIVAS Y DEL QUE NO SE PUEDE DAR MARCHA ATRÁS. NINGUNA OTRA ENFERMEDAD NI EPIDEMIA EN LA HISTORIA DEL MUNDO HA CAMBIANDO EL STATUS OJO COMO LO HA HECHO EL SIDA. NUNCA, INCLUSO EN LOS TIEMPOS DE LAS GRANDES PLAGAS EUROPEAS, UN PROBLEMA DE SALUD DE LOS INDIVIDUOS Y DE LA SOCIEDAD Y POR TANTO, TAMBIEN DE NUESTROS SISTEMAS SOCIALES Y POLÍTICOS.

CADA AÑO, SE HA TENIDO UNA CONFERENCIA INTERNACIONAL DEL SIDA Y SE HA VISTO COMO, JUNTO CON LA EPIDEMIA, HA EVOLUCIONADO NUESTRA

VISION INDIVIDUAL Y COLECTIVA. CADA AÑO SE AVANZA EN EL CONOCIMIENTO DE LA PANDEMIA Y DE NOSOTROS MISMOS, PARA CADA AÑO NOTABLE SE HA LLEVADO EL PESO INTELECTUAL Y EL PODER EMOCIONAL DE UNA DÉCADA. HOY EN 1990, NOSOTROS SABEMOS MÁS, TENEMOS MÁS EXPERIENCIA, PERO TAMBIÉN TENEMOS MÁS PROBLEMAS. EL PROCESO DEL CAMBIO HA SIDO RÁPIDO Y EL CHOQUE CON NUESTROS ASUNTOS PASADOS, A VECES VIOLENTO.

O' KEEFFE N. ET AL (1990). REFIERE QUE, LA ÚNICA FORMA DE CONTROLAR LA EXPANSIÓN DE LA ENFERMEDAD ES LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTAS TÍPICAS Y ESPECÍFICAS DE LA SOCIEDAD. REVISARON LA INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA SOCIAL QUE TIENE IMPLICACIONES EN LA PREVENCIÓN DEL SIDA E INFECCIÓN POR EL VIH, INCLUIDOS LA INVESTIGACIÓN REFERENTE A GRUPOS Y NORMAS DE PRESIÓN, FORMACIÓN DE ACTITUDES Y CAMBIOS, Y CONTEXTO SOCIAL. TAMBIÉN EXPRESAN ALGUNOS EFECTOS DE MEDIDAS ACTUALES PARA INTERVENIR SOBRE EL SIDA. MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LOS HALLAZGOS SOCIALES PSICOLÓGICOS A LA EDUCACIÓN Y MEDIDAS CONTRA EL SIDA, REFEREN QUE SE PUEDE APRENDER MÁS SOBRE LA DINÁMICA ASOCIADA AL RIESGO FRENTE A LA INFECCIÓN POR EL VIH Y QUIZA PROFUNDIZAR EN LOS CONOCIMIENTOS DE LAS MEDIDAS SOCIALES, EN GENERAL. HASTA QUE SE DESARROLLE UNA VACUNA O UN REMEDIO PARA LA ENFERMEDAD, NUESTRO CONOCIMIENTO DE LA CONDUCTA SOCIAL DESEMPEÑARÁ UNA IMPORTANTE FUNCIÓN, TANTO PARA CAMBIAR LAS ACTITUDES PÚBLICAS HACIA EL SIDA Y SUS VÍCTIMAS, COMO PARA ELIMINAR O MODIFICAR LAS CONDUCTAS DE RIESGO QUE CONDUCE A LA INFECCIÓN POR EL VIH Y SU DISEMINACIÓN.

VELIN P. SILVANI GO (1990). LAS ASOCIACIONES AIDES ALSACE Y SOLIDARITE PLUS PRESENTAN SU PUNTO DE VISTA SOBRE LA DINÁMICA Y DESARROLLO DE SUS PROPIOS COMITÉS ANTI-SIDA Y HACEN HINCAPÉ EN EL MENSAJE DIRIGIDO HACIA LA SOCIEDAD SOBRE EL RESPETO DE LA INTEGRIDAD Y DE LA IDENTIDAD DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR EL VIH. LA AYUDA A LOS ENFERMOS, LA CONTRIBUCION EN TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN, BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN SOBRE EL SIDA PARA TRANSMITIRLA A LA OPINION PUBLICA, DE VELAR PARTICULARMENTE POR LOS DERECHOS HUMANOS DE ENFERMOS, SON LOS PILARES PRINCIPALES DE ACTUACION. TRAS MAS DE CINCO AÑOS DE EXISTENCIA SE VALORA POSITIVAMENTE EL BALANCE DE ACCIONES EMPRENDIDAS, PRINCIPALMENTE LAS REALIZADAS CON INSTANCIAS INSTITUCIONALES QUE HAN DADO LUGAR A DECISIONES Y RESPONSABILIDADES EN TEMAS CONCERNIENTES AL TRATAMIENTO DEL SIDA COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.

KIMMEL AJ. KEEFER R (1991). INVESTIGARON LOS FACTORES EMOCIONALES Y COGNITIVOS ASOCIADOS A LA TRANSMISION Y ACEPTACION DE LOS MUY EXTENDIDOS ERRORES DEL CONCEPTO SOBRE SIDA. 279 ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS COMPLEMENTARON UN CUESTIONARIO DE RUMORES EN EL QUE RECOGIAN DIEZ ERRORES DE CONCEPTO IMPORTANTES. DE ACUERDO CON LAS PREDICCIONES QUE SE DEDUCEN DE LA ACTUAL TEORÍA DEL RUMOR (ROSNOW, 1980,88), LA ANSIEDAD PROVOCADA POR LOS RUMORES SOBRE EL SIDA SE REVELÓ COMO EL FACTOR MAS IMPORTANTE RELACIONADA CON LA TRANSMISION DE RUMORES. LOS SUJETOS QUE INFORMARON HABER MODIFICADO SU CONDUCTA COMO RESULTADO DEL SIDA, ERA TAMBIEN MAS

PROBABLE QUE DISEMINARAN LAS IDEAS SOBRE EL SIDA. LOS ANÁLISIS DE REGRESIÓN REVELARON QUE LA ANSIEDAD PERSONAL PROVOCADA POR LOS RUMORES ESPECÍFICOS JUNTO AL CAMBIO DE CONDUCTA, REPRESENTAN LOS PREDICTORES MAS FUERTES DE TRANSMISIÓN DE RUMORES SOBRE EL SIDA. ERA MUY PROBABLE QUE LOS RUMORES PROVOCADORES DE ANSIEDAD PERCIBIDOS COMO DE CONSECUENCIAS PERSONALES IMPORTANTES, FUERON CREADOS. UNA MINORÍA DE INDIVIDUOS (12 %) INFORMARON DE CAMBIOS DE CONDUCTA QUE REALMENTE REDUCEN EL RIESGO DEL SIDA. COMO SE DISCUTEN LAS IMPLICACIONES DE ESTAS INVESTIGACIONES PARA LAS CAMPAÑAS DE EDUCACION PÚBLICA SOBRE EL SIDA.

DE ZALDUENDO BO. ET AL (1991). CONSIDERA QUE LA PANDEMIA DEL SIDA ES LA ÚLTIMA CRISIS SOCIAL EN SACAR POR AHORA A LA LUZ A LAS MUJERES QUE SE DEDICAN A LA PROSTITUCIÓN. EL GRADO DE IMPORTANCIA VARIA REGIONALMENTE, REFLECTANDO LAS VARIACIONES EN LA EPIDEMIOLOGIA DEL VIH. ESTA ACENTUADA EN LOS PAÍSES DEL LLAMADO "PATRON 2" DEL AFRICA SUBSAHARIANA Y EL CARIBE, DONDE LA TRANSMISIÓN HETEROSEXUAL ES RESPONSABLE DE APROXIMADAMENTE EL 80 % DE CASOS DE INFECCION POR EL VIH. (PTO1, 1988) Y DONDE NUMEROSAS ESTUDIOS DE SEROPREVALENCIA ENTRE LAS PROSTITUTAS HAN ENCONTRADO ENTRE UN 20 % Y UN 80 % DE LA MUESTRA CON ANTICUERPOS FRENTE AL VIH (PADIAN 1988). LOS PAÍSES DEL "PATRON 3" SON AQUELLOS EN LOS QUE EL VIH HA SIDO INTRODUCIDO HACE RELATIVAMENTE POCO TIEMPO (INCLUYEN TAILANDIA, FILIPINAS, JAPON Y OTROS DEL SURESTE DE ASIA Y EL NORTE DE AFRICA).

ORR DO, ET AL (1992). REALIZARON UN MODELO DE VALORACION SANITARIA SOBRE LA UTILIZACION DEL PRESERVATIVO, PARA IDENTIFICAR LOS FACTORES ASOCIADOS CON SU UTILIZACION ENTRE 390 MUJERES ADOLESCENTES SEXUALMENTE ACTIVAS. LAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO SE ENCONTRABAN EN EDADIS CORRESPONDIDAS ENTRE LOS 12 Y 19 AÑOS Y FUERON RECLUTADAS AL ACUDIR A LA CONSULTA DE MEDICINA REPRODUCTIVA. EL 56 % ERAN DE RAZA BLANCA Y EL RESTO DE RAZA NEGRA. EL 19 % PRESENTABAN INFECCIONES GENITO-URINARIAS POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS. EL 46 % CONFIRMO HABER TENIDO MAS DE UNA PAREJA SEXUAL DURANTE EL AÑO PRECEDENTE. LA DECLARACION SOBRE LA UTILIZACION DEL PRESERVATIVO POR AL MENOS , UNA RAZÓN ESPECIFICA (PREVENCIÓN DEL EMBARAZO, DE ETS, O DEL SIDA) AUMENTABA A MEDIDA QUE DISMINUIA EL RIESGO DE COMPORTAMIENTO EMOCIONAL Y DE ETS Y A MEDIDA QUE SE INCREMENTABAN LA MADUREZ PERCEPTIVA (COGNOSCITIVA) Y LAS ACTITUDES POSITIVAS HACIA EL PRESERVATIVO. AUNQUE LA UTILIZACION DEL PRESERVATIVO PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO, DE LAS ETS Y DEL SIDA, ESTADAN INTERCORRELACIONADAS POSITIVAMENTE, CADA UNA DE ELLAS CONTRIBUÍA DE FORMA INDEPENDIENTE A LA EXPLICACION DE LA UTILIZACION DEL PRESERVATIVO EN EL COITO MAS RECIENTE. TRAS EL AJUSTE ESTADISTICO POR LAS RAZONES APORTADAS SOBRE LAS UTILIZACIONES PREVIAS DEL PRESERVATIVO, EL RIESGO DE COMPORTAMIENTO ERA EL UNICO FACTOR ADICIONAL ASOCIADO CON SU UTILIZACION EN EL ENCUENTRO SEXUAL MAS RECIENTE; LAS MUJERES QUE PARTICIPABAN EN MAS COMPORTAMIENTOS DE RIESGO (UTILIZACION DE SUBSTANCIAS, DRUGAS Y ALCOHOL, DELINCUENCIA MENOR) ERAN LAS QUE, CON MAYOR PROBABILIDAD, HABÍAN UTILIZADO EL PRESERVATIVO. EL

CONOCIMIENTO ACERCA DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y EL SIDA Y LA UTILIZACIÓN PARALELA DE PILDORAS ANTICONCEPTIVAS, NO ESTARÁN RELACIONADAS CON EL USO DE PRESERVATIVO. EL DATO SUGIERE QUE LAS PERCEPCIONES DE LAS ADOLESCENTES ACERCA DE LOS PRESERVATIVOS, INCLUYENDO LA FUNCIONES INDIVIDUALES DE ESTOS COMO ANTICONCEPTIVOS Y PARA LA PREVENCIÓN DE ETS, PUEDE SER DE IMPORTANCIA EN LA DETERMINACIÓN DE SU UTILIZACIÓN. POR OTRA PARTE LA PRÁCTICA DE LAS RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCIÓN PUEDE SER PARTE DE UNA PAUTA GENERAL DE COMPORTAMIENTO QUE INCLUYE OTROS COMPORTAMIENTOS NO SALUDABLES.

VINEY LL, ET AL (1991) DESCRIBEN LA IMPORTANCIA DE LA TERAPIA RECONSTRUCTIVA DE GRUPO CON PERSONAS AFECTADAS POR EL SIDA. ANALIZA LA NECESIDAD TERAPÉUTICA COMO ALTERNATIVA DEFINIDA EN LA COMUNIDAD AFECTADA POR EL SIDA Y LAS PRÁCTICAS DE TERAPIAS DE GRUPO. DESPUÉS SE EXPLORA LA PERSPECTIVA RECONSTRUCTIVA, BASADA EN LA TEORÍA DE LA CONSTRUCCIÓN PERSONAL, Y SE APLICA PARA INTERPRETAR TANTO EL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR EL SIDA, COMO LA TERAPIA DE GRUPO. SE DESCRIBE EL PROCESO DE TERAPIA DE GRUPO; COMPROMISO DE LOS PARTICIPANTES Y COMIENZO DEL GRUPO, OBJETIVOS, REGLAS, PAPELES DE LIDERAZGO, EXPERIMENTOS DE GRUPO, ASUNTOS GRUPALES Y FINAL. SE IDENTIFICAN PROBLEMAS QUE SURGIERON Y SE APORTA UNA MUESTRA DE PROCESO DE GRUPO. PARA TERMINAR, EXPRESAN LO ADECUADO DE LA PERSPECTIVA RECONSTRUCTIVA Y DE TERAPIA DE GRUPO PARA ESTOS PARTICIPANTES, JUNTO CON LA IDENTIFICACIÓN DE LOS GRANDES TEMAS ÉTICOS Y ALGUNAS



## RECOMENDACIONES PARA SU EMPLEO.

KLEF H. ET AL (1991). EFECTUARON UNA INVESTIGACIÓN DE LA CONDUCTA DE RIESGO ENTRE LOS CONSUMIDORES DE DRUGAS POR VÍA INTRAVENOSA EN EL NORESTE DE INGLATERRA, SE OBTUVO INFORMACIÓN SOBRE EL HABITO DE COMPARTIR LOS ÚTILES DE INYECTARSE, LOS PAREJAS DE LOS ENCUESTADOS Y EL USO DE PRESERVATIVOS. ENTRE SEIS Y NUEVE MESES PARA LA ENTREVISTA INICIAL, SE CONTACTO OTRA VEZ CON 169 (56 %) DE LAS PERSONAS. EN ESTA SEGUNDA FASE DEL PROYECTO, SE PUSO EL ENFASIS SOBRE LOS CAMBIOS (SI ES QUE LOS HABÍA HABIDO) EN EL PERIODO TRASCURRIDO EN LA CONDUCTA DE RIESGO. SE ENCONTRARON REDUCCIONES SIGNIFICATIVAS EN EL HABITO DE COMPARTIR, SOBRE TODO EN CUANTO AL USO INDISCRIMINADO DE LOS ÚTILES PARA INYECTARSE DE OTRAS PERSONAS. NO SE APRECIÓ REDUCCION DEL HABITO DE COMPARTIR ENTRE PAREJAS QUE SE INFECTABAN Y MUY POCAS ENTRE AMIGOS. EL NÚMERO DE CONTACTOS SEXUALES HABÍA DISMINUIDO, Y EL USO DE PRESERVATIVOS, AUNQUE AUMENTÓ ENTRE LOS IMPLICADOS EN RELACIONES ESPORÁDICAS, SE MANTUVO BAJO. CONSIDERABAN LOS IMPEDIMENTOS A POSTERIORES PROGRESOS EN LA REDUCCIÓN DEL RIESGO.

CARRIER J. MAGAÑA JR (1991). LOS ANTROPOLOGOS ESPECIALIZADOS TIENEN UNA OPORTUNIDAD PARA UTILIZAR SUS CONOCIMIENTOS COMO ETNÓGRAFOS EN LA LUCHA CONTRA LA INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA. LOS AUTORES PRESENTAN ALGUNOS DATOS ETNOSEXUALES SOBRE VARONES DE ORIGEN MEXICANO Y MUESTRAN COMO SE USARON EN PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EDUCACIONAL EN UN CENTRO DE SALUD EN ORANGE COUNTRY,

CALIFORNIA, PARA AYUDAR A PREVENIR LA DISEMINACIÓN DEL VIH/SIDA EN LAS COMUNIDADES LATINAS. LOS AUTORES INFORMAN SOBRE LA IMPORTANTE COLABORACIÓN PRESTADA POR LOS ANTROPÓLOGOS QUE TRABAJARON EN UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH POR VÍA SEXUAL DE LA AGENCIA DE ASISTENCIA SANITARIA DEL CONDADO DE ORANGE EN CALIFORNIA. EN LA MUESTRA ESTABAN TRABAJADORES TEMPORALES DE ORIGEN MEXICANO QUE PASABAN A TRABAJAR EN E.U., Y QUE DIFERÍAN CULTURALMENTE DE LA POBLACION DEL CONDADO Y DEL PERSONAL ORGANIZADOR DEL PROGRAMA ANTI VIH/SIDA. ESTOS TRABAJADORES SOLIAN MANTENER RELACIONES SEXUALES CON PROSTITUTAS AMERICANAS, MUCHAS DE ELLAS USUARIAS DE DROGAS INTRAVENOSAS, O CON HOMOSEXUALES AMERICANOS.

SE CONCLUYO QUE LA COMPRESIÓN DE LOS MENSAJES EDUCATIVOS DEPENDE, EN SU MAYOR PARTE, POR LAS CREENCIAS Y ACTITUDES QUE LA MUESTRA OFRECE, POR LO QUE REFIEREN INFORMAR A LA POBLACION CON SUS MISMAS RAÍCES Y EVITAR POR CONSIGUIENTE LA DISEMINACIÓN DEL VIH/SIDA.

### 1.3.3 ENFOQUE PSICOLÓGICO Y VIH/SIDA

WILLOUGHBY, AD (1990). DURANTE LA PRIMERA DÉCADA DE LA EPIDEMIA DEL SIDA, SE HA CENTRADO LA ATENCIÓN EN EL ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS DEL VIRUS Y LOS PROBLEMAS MÉDICOS DE LAS PERSONAS INFECTADAS. ESTE ÉNFASIS HA SIDO APROPIADO, DEBIDO AL GRAN IMPACTO QUE HA TENIDO ESTA INFECCIÓN SOBRE LA MORTALIDAD DE ALGUNAS POBLACIONES. SIN EMBARGO, LA SEXTA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE SIDA, MANTENIDA EN SAN FRANCISCO EN JUNIO DE 1990, HA MOSTRADO UNA AMPLIACIÓN DE ESTE INTERÉS BIOLÓGICO, CON LA PRESENTACIÓN DE UN GRAN CUERPO DE INVESTIGACIÓN ENFOCADO A LOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS, PSICOSOCIALES Y EMOCIONALES DE ESTA ENFERMEDAD. ADEMÁS, LAS PRESENTACIONES DE LA CONFERENCIA MOSTRARON EL HECHO DE QUE LA COMUNIDAD INVESTIGADORA DEL SIDA DIRIGE CIERTA ATENCIÓN A LOS IMPORTANTES PROBLEMAS EXISTENTES EN LAS POBLACIONES MATERNA Y PEDIÁTRICA AFECTADAS. ASÍ, LOS INVESTIGADORES DEL SIDA ACTUALMENTE CONSIDERAN LA FACETA MULTIDISCIPLINAR Y CAMBIANTE DE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y DE LA ENFERMEDAD, YA QUE SE MANIFIESTA EN DIFERENTES POBLACIONES Y GRUPOS.

GILLIES P, CARBALLO M (1990). INDICAN LA URGENTE NECESIDAD DE IMPEDIR LA TRANSMISIÓN DEL VIH Y LLEVARLA A CABO EN TÉRMINOS EQUILIBRADAMENTE CORRECTOS (ECONÓMICOS), EXIGE UN ESFUERZO

DIRIGIDO PRINCIPALMENTE A LOS COLECTIVOS QUE MUESTRAN POTENCIALMENTE LOS MAYORES RIESGOS. RECOMIENDAN UNA PRIORIZACIÓN A LA HORA DE SELECCIONAR LOS GRADOS PARA INVESTIGACIONES Y/O INTERVENCIONES: LA REVISIÓN LLEVADA A CABO SUGIERE UNA PRIORIZACIÓN EN LAS PERSONAS QUE PRESENTABAN UNA INCIDENCIA MAS ELEVADA AL VIII. ASÍ MISMO ENFATIZAN QUE LOS ESFUERZOS DEBERÁN SER REALISTAS Y DEBERAN TENER EN CUENTA LA EFICACIA-EFICIENCIA A LA HORA DE SELECCIONAR LAS ÁREAS QUE HAY QUE INVESTIGAR. ENFATIZANDO LA IMPORTANCIA DE IMPLEMENTAR SOBRE PERCEPCIONES DE RIESGO EN CUANTO A CONDUCTA, CUALQUIER INTERVENCIÓN QUE NO ESTE MARCADA EN ESTE CONTEXTO TENDRA PROBABLEMENTE UN ÉXITO FALLIDO.

MARIN BV. MARIN G (1990). REALIZARON UN ESTUDIO EN EL CUAL HAN VALORADO EL CONOCIMIENTO ACERCA DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH/SIDA EN UNA MUESTRA DE 460 HISPANOS DE SAN FRANCISCO, PARA IDENTIFICAR LA RELACIÓN ENTRE LA INFORMACIÓN SOBRE SIDA Y SU CONOCIMIENTO. SE REALIZO UN ESTUDIO AL AZAR POR TELEFONO Y SE HA SEGUIDO UNA MODIFICACION DE LA TÉCNICA DE MUESTREO DE MILIOFKY WAKSBERG, ENTRE HISPANOS RESIDENTES EN ÁREAS DE S. F. CON UN 10 % O MAS DE POBLACIÓN HISPANA. LOS RESULTADOS INDICAN QUE EXISTE, EN GENERAL, UN MEJOR CONOCIMIENTO ACERCA DE LOS VERDADEROS MECANISMOS DE TRANSMISIÓN DEL VIH, PERO TAMBIEN HAY MUCHAS CREENCIAS ERRÓNEAS SOBRE MECANISMOS CASUALES DE TRANSMISIÓN (POR EJM. SERVICIOS PÚBLICOS, MOSQUITOS, ESTORNUDOS, ETC.) SE HA ASOCIADO FIRMEMENTE LA INFORMACIÓN CON EL CONOCIMIENTO Y LAS PERSONAS MENOS INFORMADAS HAN SIDO LAS QUE POSEEN CREENCIAS MAS ERRÓNEAS SOBRE

LA TRANSMISIÓN "CASUAL", Y SON MENOS CONSCIENTES DE QUE UNA PERSONA PUEDE ESTAR INFECTADA SIN PARECER ENFERMO. LAS DIFERENCIAS DE INFORMACIÓN PARECE PERSISTIR INCLUSO DESPUÉS DE CONTROLAR LA INFORMACIÓN. LOS DATOS SUGIEREN LA NECESIDAD DE CAMPAÑAS SOBRE VIH/SIDA, DIRIGIDAS A LA POBLACION MENOS INFORMADA DE HABLA HISPANA.

EN UN PAÍS COMO, DONDE CONVIVEN DISTINTAS CULTURAS MINORITARIAS ES POSIBLE QUE SE PRECISEN UNOS CANALES DE INFORMACIÓN MAS ADECUADOS A SUS CONDICIONES DE VIDA SI QUEREMOS QUE TENGA ACCESO A ESA INFORMACION.

SCHNEIDER SG, ET AL (1991). INVESTIGARON EL SUICIDIO EN UN GRUPO DE 778 HOMBRES HOMOSEXUALES Y BISEXUALES, DONDE NINGUNO DE ELLOS TIENEN SIDA, EL 27 % INFORMO DE LA INTENCIÓN DE SUICIDARSE DURANTE EL PERÍODO DE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES. SE EMPLEARON MODELOS ESTRUCTURALES DE LA COVARIANZA CON EL FIN DE INDAGAR ACERCA DE LOS FACTORES QUE PRONOSTICAN EL INTENTO DE SUICIDIO ENTRE LOS POSIBLES SUICIDAS (N=212) INFECTADOS (N=100) O NO INFECTADOS (N=112) POR EL VIH. LOS FACTORES DE ESTRÉS EN CURSO, RELACIONADOS CON EL SIDA, MUERTES, ENFERMEDADES Y LA PERCEPCIÓN DEL RIESGO DEL SIDA, Y LOS NIVELES DE FUNCIONAMIENTO ADAPTATIVO DE PERÍODOS ANTERIORES (AISLAMIENTO SOCIAL Y DEPRESIÓN), RESULTARON PRONOSTICAR EL INTENTO DE SUICIDIO, DE FORMA SIGNIFICATIVAMENTE MAS POTENTE, ENTRE LOS SUICIDAS VIH NEGATIVOS. EL RIESGO BIOLÓGICO DEL SIDA NO PREDECIA NI EL INTENTO DE

SUICIDIO, NI EL ESTRÉS EN CURSO, NI LA PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE SIDA. LAS VÍAS QUE CONDUCE AL INTENTO DE SUICIDIO PARECEN ESTAR MEDIADAS PSICOLÓGICAMENTE, MAS QUE BIOLÓGICAMENTE. ENTRE LOS SUICIDAS VIH POSITIVOS, LA FUERTE RELACIONADA CON EL SIDA Y LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD PRONOSTICA EL INTENTO DE SUICIDIO, PERO NO ASÍ LOS SÍNTOMAS DEL ESTRÉS EN CURSO. ALGUNAS DE LAS PLANIFICACIONES DE SUICIDIO QUE SE PRODUCERON EN RESPUESTA A ACONTECIMIENTOS RELACIONADOS CON EL SIDA, PUEDEN SER UN INTENTO PARA SOBRELLEVARLOS, MAS QUE UNA MANIFESTACION DEL ESTRÉS PSICOLÓGICO.

BOR R. (1991). REFIERE QUE CADA VEZ SON MAS NUMEROSAS LAS PUBLICACIONES QUE RECOGEN ESTUDIOS OBSERVACIONALES Y EXPERIMENTALES QUE CORRELACIONAN POSITIVAMENTE LA INFECCION POR VIH CON LA MORBILIDAD PSICOLÓGICA. LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS QUE CON MAS FRECUENCIA SE DESCRIBEN EN PACIENTES CON SIDA PARECEN SER LA ANSIEDAD Y LA DEPRESION: Y SU PRESENCIA ES ASOCIADA A SU VEZ CON FACTORES PSICOSOCIALES, COMO LA DISPONIBILIDAD O NO DE APOYO SOCIAL, LA PROPIA PERCEPCIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD Y EL DETERIORO FÍSICO PROVOCADO POR LA EVOLUCION DE LA INFECCION.

CONSIDERA EL AUTOR NO OLVIDAR, QUE LA MAYORÍA DE LOS DATOS SOBRE INTERVENCIÓN Y ATENCIÓN PSICOLÓGICA A PACIENTES CON VIH/SIDA DE QUE SE DISPONEN SON OFRECIDOS POR PROFESIONALES QUE TRABAJAN CON ENFERMOS RESIDENTES EN PAÍSES DESARROLLADOS, DONDE LA DISCIPLINA PUEDE HALLARSE RELATIVAMENTE ARRAGADA COMO SERVICIO COMUNITARIO

Y DE SALUD A LOS CIUDADANOS; SIRVA COMO EJEMPLO QUE SEGUN ESTUDIOS DE ROR EN LOS PAISES BAJOS Y DE LYNCH, EN ESTADOS UNIDOS, REPRESENTAN UNA TERCERA PARTE DE LOS PACIENTES INFECTADOS CON VIH RELACIONADOS CON TRATAMIENTO PSICOLÓGICO QUE HABÍAN RECIBIDO CUIDADO PROFESIONAL ANTERIORMENTE A SU DIAGNÓSTICO DE VIH.

DE ESTA PERSPECTIVA CABE PREGUNTARSE: QUE TERAPIAS E INTERVENCIONES HECHAS POR ESPECIALISTAS AYUDAN A LOS PACIENTES ?, CUAL ES LA OFERTA DE ASISTENCIA EN SALUD MENTAL ?, COMO SE PUEDE MEDIR LA EFICACIA ?, PUEDEN OTROS PROFESIONALES PROPORCIONAR LAS TÉCNICAS PSICOLÓGICAS ?.

ESTE AUTOR SOMETE A CRITICA VARIOS TRABAJOS DE DIFERENTES ESCUELAS Y ORIENTACIONES SOBRE CUIDADOS Y TERAPIAS PSICOLÓGICAS UTILIZADAS CON PACIENTES CON VIH. SEGÚN SU ANÁLISIS, LOS RESULTADOS EN INVESTIGACION CONDUCTUAL DEL VIH/SIDA MUESTRAN QUE EL ALIVIO DEL SÍNTOMA ES COMÚNMENTE EL INDICADOR MAS MEDIDO, LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICO SUELE SER BREVE, NO REQUIRIENDO CUIDADOS PSICOLÓGICOS MANTENIDOS A LARGO PLAZO. CON RESPECTO A LAS CONCLUSIONES DE LOS ESTUDIOS APOYADOS CON TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIPSICÓTICO, NORMALMENTE RESULTA DIFÍCIL COMENTAR SU EFICACIA POR LA AUSENCIA DE UN GRUPO CONTROL. EN TERAPIAS COGNITIVAS DE GRUPO Y HABILIDADES DE COMUNICACIÓN ES DIFÍCULTOSO SEPARAR EL EFECTO DEL APOYO DE GRUPO. LA PSICOTERAPIA DE ORIENTACIÓN PSICODINÁMICA PARECE ARROJAR RESULTADOS DE

AMINORAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS PSICÓTICOS Y NEURÓTICOS EN SUJETOS VIH, PERO EL CRITERIO DE DIAGNÓSTICO, LOS PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS Y LA SELECCIÓN MUESTRAL NO SIEMPRE SE DESCRIBEN ADECUADAMENTE.

SE CUESTIONA EL AUTOR DESDE UN ESCEPTICISMO QUE INVITA MÁS A LA REFLEXIÓN, A ESFUERZO INTELLECTUAL Y PROFESIONAL QUE AL RECHAZO DE LAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS QUE SE UTILIZAN CON PACIENTES DE VIH/SIDA. ES POR ESTO QUE CONSIDERA NECESARIA Y PERTINENTEMENTE LA LLAMADA DE ATENCIÓN SOBRE UNO DE LOS PUNTOS QUE TODOS LOS PROFESIONALES DE SALUD MENTAL RECONOCEN COMO UN RETO, LA DEFINICIÓN DE EFICACIA TERAPÉUTICA Y LA PROPIA EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS.



#### 1.4 LA DEPRESIÓN Y VIH/SIDA COMO SÍNTOMA

##### DEPRESIONES NORMALES Y ESTADOS DEPRESIVOS CLÍNICOS.

FREEDMAN, (1982) SEÑALA QUE, LOS CLÍNICOS Y LOS INVESTIGADORES NO ACABAN DE PONERSE DE ACUERDO EN CUENTA A LA GAMA COMPLETA DE FENÓMENOS AFECTIVOS QUE PUEDEN DIAGNOSTICAR COMO SINTOMÁTICOS, TODAVÍA NO SE CUENTA CON UNA FRONTERA BIEN DELINEADA ENTRE LOS ESTADOS DE ÁNIMO NORMALES Y LAS DEPRESIONES ANORMALES. TAL SITUACIÓN TIENE CONSECUENCIAS TRASCENDENTALES. EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, A MENUDO HAY INCONFERENCIAS EN LA DERIVACIÓN DE PACIENTES Y NOTABLES VARIACIONES EN LAS DECISIONES REFERENTES AL TRATAMIENTO, TANTO SI ES PSICOTERAPÉUTICO COMO SI ES PSICOFARMACOLÓGICO. SIN CRITERIOS DIAGNÓSTICOS VÁLIDOS, LA CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS ES SUBJETIVAMENTE VARIABLE; LOS ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS NO SON CONCLUYENTES NI GENERALIZABLES Y ES DIFÍCIL, POR NO DECIR IMPOSIBLE, HACER CÁLCULOS EXACTOS DE LA INCIDENCIA, EL PREDOMINIO Y OTROS ÍNDICES BÁSICOS.

EL AUTOR CONSIDERA QUE, EN LA PRÁCTICA CLÍNICA SE USAN CUATRO CRITERIOS EN EL DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN; LA INTENSIDAD, LA DURACIÓN, EL FACTOR DESENCADENANTE Y EL TIPO DE RASGOS PSICOPATOLÓGICOS. EXISTE UN GRADIENTE DE INTENSIDAD VAGAMENTE DEFINIDO ENTRE EL ESTADO DE ÁNIMO NORMAL Y EL ESTADO PSICOLÓGICO, PERO NO SE HAN TRAZADO LOS LÍMITES CLAROS. EN LOS ÚLTIMOS AÑOS SE HA EFECTUADO MUCHA INVESTIGACIÓN PSICOMÉTRICA SOBRE LAS ESCALAS

QUE SE UTILIZAN PARA DIAGNOSTICAR LA DEPRESION. SE HAN RECOGIDO DATOS NORMATIVOS PARA UNA SERIE DE ESCALAS ESTANDARIZADAS, PARTICULARMENTE LAS ESCALAS DE BECK, ZUNG Y HAMILTON, ASI QUE AHORA ES POSIBLE IDENTIFICAR LOS PUNTOS QUE DISTINGUEN EL ESTADO DE ANIMO NORMAL DE LOS ESTADOS CLINICOS. ALGO OCURRE CON LA DURACION; FALTAN DATOS NORMATIVOS REFERENTES A LA HISTORIA DE LOS ESTADOS DE ANIMO NORMALES Y LOS PSIQUIATRAS SOLO CUENTAN CON APROXIMACIONES Y GUIAS APENAS ESBOZADAS.

LA PRESENCIA O AUSENCIA DE UNA TENSION VITAL MANIFESTA (FACTOR DESENCADENANTE) PLANTEA MULTIPLES DILEMAS. LOS PSIQUIATRAS TIENDEN A PENSAR QUE ENTIENDEN LAS FLUCTUACIONES EROCCIONALES RELACIONADAS CON UN ACONTECIMIENTO DESENCADENANTE. A MENUDO TIENDEN A MINUSVALORAR LA GRAVEDAD DE LAS REACCIONES DEPRESIVAS CUANDO ES EVIDENTE LA TENSION VITAL, Y PARA LA CLASIFICACION DE LOS ESTADOS CLINICOS SERIA DE DESEAR QUE FUERAN DERIVADOS CON INDEPENDENCIA DE LAS CIRCUNSTANCIAS AMBIENTALES. SEA CUALES FUERAN LA DURACION, LA INTENSIDAD O LA PRESENCIA DE FACTORES DESENCADENANTES, LA EXISTENCIA DE CIERTOS RASGOS CARACTERISTICOS (COMO LAS ALUCINACIONES, DELIRIOS, UNA PERDIDA DE PESO NOTABLE Y LOS INTENTOS DE SUICIDIO) INDICA, SEGUN CASI TODOS LOS OBSERVADORES, QUE SE HAN PASADO LOS LIMITES DE LA NORMALIDAD Y QUE EL PACIENTE HA ENTRADO EN EL TERRENO DE LA PSICOPATOLOGIA. POCO A POCO SE HAN ido mejorando una serie de definiciones OPERACIONALES PARA ESTOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS. LOS SUMARIOS DIAGNOSTICOS QUE APARECEN EN LOS TEXTOS Y EN LA NOMENCLATURA

OFICIAL. SOLO DAN ORIENTACIONES GENERALES. LA PRACTICA CLINICA MAS COMUN HA SIDO LA DE HACER UNA LISTA DE SINTOMAS DISTRIBUIDOS EN DIFERENTES CATEGORIAS, UNO MAS DE LOS CUALES PUEDEN CONSIDERARSE NECESARIOS EN EL DIAGNOSTICO. PARA SER INCLUIDO EN UN DIAGNOSTICO DETERMINADO, EL PACIENTE DEBE TENER UNA SERIE DE SINTOMAS DE CADA UNA DE LAS CATEGORIAS A,B,C. ESTA FORMA DE PENSAMIENTO CLINICO IMPLICA UN MODELO NECESARIO Y SUFICIENTE, CON INSISTENCIA EN LOS SINTOMAS MAS DESTACADOS DERIVADOS DE LA EXPERIENCIA DEL CLINICO CON CASOS IDEALES. RECIENTEMENTE SE HAN HECHO INTENTOS DE CONVERTIR EL MODELO NECESARIO Y SUFICIENTE EN OPERATIVO. PARA SER DIAGNOSTICADO, EL PACIENTE DEBE MANIFESTAR SINTOMAS QUE HAYAN SIDO DEFINIDOS OPERACIONALMENTE Y CATEGORIZADOS Y A VECES TAMBIEN SE ELABORAN CRITERIOS DE EXCLUSION. LA APLICACION DE ESTE MODELO A LOS TRASTORNOS AFECTIVOS ESTA EN LA BASE DE LA DISTRIBUCION ENTRE TRASTORNOS AFECTIVOS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS.

EN ENFOQUE NECESARIO Y SUFICIENTE, AUNQUE RESULTA ATRACTIVO PARA EL CLINICO POR SU SIMPLICIDAD LOGICA, HA SIDO CRITICADO POR SU FALTA DE ELABORACION CUANTITATIVA Y POR SU INSISTENCIA EN LAS FORMAS PURAS, QUE PUEDEN SER RELATIVAMENTE POCO FRECUENTES. UN ENFOQUE ALTERNATIVO HA UTILIZADO METODOS ESTADISTICOS MULTIVARIADOS PARA GENERAR ESCALAS. EL ANALISIS FACTORIAL Y LA REGRESION MULTIPLE HAN SIDO AMPLIAMENTE UTILIZADOS. ESTA TECNICA SE HA APLICADO A LAS ESCALAS DE DEPRESION ELABORADAS POR HAMILTON (1960), BECK (1969), ZUNG (1965), RASKIN (1970) Y J. R. WITTENBORN DATOS INEDITOS, (1968) (CITADO EN FREEDMAN, 1982).

ACTUALMENTE SE ESTAN HACIENDO INTENTO DE DETERMINAR EN UNA ESCALA LOS PUNTOS CARACTERÍSTICOS DE LOS PACIENTES DEPRIMIDOS NORMALES, LÍMITES NEURÓTICOS, AMBULATORIOS Y HOSPITALIZADOS. ESTE ENFOQUE PRETENDE ELABORAR UNAS ESCALAS SEMEJANTES A LAS DEL TERMÓMETRO, EN LAS QUE LAS GRADACIONES DE LA GRAVEDAD CLÍNICA GUARDEN RELACIÓN CON VALORES ESPECIFICADOS DE LA ESCALA.

OTRO ENFOQUE PARECIDO ES EL DERIVADO DE LOS ESTUDIOS DE LOS ESTADOS NATURALES. EN ESTE CAMPO DESTACAN LOS EXCELENTES ESTUDIOS DEL DUELO NORMAL EN LAS VIUDAS (PARKES, 1970; CLAYTON Y COLS., 1972) (CITADO EN FREEDMAN, 1982). ESTOS ESTUDIOS PARECEN DELIMITAR LA DURACIÓN Y LA INTENSIDAD DEL DOLOR, COINCIDIENDO CON LOS ESTUDIOS DEL DOLOR, LAS OBSERVACIONES DE SUJETOS NORMALES PROCEDENTES DE ESTUDIOS SISTEMÁTICOS DE LA POBLACIÓN INDICAN QUE, AUNQUE LAS QUEJAS DE LOS DEPRIMIDOS NORMALES SON CORRIENTES, LOS ESTADOS CLÍNICOS SE CARACTERIZAN NO SOLO POR UN TRASTURNO DEL ÁNIMO, SINO POR UNA SERIE DE DISFUNCIONES VEGETATIVAS Y CORPORALES ASOCIADOS CON EL, Y POR LA APARICIÓN DE DIFICULTADES PERSISTENTES Y DIFUSAS EN LA RELACION SOCIAL HABITUAL (KATZ, 1971; WEISSMAN Y COL., 1972). (CITADO EN FREEDMAN, 1982).

SEA CUAL FUERE EL RESULTADO DE ESTOS INTENTOS DE INVESTIGACIÓN, ES DE ESPERAR QUE CADA VEZ ESTEROS NOS CERCA DE CONSEGUIR UNOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS EXACTOS Y DEFINIDOS OPERACIONALMENTE Y UNAS FORMULACIONES PRECISAS DE LOS LÍMITES ENTRE LA DEPRESIÓN NORMAL Y LA CLÍNICA. (FREEDMAN, 1992).

UNA VEZ QUE SE HA VISTO CLARO QUE EL TRASTORNO DEPRESIVO DE UN PACIENTE RESPONDE A UN ESTADO CLÍNICO Y NO PUEDE CONSIDERARSE INCLUIDO EN EL AMBIENTE DE LOS ESTADOS DE ÁNIMO NORMALES, EL CLÍNICO SE PLANTEA CUESTIONES DE NOSOLOGÍA Y CLASIFICACION. CERO LA DEPRESION PUEDE MANIFESTARSE ASOCIADA CON MUCHAS OTRAS ENFERMEDADES PSICOLÓGICAS Y MEDICAS, HA HABIDO MUCHA CONFUSION EN LO REFERENTE A LA CLASE DE ESTOS SINTOMAS DEPRESIVOS. LOS SINTOMAS AFECTIVOS CASI NUNCA SE PRESENTAN SOLOS; GENERALMENTE, VAN COMBINADOS CON TRASTORNOS SOMÁTICOS Y PSICOSOCIALES, INCLUSO CUANDO ESTAN ASOCIADOS CON OTRAS ENFERMEDADES (FREDMAN, 1982) ALGUNAS VECES LA DEPRESION SE HA HECHO MAS REGULAR, DURA MAS TIEMPO Y PUEDE SER MUY INTENSA. LOS ANTIBIÓTICOS CAUSAN EN OCASIONES DEPRESION.

MILLER. D (1989) CONSIDERA QUE, EL SUICIDIO EN PACIENTES CON VIH/SIDA PUEDE OCURRIR EN FORMAS MUY SUTILES. POR EJEMPLO, NO COMIENDO, PERMANECIENDO EN CAMA Y NO VISTIÉNDOSE Y POR LO GENERAL DEJANDO DE CUIDAR DE SI MISMO Y DE LO QUE LES RODEA, ES DECTR BAJO UNA SITUACION DE ABANDONO Y APATIA.

ES INEVITABLE LA DEPRESION DE CUANDO EN CUANDO Y LO QUE DEBE HACERSE ES ELIMINARLA TAN PRONTO SEA POSIBLE, PORQUE ES DESTRUCTIVA PARA UNO MISMO, FÍSICA, MENTAL Y EMOCIONALMENTE. PARA ESTE AUTOR EL ESTRÉS, LA ANSIEDAD Y LA DEPRESION SON UNO DE LOS ESTADOS MAS COMUNES DEL HOMBRE. TALES ESTADOS HAN SIDO PARTE DE LAS EXPERIENCIAS HUMANAS REGISTRADAS DESDE LA ÉPOCA DE LOS

ANTIGUOS EGIPCIOS Y LAS ESTIMACIONES ACTUALES SUGIEREN QUE ENTRE 2 Y 15 % DE LOS ADULTOS SUFREN DEPRESIÓN EN ALGÚN AÑO DETERMINADO. LA MAYORÍA DE LAS PERSONAS ADMITIERON TENER PERIODOS EN QUE SE SIENEN OPACADOS Y TRISTES, PERO PARA ALGUNOS ESTA EXPERIENCIA SERÁ MÁS INTENSA Y PROLONGADA. SIN EMBARGO, CASI TODOS LOS ESTADOS DE DEPRESIÓN DESAPARECEN DE MANERA ESPONTÁNEA Y LA MAYORÍA DE LAS PERSONAS MEJORAN POR SI MISMAS A MEDIDA QUE LOS PROBLEMAS QUE CONDUJERON A SU DEPRESIÓN MEJORAN O TOMAN OTRO CASOSE.

LA DEPRESIÓN ES UNA DE LAS REACCIONES PSICOLÓGICAS MÁS COMUNES EN SEROPositivos VIH, EN ESPECIAL EN EL PERÍODO SIGUIENTE AL DESCUBRIMIENTO DE LA INFECCIÓN. EXISTEN MUCHAS RAZONES PARA QUE OCURRA, PERO ALGUNAS DE LAS COMUNES CORTADAS POR PACIENTES SON;

- LA "INEVITABILIDAD" APARENTE DE LA DECLINACIÓN FÍSICA Y LA FUTURA MALA SALUD.

- LA FALTA DE UNA CURACIÓN, QUE ORIGINA UN SENTIMIENTO DE DESESPERANZO E IMPOTENCIA.

- LAS LIMITACIONES QUE LA INFECCIÓN, LA ENFERMEDAD, O AMBAS, PUEDÉN CAUSAR EN EL ESTILO DE VIDA DE UNA PERSONA, POR EJEMPLO, CON LA DISMINUCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FÍSICO, MENOR ACEPTACIÓN SOCIAL, RESTRICCIONES PROFESIONALES Y LAS LIMITACIONES QUE LA INFECCIÓN COLOCA EN LA EXPRESIÓN SEXUAL.

- RECHAZO SOCIAL, PROFESIONAL, EMOCIONAL O SEXUAL, ACTUAL O ANTICIPADO.

ESTOS PROBLEMAS LOS CONSIDERA EN EL CONTEXTO DEL ENORME

CATACLISMO QUE SE ORIGINA CUANDO SE INFORMA AL PACIENTE ESTAR INFECTADO POR VIH, ES FÁCIL IMAGINAR POR QUE SE DEPRIMEN LAS PERSONAS --ALGUNOS PODRÍAN DECIR QUE ES INEVITABLE. SIN EMBARGO LA DEPRESIÓN GRAVE PUEDE DETERMINAR QUE SEA MÁS DIFÍCIL LA ENFERMEDAD.

ANTES DE CONSIDERAR LAS FORMAS EN QUE PUEDEN SUPERARSE LOS EFECTOS DE LA DEPRESIÓN, ES IMPORTANTE PODER CONOCERLA. LAS PERSONAS DEPRIMIDAS SUFREN LOS SIGUIENTES TIPOS DE ALTERACIONES.

1. DEPRESIÓN DEL ANIMO: SE REFIERE A: TRISTEZA, ABATIMIENTO, DESALENTADOS, SIN ESPERANZA, PROPENSOS A LLORAR, CON MOMENTOS DE RELATIVA CALMA.

2. PERDIDA DE INTERÉS O DE PLACER EN ACTIVIDADES QUE ANTES DISFRUTABAN, PLANOS Y APAGADAS Y SIN INTERÉS.

3. PERDIDA DEL APETITO Y PESO

4. TRASTORNOS DEL SUEÑO, NO PODER DORMIR, DESPERTARSE CON REGULARIDAD, SIN SENTIRSE DESCANSADAS, CON FATIGA, MALESTAR, NODORRAS, SUEÑO DURANTE EL DÍA, QUE GENERARAN MAYOR ANSIEDAD.

5. SÍNTOMAS CORPORALES; CEFALÉAS, DOLORS EN LA NUCA, CALAMBRES MUSCULARES, BOCA SECA, FALTA DE RESPIRACIÓN, PALPITACIONES, INDIGESTION, NAUSEAS, DOLOR BAJO DE ESPALDA, SUDORACION,

AGITACIÓN O TEBLOR FÍSICO FINO, AGITACIÓN VESICAL E INTESTINAL, ESTRESIMIENTO, VISION BORROSA Y DOLORRES DE TIPO REUMÁTICO.

6. PERDIDA DE ENERGÍA; AGOTAMIENTO, LETÁRGICAS Y CANSADAS, PERDIDA DE MOTIVACIÓN. CON FRECUENCIA ES DIFÍCIL SEPARAR LOS EFECTOS DE LA DEPRESIÓN DE LA FATIGA FÍSICA QUE SE ACOMPAÑA EN OCAIONES A LA ENFERMEDAD POR EL VIH, CON LINFADENOPATIA GENERALIZADA PERSISTENTE.

7. SENTIMIENTOS DE INUTILIDAD Y CULPA; RECHAZO DE LOGROS, EQUIVOCACIONES, ERRORES DE JUICIO Y FRACASOS, CULPANDOSE. EN EL CONTEXTO DEL SIDA, EN PARTICULAR, MUCHOS COMENZARON A SUGERIR QUE "MERECEAN" SU INFECCIÓN O ENFERMEDAD Y QUE SU SITUACION ACTUAL ES UNA "PRUEBA" DE SU INUTILIDAD Y CULPA.

8. DIFICULTADES DEL PENSAMIENTO; CONCENTRACION, MEMORIA, INDECISIONES, DUDAS. SUMERGIRSE EN LAS POSIBILIDADES NEGATIVAS DE FUTURAS ACCIONES, PENSAMIENTO CON MAYOR LENTITUD.

9. PENSAMIENTOS SUICIDAS; A LARGO PLAZO CONSIDERAN LA POSIBILIDAD DEL SUICIDIO COMO LA ÚNICA FORMA POSIBLE DE SALIR DE SUS CIRCUNSTANCIAS ACTUALES, SURGIENDO ESTOS SENTIMIENTOS DE MANERA NATURAL.

10. ANSIEDAD; INQUIETUD, AGITACION, LLANTO, LAMENTOS, ETC. A VECES ATAQUES DE PÁNICO.



11. PERDIDA DEL IMPULSO SEXUAL;ALTERACIONES EN LA AUTOESTIMACION.  
EL IMPULSO SEXUAL SUELE REGRESAR A MEDIDA QUE MEJORA EL ANIMO. Y  
ASI SUELE SUCEDER CON LOS PACIENTES CON VIH.

## 1.5 LA DEPRESIÓN COMO UNA REACCIÓN.

MILLER, D. (1989) SEGÚN EL AUTOR, REFIERE QUE, ES IMPORTANTE RECORDAR QUE SI BIEN TODAS LAS PERSONAS PUEDEN EXPERIMENTAR ALGUNOS DE ESTOS SÍNTOMAS, ES MUY RARO QUE TENGAN TODOS ELLOS. SI SE SUPONE QUE LA MAYORÍA DE LAS PERSONAS CON INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA QUE SUFREN DEPRESIÓN LA TIENEN DIRECTAMENTE COMO RESULTADO DE CONOCER SU SITUACIÓN, O DE LAS ACCIONES O FALTA DE ELLAS, DE OTROS CONOCIDOS, AMIGOS FAMILIARES, PATRONES, ETC. ES UTIL CONSIDERAR LA DEPRESIÓN COMO UNA REACCIÓN. ES MUY IMPORTANTE, PORQUE LA DEPRESIÓN REACTIVA ES MUY DIFERENTE DE LA "ENDOGENA", MAS GRAVE Y CRÓNICA E INCAPACITANTE QUE SUELE OCURRIR EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA Y REQUIERE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO. PUEDE DARSE: POR SENTIR QUE EL FINAL ESTA PROXIMO, RECHAZO DE LOS SIEMES HECHIDOS, EL VIRUS CONTROLA LA VIDA, CARECE DE RECURSO FISICOS, ECONOMICOS PARA SER LO QUE ESTABA HACIENDO, A LA CONFUSION Y LAS PRENSIONES AL PARECER INTERMITIBLES RELACIONADAS CON APRENDER A COMPRENDER SUS SITUACIÓN -SABER QUE ES VIH-- PROVOCA VULNERABILIDAD, INESTABILIDAD O AMBAS. LA CONFUSION ORIGINA DESCONFIANZA Y ESTA DESEPERANZA Y DEPRESION. CONSIDERA QUE, BUENAS PERSONAS DEPRIMIDAS ENCUENTREN SIMPLEMENTE QUE DESEAN AISLARSE. POR SUPUESTO, ESTÁN AFRONTANDO UNA ENFERMEDAD O INFECCION POR EL VIH QUE PONE EN PELIGRO SU VIDA DESCIARAN SEPARARSE DE OTROS A FIN DE PROTEGERLOS O COMO UN INTENTO PARA AFRONTAR SUS SITUACIÓN SIN DISTRACCIONES MOLESTAS DE SU MEDIO. ESTE ES UN ACTO COMUN QUE ADULTEREN LAS PERSONAS

DEPRIMIDAS. DICHO AUTOR, REFIERE QUE, CUANDO LOS PACIENTES INTENTAN PROTEGER A QUIENES QUIEREN, NO DEJANDO SABER LO QUE REALMENTE SIENTEN, PUEDEN EVITAR TODO COMENTARIO SOBRE EL VIRUSIDA Y TERMINAR PEOR EMOCIONALMENTE Y PSICOLÓGICAMENTE. SE DEBE DÍA QUE HAN ENCERRADO SUS TEMORES Y ANSIEDADES TANTO QUE CRECIERON FUERA DE PROPORCIÓN CON SU IMPORTANCIA ORIGINAL. EN EL ESFUERZO PARA OCULTAR LAS PREOCUPACIONES, SE TORNAN EN UNA PRESTIÓN TAN INTENSA QUE CON FRECUENCIA HAY EL PELIGRO DE PERDER EL SENTIDO DE PRINCIPIO DE REALIDAD.

SUGIERE QUE, SE PUEDE RESUMIR COMO REALMENTE NORMAL, A PERSONAS CON UN RESULTADO POSITIVO AL VIH O SIDA, YA QUE EXPERIMENTAN CIERTO GRADO DE DEPRESIÓN REACTIVA, ESTA TORNA UN NUEVO SIGNIFICADO. AUNQUE ES DIFÍCIL GENERALIZAR Y DECIR, TODAS LAS PERSONAS QUE SE SABEN SEROPOSITIVAS SE DEPRIMEN Y EN CONSECUENCIA DEBEN TRATARSE, HAY QUE CONSIDERAR OTROS ASPECTOS;

1. EN LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES LA REACCIÓN DE DEPRESIÓN REMITIRÁ CON EL TIEMPO.

2. LOS SINTOMAS DE LA DEPRESIÓN Y LA ANSIEDAD DEBEN SEPARARSE DE LOS DE ENFERMEDAD FÍSICA GENUINA COMO SE COMENTO CON ANTERIORIDAD. ES IMPORTANTE EVITAR EL SUPRIMIENTO PSICOLÓGICO CUANDO PUEDE SER PURAMENTE UN FENOMENO FÍSICO O TEMPORAL.

EN MUCHAS FORMAS PRÁCTICAS, LA DEPRESIÓN TAMBIÉN ES UN AISLAMIENTO DEL AMBIENTE -QUE SE CONSIDERA EN SI COMO UN SÍMTO O

PORTE DE CIRCUNSTANCIAS CARGADAS NEGATIVAMENTE.

OTRO ASPECTO IMPORTANTE SOBRE LA DEPRESIÓN ES QUE CADA VEZ HAY MAS PRUEBAS QUE SUGIEREN QUE PUEDE ORIGINAR UNA ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN INMUNOLÓGICA. ESTE TRASTORNO FUNCIONAL QUIZA NO CAUSE PROBLEMAS EN PERSONAS CON SALUD NORMAL, PERO EN OTRAS PARECEN UNA ENFERMEDAD INMUNOLÓGICA. LOS RESULTADOS PUEDEN SER IMPORTANTES. NO SE HA COMPROBADO TOTALMENTE, SIN EMBARGO, EN MUCHAS OBSERVACIONES DONDE LAS PERSONAS ESTÁN DEPRIMIDAS SON MAS SENSIBLES A DOLENCIAS COMUNES E IRRITABLES Y QUE LA FRECUENCIA DE TRASTORNOS CARDIOVASCULARES Y OTROS MAS IMPORTANTES ES MAS ALTA. ADEMÁS, A LA MAYORÍA DE LAS PERSONAS DEPRIMIDAS LES TORNA RELATIVAMENTE MAS TIEMPO RECUPERARSE DE ENFERMEDADES O INFECCIONES CONCURRENTES Y, MAS IMPORTANTE, QUIZA PIERDEN LA VOLUNTAD DE REGRESAR A UN ESTADO DE RELATIVA NORMALIDAD FÍSICA. UN DECIDIR TAL VEZ IGUAL DE IMPORTANTE, ES QUE LAS PERSONAS DEPRIMIDAS PROBABLEMENTE PERDIERON LA MOTIVACION PARA HACER CUALQUIER ESFUERZO POR RESOLVER SUS PROBLEMAS O COLOCARLOS EN UNA PERSPECTIVA MANEJABLE. Y POR ELLO NO SINO PROLONGA SUS SUFRIMIENTO, SINO TAMBIEN PUEDE TENER GRANDES DESVENTAJAS PRÁCTICAS; UNA DE ELLAS ES CUANDO MENOS AL EFECTO QUE TIENE EN SU TRABAJO Y EN SU NUCLEO FAMILIAR YA QUE EL ÁNIMO DECAE DE MANERA CONSIDERABLE JUNTO CON SU PRODUCTIVIDAD.

## 1.6 LA DEPRESIÓN Y VIH/SIDA

ROBIN G, ET AL (1992), SEÑALA QUE SI BIEN, LA DEPRESIÓN CLÍNICA ES EL DESORDEN PSICOLÓGICO MÁS COMÚN OBSERVADO ENTRE LOS PACIENTES CON VIH/SIDA, LA PROPORCIÓN ES MÁS ALTA EN LOS HOMOSEXUALES CON VIH QUE EN LA POBLACIÓN EN GENERAL. LOS PRIMEROS REPORTE DE ENFERMEDADES PSICOLÓGICAS ENTRE AQUELLOS INFECTADOS CON VIH SE DESCRIBEN DESDE EL PRINCIPIO Y HASTA 1987 COMO SÍNTOMAS GENERALES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD. SIN EMBARGO, ESTOS ESTUDIOS RESPONDIERON BÁSICAMENTE A ESCALAS DE PROPORCIÓN DE REPORTE PERSONALES DE SÍNTOMAS.

REFIERE EL AUTOR QUE MÁS RECIENTEMENTE, OTROS INVESTIGADORES VOLUNTARIOS HAN REALIZADO ESTUDIOS MÁS PROFUNDOS DE MUESTRAS EN LA COMUNIDAD, UTILIZANDO INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO ESTRUCTURADOS Y TÉCNICOS CLÍNICOS ENTRENADOS COMO ENTREVISTADORES.

ENCONTRANDO QUE LA PROPORCIÓN DE DESORDENES DEPRESIVOS ENTRE VARONES HOMOSEXUALES CON VIH ES CASI LA MISMA QUE SE DA ENTRE HOMBRES HOMOSEXUALES SIN EL VIH, ASÍ COMO ENTRE SUJETOS DE LA POBLACIÓN EN GENERAL DEL SEXO MASCULINO Y DE LA MISMA EDAD.

EN UN ESTUDIO REALIZADO CON HOMBRES HOMOSEXUALES QUE HABÍAN VIVIDO CON SIDA DURANTE 3 AÑOS POR LO MENOS, SOLAMENTE TRES DE 53 (6 %) ESTABAN DEPRIMIDOS. PORCENTAJES MUY SIMILARES SE REPORTARON EN HOMBRES HOMOSEXUALES QUE UTILIZARON LISTAS DE SÍNTOMAS PARA

AUTOEXAMEN. LO MISMO SE ENCONTRO EN MUJERES NO ADICTAS A LAS DROGAS. SIN EMBARGO, DEBE SEÑALARSE QUE SE HAN ENCONTRADO PORCENTAJES MAS ALTOS EN HOMBRES CON VIH. EN GENERAL, APROXIMADAMENTE ENTRE UN 4 % Y UN 14 % DE HOMBRES Y MUJERES CON VIH NO ADICTAS A LAS DROGAS TIENEN ACTUALMENTE DESORDENES DEPRESIVOS. LA FRECUENCIA EN LA POBLACION GENERAL ES DEL 5 %. REFIERE QUE, ES IMPORTANTE RECONOCER QUE LA MAYORIA DE LAS PERSONAS SEROPOSITIVAS QUE NO TIENEN DESORDENES CLINICOS DEPRESIVOS TIENEN LA TENDENCIA A EXPERIMENTAR PERIODOS DE TRISTEZA Y ANGUSTIA DE VEZ EN CUANDO. ESTOS ESTADOS PASAJEROS NO SE REPORTAN EN FORMA RUTINARIA EN ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS Y POR ENDE, NO EXISTE NINGUN GRUPO DE COMPARACION. SIN EMBARGO, LA AUSENCIA DE DESORDENES DEPRESIVOS EN LA ACTUALIDAD NO NECESARIAMENTE SIGNIFICA UN CONSTANTE ESTADO DE ANIMO SANO O UNA AUSENCIA TOTAL DE ANGUSTIA.

#### EL VIH Y EL SUICIDIO.

UN ESTUDIO RECIENTE PUBLICADO EN EL "JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION" (1992), CITADO EN RADKIN G. (1992) SE HABLA ACERCA DE LOS RIESGOS DE SUICIDIO ENTRE PERSONAS CON SIDA. SE ENCONTRO QUE, MIENTRAS LOS PACIENTES CON SIDA TIENEN UN MAYOR RIESGO DE SUICIDIO, HAY UNA RECIENTE TENDENCIA DESCENDIENTE EN LOS PORCENTAJES DE SUICIDIOS RELACIONADOS CON SIDA ENTRE 1987 Y 1989. ASI MISMO SE MENCIONA ESTE DESCENSO HUY ALENTADOR Y POSTERAMENTE DEBIDO A UN MAYOR OPTIMISMO ENTRE LOS PACIENTES CON

SIDA EN CUANTO A LA CALIDAD DE VIDA Y EL PERÍODO DE SOBREVIVENCIA, ASÍ COMO A NUEVAS TERAPIAS POTENCIALES PARA EL VIH, UNA MEJOR ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA Y UNA EVIDENTE DISMINUCIÓN EN EL ESTIGMA SOCIAL CONTRA LA GENTE CON LA ENFERMEDAD DEL VIH. NO OBSTANTE, LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DEBEN CONSIDERAR EL RIESGO DEL SUICIDIO COMO UNA PARTE INTEGRAL DEL CUIDADO DEL PACIENTE CON VIH.

SE HA SUGERIDO, PERO NO DEMOSTRADO, QUE EL VIH POR SÍ MISMO PROVOCA CAMBIOS EN EL ESTADO DE ANIMO COMO LA DEMENCIA RELACIONADA CON EL SIDA, QUE INDUCE A LA DEPRESIÓN. COMO LO INDICA MARKOWITZ (SIN PUBLICAR), HAY POCO EVIDENCIA PARA SOSTENER CUALQUIERA DE ESTAS HIPÓTESIS. NI STERN (SIN PUBLICAR) NI SUS COLEGAS ENCONTRARON UNA DEPRESIÓN ASOCIADA CON CAMBIOS COGNITIVOS TEMPRANOS EN HOMBRES SEROPOSITIVOS. SUS HALLAZGOS INDICAN QUE, MÁS QUE DEPRESIÓN, LA APATÍA PARECE SER EL EFECTO DOMINANTE EN LA DEMENCIA ASOCIADA CON EL SIDA.

CONSIDERA EL AUTOR QUE EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN AGUDA, DE ACUERDO CON LA DEFINICIÓN DE LA PSIQUIATRÍA MODERNA, REQUIERE DE LA PRESENCIA DE POR LO MENOS CINCO DE NUEVE SÍNTOMAS ESPECÍFICOS DURANTE EL MISMO LAPSO DE DOS SEMANAS. ESTOS DEBEN INCLUIR YA SEA EL PRIMERO O EL SEGUNDO DE LOS SIGUIENTES:

#### 1. ANIMO DEPRIMIDO

2. PERDIDA EVIDENTE DE INTERES Y PLACER EN CASI TODAS LAS ACTIVIDADES
3. PERDIDA O AUMENTO INVOLUNTARIO Y SIGNIFICATIVO DE PESO
4. INSOMNIO O SUEÑO EXCESIVO
5. INTRANQUILIDAD O MOVIMIENTOS Y HABLA LENTOS
6. FATIGA O PERDIDA DE ENERGÍA
7. SENTIMIENTOS DE INUTILIDAD O CULPA EXCESIVA/INADECUADA
8. DISMINUCIÓN EN LA HABILIDAD PARA PENSAR O CONCENTRARSE
9. PENSAMIENTOS SUICIDAS RECURRENTE

LA TAREA DE DIAGNÓSTICO ES COMPLICADA, DEBIDO A QUE MUCHOS DE LOS SÍNTOMAS ARRIBA MENCIONADOS PUEDEN SER PROVOCADOS POR EL MISMO VIH, POR CONDICIONES ESPECÍFICAS RELACIONADAS CON ESTE, E INCLUSIVE POR LOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS PARA EL VIH. AUN MAS, EL DIAGNÓSTICO NO PUEDE HACERSE SI LA ALTERACIÓN ES UNA "REACCIÓN NORMAL" ANTE LA MUERTE DE UN SER QUERIDO. SIN EMBARGO, SI LAS PREGUNTAS SON HECHAS POR UN PROFESIONAL DE LA SALUD CON EXPERIENCIA EN LA DEPRESIÓN Y LA ENFERMEDAD DEL VIH, ES POSIBLE OBTENER UN DIAGNÓSTICO CONFIABLE EN EL CONTEXTO DE DICHO PADECIMIENTO.

#### PSICOTERAPIA

EL AUTOR REFIERE, MUCHOS ESTUDIOS CLÍNICOS INDICAN QUE LA TERAPIA INDIVIDUAL Y LA GRUPAL PUEDEN SER BENEFICAS PARA PACIENTES CON DEPRESIÓN. UN ESTUDIO PILOTO MUY ALENTADOR DE MARKOWITZ Y PERRY (SIN PUBLICAR) SEÑALA QUE 20 DE 23 PACIENTES SEROPositivos



MEJORARON DESPUÉS DE UN PROMEDIO DE CUATRO MESES DE PSICOTERAPIA INTERPERSONAL. LOS AUTORES ESTÁN REALIZANDO UNA PRUEBA CLINICA COMPARATIVA CON DOS FORMAS DE PSICOTERAPIA ESTRUCTURADA: TERAPIA CONDUCTUAL COGNITIVA Y PSICOTERAPIA INTERPERSONAL, CADA UNA DE LAS CUALES INCLUYE UN MANUAL DE ENTRENAMIENTO PARA LOS TERAPEUTAS. EN EL ESTUDIO, LA INTRAPRIMA Y UN MANEJO CLINICO ADICIONAL SON UTILIZADOS. LA IMPRESIÓN QUE TIENEN LOS AUTORES ES DE QUE LOS METODOS PSICOTERAPÉUTICOS SON EFECTIVOS PARA ALIVIAR LA DEPRESIÓN CLÍNICA Y LA ANGSTIA.

CONCLUYE EL AUTOR DE LA EXPERIENCIA, LIMITADA HASTA LA FECHA, INDICA QUE LAS PERSONAS CON LA ENFERMEDAD DEL VII RESPONDEN COMO CUALQUIER OTRA AL TRATAMIENTO COMÚN, Y EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN HA SIDO UNO DE LOS ÉXITOS EN LA HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA.

TAL APORTACIÓN GENERAL TIENE DOS COMPONENTES, EL PRIMERO QUE LA MAYORÍA DE LOS ENFERMOS DE VII NO ESTÁN DEPRIMIDOS. EL SEGUNDO, QUE LOS QUE SUFREN DE DESORDENES CLÍNICOS DEPRESIVOS RESPONDEN BIEN AL TRATAMIENTO.

FIGUEROA A. ET. AL. (1991). LOS AUTORES DE ESTE ESTUDIO CORRELACIONARON DOS INSTRUMENTOS (INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA Y LA ESCALA DE ZUNG QUE MIDE LA DEPRESIÓN). LA MUESTRA FUE TOMADA EN EL CENTRO DE INFORMACIÓN DE CONASIDA DE LA CIUDAD DE MÉXICO. EL

OBJETIVO A DETECTAR SIMULTANEAMENTE LA DEPRESIÓN UTILIZANDO LA ESCALA DE ZUNG PRIMERO Y DESPUÉS LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA. LA MUESTRA ESTUVO COMPRENDIDA DE 530 SUJETOS CON EDAD ENTRE 17 Y 59 AÑOS. DE LOS CUALES 420 ERÁN HOMOSEXUALES, 110 MUJERES, 100 HOMOSEXUALES, 290 HETEROSEXUALES Y 60 BISEXUALES. LOS SUJETOS FUERON POSIBLES INFECTADOS POR EL VIH. DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA A LOS EVALUADOS CON FACTOR DE RIESGO, DETERMINARON PREDOMINANTEMENTE OBSERVAR LOS ESTADOS AFECTIVOS.

LA ESCALA DE ZUNG REPORTÓ 60 CASOS CON UN DIAGNÓSTICO SEVERO DE DEPRESIÓN Y 40 CASOS CON UN DIAGNÓSTICO MENOR, CON RASGOS PEQUEÑOS DE DEPRESIÓN, CONSIDERÁNDOSE "NORMAL", CON PORCENTAJE PROMEDIO DE 40 A 60 PUNTOS.

LOS RESULTADOS OBSERVADOS AL PORCENTAJE DE LA DEPRESIÓN INDICAN QUE LA TOTALIDAD DE LOS EXAMINADOS ES DE 43.3 EN LA ESCALA DE ZUNG.

EL PORCENTAJE DE LOS HETEROSEXUALES TIENE 45.56, EN HOMOSEXUALES 41.44 Y EN BISEXUALES EL 37.5

LOS SUJETOS EXPUESTOS A LA DEPRESIÓN, TIENEN SIGNOS DE TRISTEZA, FALTA DE APETITO, INSOMNIO, FATIGA, PREDOMINANDO ACTITUDES HIPOMANIACAS Y ANSIEDAD.

EN CONCLUSIÓN NO SE TIENEN DATOS SIGNIFICATIVOS EN LOS PROMEDIOS

DE SUJETOS HETEROSEXUALES, HOMOSEXUALES Y BISEXUALES. LA ESCALA DE ZUNG VALORÓ MAYOR DEPRESIÓN EN HETEROSEXUALES, ESTO ES IMPORTANTE EN RASGOS DEPRESIVOS, SIENDO ESTE UN ESTUDIO COMPARATIVO. ESTA PROPUESTA ES PARA COMPARAR UN ESTUDIO DE PROMEDIOS, CON DOS INSTRUMENTOS. TRES MESES DESPUES LOS RESULTADOS SEROLÓGICOS FUERON POSITIVOS.

VIDAL C. ET AL. (1990). LA AUTORA REALIZO UN ESTUDIO DENOMINADO DEPRESIÓN, AGRESIÓN Y SUICIDIO EN PACIENTES CON VIH SEROPOSITIVOS, TENIENDO COMO OBJETIVO, INVESTIGAR Y CONOCER LA RELACION ENTRE LOS EFECTOS PSICOLOGICOS ANTES INDICADOS, ASÍ COMO LOS PRONOSTICOS DE INTENTOS DE SUICIDIO EN LOS PACIENTES SEROPOSITIVOS AL VIH. SE UTILIZO UNA ESCALA DE ACTITUD Y LA PRUEBA DE SACK DE FRASES INCOMPLETAS. LA MUESTRA CONSISTIÓ EN 20 SUJETOS. LOS RESULTADOS INDICARON UNA RELACIÓN SIGNIFICATIVA ENTRE LA DEPRESION Y EL SUICIDIO DE 33.5 Y 47.7 RESPECTIVAMENTE CON  $R = 0.56$ . NO SE APRECIO UNA RELACION IMPORTANTE EN EL CASO DE LA AGRESION. SE OBSERVO UN 47 % DE PROBABILIDADES GENERALES DE SUICIDIO Y DE UN 5 % DE PROBABILIDADES REALES.

CONCLUYE LA AUTORA QUE ESTA INFORMACION REVELA QUE ESTE TIPO DE PACIENTES PADECEN ALTERACIONES EMOCIONALES Y QUE LA ENFERMEDAD SE ASOCIA A UNA DEPRESION PREEXISTENTE. ESTA RELACION PSIQUICA ESPECIAL SE RELACIONA CON LA NEUROSIS. EN EL RESULTADO DE UN CONFLICTO PERMANENTE ENTRE EL DESEO Y LA MORAL. LA DEPRESION PROVOCA UN SENTIMIENTO DE AISLAMIENTO Y RECHAZO.

## II

### METODOLOGIA

## PROBLEMA

QUE RELACION EXISTE EN LA DEPRESION ANTES DE EFECTUARSE LA PRUEBA SEROLOGICA DE ANTICUERPOS DE VIH Y DESPUES DE ENTREGARSE RESULTADO POSITIVO Y NEGATIVO ?

## OBJETIVO

IDENTIFICAR COMO SE MANIFIESTA LA DEPRESION ANTES Y DESPUES EN SUJETOS INFECTADOS Y NO INFECTADOS AL VIH.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

- A) IDENTIFICAR LA DEPRESION EN SUJETOS HOMOSEXUALES INFECTADOS AL VIH.
- B) IDENTIFICAR LA DEPRESION EN SUJETOS BISEXUALES INFECTADOS AL VIH.
- C) IDENTIFICAR LA DEPRESION EN SUJETOS HETEROSEXUALES INFECTADOS AL VIH.
- D) IDENTIFICAR LA DEPRESION EN SUJETOS HOMOSEXUALES NO INFECTADOS AL VIH.
- E) IDENTIFICAR LA DEPRESION EN SUJETOS BISEXUALES NO INFECTADOS AL VIH.
- F) IDENTIFICAR LA DEPRESION EN SUJETOS HETEROSEXUALES NO

INFECTADOS AL VIH.

### HIPÓTESIS

H 1 (A). EXISTE RELACION DE LA DEPRESION ANTES DE EFECTUARSE LA PRUEBA SEROLOGICA Y DESPUES DE ENTREGARSE RESULTADOS EN SUJETOS INFECTADOS AL VIH.

H 1 (B). EXISTE RELACION DE LA DEPRESION ANTES DE EFECTUARSE LA PRUEBA SEROLOGICA Y DESPUES DE ENTREGARSE RESULTADOS EN SUJETOS NO INFECTADOS AL VIH.

H 1 (C). EXISTE RELACION DE LA DEPRESION ANTES DE EFECTUARSE LA PRUEBA SEROLOGICA Y DESPUES DE ENTREGARSE RESULTADOS EN SUJETOS DE ACUERDO A SU CONDICION SEXUAL.

H0. NO EXISTE RELACION ENTRE VARIABLES.

H1. SI EXISTE RELACION SIGNIFICATIVA EN DEPRESION ANTES Y DESPUES DE ENTREGARSE RESULTADOS DE LA PRUEBA SEROLOGICA AL VIH EN SUJETOS MASCULINOS HOMOSEXUALES.

H2. SI EXISTE RELACION SIGNIFICATIVA EN DEPRESION ANTES Y DESPUES DE ENTREGARSE RESULTADOS DE LA PRUEBA SEROLOGICA AL VIH EN SUJETOS MASCULINOS BISEXUALES.

H3. SI EXISTE RELACION SIGNIFICATIVA EN DEPRESION ANTES Y DESPUES DE ENTREGARSE RESULTADOS DE LA PRUEBA SEROLOGICA AL VIH EN SUJETOS MASCULINOS HETEROSEXUALES.

H4. SI EXISTE RELACION SIGNIFICATIVA EN DEPRESION ANTES Y DESPUES DE ENTREGARSE RESULTADOS DE LA PRUEBA SEROLOGICA AL VIH EN SUJETOS FEMENINOS HETEROSEXUALES.

#### DEFINICIÓN DE VARIABLES

VIH POSITIVO (INFECTADO): ES LA PERSONA A QUIEN SE HA DETECTADO SER PORTADOR DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA MEDIANTE LA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS A TRAVÉS DEL MÉTODO DE ELISA Y WESTERN BLOT.

VIH NEGATIVO (NO INFECTADO): ES LA PERSONA A QUIEN NO SE HA DETECTADO SER PORTADOR DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA MEDIANTE LA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS A TRAVÉS DEL MÉTODO DE ELISA.

DEPRESIÓN: ALTERACION DE LA VIDA PSÍQUICA QUE AFECTA EL HUMOR, ORIENTÁNDOLO HACIA LA TRISTEZA Y EL DOLOR MORAL.

PREFERENCIA HOMOSEXUAL: CONDICIÓN ÍNTIMA DE DOS SUJETOS DEL MISMO SEXO.

PREFERENCIA BISEXUAL: CONDICIÓN ÍNTIMA CON SUJETOS DE SU MISMO SEXO Y DEL SEXO OPUESTO.

PREFERENCIA HETEROSEXUAL: CONDICIÓN ÍNTIMA DE DOS SUJETOS DE DIFERENTE SEXO.

#### VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: 1.- PRUEBA DEL ZUNIG

2.- GRUPOS INFECTADOS Y NO INFECTADOS

3.- PREFERENCIA SEXUAL.

VARIABLE DEPENDIENTE : RESULTADOS DE LA PRUEBA DEL ZUNIG

#### UNIVERSO

POBLACION: PERTENECE A SUJETOS QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA AL HOSPITAL JUÁREZ Y CONASIDA DE LA CIUDAD DE MEXICO.

#### MUESTRA

QUEDE CONSTITUIDA POR 60 SUJETOS, CONFORMADA POR 54 HOMBRES Y 6 MUJERES, CUYAS EDADES FLUCTÚAN ENTRE LOS 17 Y 43 AÑOS , QUE SOLICITAN REALIZARSE LA PRUEBA SEROLÓGICA DEL VIH EN DOS INSTITUCIONES YA SEÑALADAS.



#### TIPO DE MUESTREO

MUESTREO NO PROBABILÍSTICO POR CUOTAS, YA QUE SE SELECCIONARON A SUJETOS TANTO MASCULINOS Y FEMENINOS DE ACUERDO A CRITERIOS ESPECÍFICOS, TALES COMO EDAD, PREFERENCIA SEXUAL Y PROBABLE INFECCIÓN POR VIH (PICK Y LÓPEZ, 1979)

#### TIPO DE INVESTIGACIÓN

PRETEST, POSTEST, CON DOS GRUPOS INDEPENDIENTES.

#### DE CAMPO

YA QUE, SEGÚN KERLINGER (1979) LOS ESTUDIOS DE CAMPO SE CARACTERIZAN POR ESTAR ENCAMINADOS A DESCUBRIR, LAS RELACIONES O INTERACCIONES ENTRE VARIABLES SOCIOLOGICAS, PSICOLÓGICAS Y EDUCACIONALES EN ESTRUCTURAS SOCIALES REALES, ESTO ES, AQUELLOS TRABAJOS QUE EN FORMA SISTEMÁTICA BUSQUEN RELACIONES QUE PRUEBEN HIPÓTESIS, REALIZÁNDOSE ESTOS EN ESCENARIOS NATURALES, COMO INSTITUCIONES, ETC.

#### EXPLORATORIO

CON LA FINALIDAD DE LOGRAR UNA APROXIMACIÓN AL FENÓMENO Y LOS EVENTOS QUE SUCEDEN ALREDEDOR, PUESTO QUE NO SE HAN REALIZADO OTROS ESTUDIOS EN LA CIUDAD DE MÉXICO (PICK Y LÓPEZ, 1979)

#### TRANSVERSAL

PORQUE EL ESTUDIO SE REALIZO EN UN MOMENTO DETERMINADO

## DISEÑO

SE TRABAJÓ CON UN DISEÑO DE DOS GRUPOS ANTES Y DESPUÉS SIN TRATAMIENTO EXTRAÍDO DE UNA POBLACIÓN ESPECÍFICA, TENIENDO COMO PROPOSITO CONOCER SI EL INDICE DE AUTOMEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN (AMD) MIDE DEPRESIÓN EN SUJETOS ANTES DE EFECTUARSE LA PRUEBA SEROLÓGICA AL VIH Y DESPUÉS DE ENTREGARSE RESULTADO DE VIH + (PICK Y LÓPEZ, 1979)

## INSTRUMENTO

EN EL PRESENTE ESTUDIO SE UTILIZÓ LA ESCALA DE AUTOMEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN (AMD) CREADA POR LOS DOCTORES WILLIAMS W. K. ZUNG Y MC. DURHAM, (1965) INVESTIGADORES DE PSIQUIATRÍA DEL CENTRO MÉDICO DE LA UNIVERSIDAD DE DUKE DEL HOSPITAL DE ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS Y MIEMBROS DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA. SE UTILIZÓ SU ESCALA POR SU CONFIABILIDAD, VALIDEZ, SENCILLEZ Y FÁCIL OBTENCIÓN DE DATOS.

CON LA NECESIDAD DE EVALUAR LA DEPRESIÓN YA COMO EFECTOS, SÍNTOMA O ENFERMEDAD, DE UNA MANERA SENCILLA Y ESPECÍFICAMENTE COMO UNA ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA. ZUNG Y DURHAM CONSIDERARON QUE LAS ESCALAS DE DEPRESIÓN EXISTENTES ERAN INADECUADAS, YA QUE ERAN EXTENSAS Y REQUERIAN DE MAYOR TIEMPO PARA SU APLICACIÓN.

ES ASÍ, QUE ELABORARON LA ESCALA, REUNIENDO LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

1. ES APLICABLE A ENFERMOS CON DIAGNÓSTICO PRIMARIO DE DEPRESIÓN.
2. QUE REÚNA LOS SÍNTOMAS MÁS REPRESENTATIVOS DE LA DEPRESIÓN.

3. ES BREVE Y SENCILLA
4. DE APLICACION MAS CUANTITATIVA QUE CUALITATIVA.
5. AUTOADMINISTRABLE.

LA PRUEBA CONSTA DE 20 ITEMS Y FUE CREADA DE MODO QUE 10 ITEMS SON EXPRESADOS EN FORMA DE SINTOMA POSITIVO Y 10 EXPRESADOS EN SINTOMA NEGATIVO, ESTOS SE CONSTRUYEN EN BASE A CRITERIOS CLINICOS COMUNMENTE USADOS PARA CARACTERIZAR LOS DESORDENES DEPRESIVOS, LA REDACCION DE LAS FRASES ESTAN BASADAS EN MATERIAL DE ENTREVISTAS CON PACIENTES Y ELEGIDOS CON LO MAS REPRESENTATIVO DEL SINTOMA ESPECIFICO.

CUANDO SE APLICA EL AMD, SE PIDE AL SUJETO QUE CALIFIQUE CADA UNO DE LOS 20 ITEMS O FRASES EN EL MOMENTO DE HACER LA PRUEBA, EXISTEN CUATRO TERMINOS CUANTITATIVOS QUE TIENEN VALORES NUMERICOS DEL 1 AL 4 Y SON: NINGUNA O POCAS VECES, ALGUNAS VECES, LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO, LO MAS O TODAS LAS VECES.

LA ESCALA ESTA CONSTRUIDA DE TAL FORMA QUE EL PACIENTE MENOS DEPRIMIDO Y CON MENOS MUELESTIAS TENGA LA MARCA MAS BAJA Y EL PACIENTE MAS DEPRIMIDO Y CON MAYORES MUELESTIAS TENGA LA MAS ALTA. EL INDICE PARA LA AMD SE DERIVA DE LA SUMA DE LOS VALORES DE LA CALIFICACION CRUDA OBTENIDA DE LOS 20 ITEMS Y SE DIVIDE POR LA CALIFICACION MAXIMA POSIBLE QUE ES DE 80, CONVERTIDA A DECIMALES Y MULTIPLICADO POR 100.

LA AMD FUE APLICADA PARA SU VALIDEZ DURANTE UN PERÍODO DE CINCO MESES EN EL SERVICIO PSIQUIÁTRICO DEL HOSPITAL DE DUKE, UN GRUPO CONTROL Y A UNO EXPERIMENTAL, RESULTANDO TENER VALIDEZ Y CONFIABILIDAD, SIENDO UNA VALIOSA AYUDA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN.

UNA VEZ QUE SE HA OBTENIDO EL ÍNDICE AMD, SE PROCEDE EL DIAGNÓSTICO FINAL DE LA SIGUIENTE MANERA:

DIAGNOSTICO DE GRUPOS	INDICE AMD	RANGOS
DE VALORACION		
CONTROLES NORMALES	33	25-43
DEPRIMIDOS HOSPITALIZADOS	74	50-78
DEPRIMITOS AMBULATORIOS	64	63-90
REACCIONES DE ANSIEDAD	53	40-68

SI UNA MUESTRA ARROJA UN RESULTADO QUE CAE EN DOS DIAGNÓSTICOS, SE SUGIERE REVISAR LAS PREGUNTAS UNA POR UNA PARA ACLARAR, CUAL CORRESPONDE A PUNTUACIONES MÁS ALTAS Y POR CONSIGUIENTE, ASÍ SABER A DUE GRUPO CORRESPONDE DICHO SUJETO ( VER ANEXO A Y B).

LARA, H. Y RAMIREZ, L. (1976) REALIZARON EN 1976 UN ESTUDIO EN LA CIUDAD DE MEXICO CON EL PROPOSITO DE ADAPTAR Y ESTANDARIZAR LA AMD A NUESTRO PAÍS, EN EL ESTUDIO SE INCLUYERON ENFERMOS PSIQUIÁTRICOS, ENFERMOS NO PSIQUIÁTRICOS Y SUJETOS SANOS QUE SE ENCONTRABAN ENTRE LOS 17 Y 64 AÑOS. SE UTILIZO COMO PRUEBA

CONTROL EL MMPI, LOS RESULTADOS OBTENIDOS PERMITIERON CONCLUIR QUE LA ESCALA Y SUS NORMAS DE CALIFICACION SON VALIDAS PARA NUESTRO PAIS Y QUE AMD ES UN INSTRUMENTO QUE AYUDA EN LA DETECCION DE LA DEPRESTON COMO SINDROME Y DE LA DEPRESTON OCULTA EN OTROS SINTOMAS.

#### PROCEDIMIENTO

LA INVESTIGACION SE LLEVO A CABO EN LAS INSTITUCIONES DE CONASIDA Y HOSPITAL JUAREZ, LAS CUALES SE DEDICAN A DAR ATENCION A PACIENTES QUE SOLICITAN EL SERVICIO SEROLOGICO AL VIH. SE APLICO EL INSTRUMENTO, EN EL DEPARTAMENTO DE ADMISION Y EPIDEMIOLOGICO RESPECTIVAMENTE A POSTILOS INFECTADOS POR EL VIH.

SELECCIONANDO DE MANERA PREVIA A LOS SUJETOS, UTILIZANDO LOS DATOS DE SOLICITUD LLENADA POR ESTOS, ESPERANDO QUE CUBRIERAN DOS CONDICIONES: UNA, QUE SE ENCONTRARAN INFECTADOS EN UN GRUPO Y DOS, QUE NO ESTUVIERAN INFECTADOS EN EL OTRO GRUPO.

UNA VEZ QUE LOS SUJETOS FUERON SELECCIONADOS, SE PROCEDIO A LA APLICACION DEL INSTRUMENTO. PRIMERO LLENARON LA FICHA DE IDENTIFICACION PARA OBTENER DATOS GENERALES (FECHA DE NACIMIENTO, LUGAR DE NACIMIENTO, SEXO, ESCULARIDAD, ETC.). POSTERIORMENTE SE LES PIDIO QUE CONTESTARAN LA ESCALA DE AUTOMEDICION DE LA DEPRESTON DE ZUNG, DÁNDOLES LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES.

"A CONTINUACION SE PRESENTA UNA SERIE DE PREGUNTAS, SE LES PIDE QUE LAS CONTESTE DE ACUERDO A SU CRITERIO, MARCANDO EN PARANTESIS EL NUMERO QUE CONSIDERE CORRECTO. NO DEBE MARCAR MÁS DE DOS

OPCIONES. NI DEJAR DE CONTESTAR ALGUNA PREGUNTA".

UNA VEZ APLICADA LA ESCALA SE PROCEDE A UN ANÁLISIS ESTADÍSTICO, POR MEDIO DEL CUAL SE OBTUVIERON RESULTADOS Y CON ESTOS SE CONSIDERARA LAS HIPÓTESIS DE TRABAJO, TANTO PARA SU ACEPTACIÓN Y/O RECHAZO, ASÍ COMO LA DISCUSION CON LOS ESTUDIOS PREVIOS AL PRESENTE.

**RESULTADOS**

LOS RESULTADOS SE OBTUVIERON A TRAVÉS DEL PAQUETE ESTADÍSTICO PARA LAS CIENCIAS SOCIALES ( SPSS ); DENTRO DE ESTE PAQUETE SE UTILIZARON CUATRO PRUEBAS ESTADÍSTICAS:

EL PRIMERO DE ELLOS DE TIPO DESCRIPTIVO, EL CUAL PERMITIÓ OBTENER TABLAS DE FRECUENCIA, ASÍ COMO MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DISPERSIÓN. LOS RESULTADOS DE ESTA PRIMERA PARTE SE PRESENTAN EN FUNCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS QUE DESCRIBEN A LA MUESTRA DE SUJETOS INFECTADOS Y NO INFECTADOS POR EL ( VIII ). LOS RESULTADOS FUERON LOS SIGUIENTES.

CUADRO 1 DISTRIBUCION DE SUJETOS INFECTADOS

CONDICION SEXUAL	NO. DE SUJETOS	PORCENTAJE
MASC. HETEROSEXUAL	13	43.3
FEM. HETEROSEXUAL	3	10.0
MASC. HOMOSEXUAL	11	37.7
MASC. BISEXUAL	3	10.0
TOTAL	30	100.0%

EL CUADRO 1. PRESENTA UN TOTAL DE 30 SUJETOS INFECTADOS; SOLICITANTES DE EFECTUARSE LA PRUEBA SEROLÓGICA AL VIH, 13 SUJETOS MASCULINO HETERÓSEXUAL, 3 FEMENINO HETEROSEXUAL, 11 MASCULINO HOMOSEXUAL, Y 3 MASCULINO BISEXUAL, POR LO QUE SE OBSERVA QUE EXISTE UN NÚMERO MAYOR DE HOMBRES INFECTADOS.



OBSERVA QUE EXISTE UN NÚMERO MAYOR DE HOMBRES INFECTADOS.

CUADRO 2. DISTRIBUCIÓN POR EDAD

EDAD	NU. DE SUJETOS	PORCENTAJE
19	1	3.3
22	2	6.7
24	3	10.0
25	1	3.3
26	2	6.7
27	4	13.3
28	1	3.3
29	4	13.3
30	1	3.3
31	3	10.0
32	1	3.3
33	2	6.7
38	2	6.7
39	1	3.3
42	1	3.3
43	1	3.3
TOTAL	30	100.0 %

EL CUADRO 2. MUESTRA LA FRECUENCIA POR EDADES, ENCONTRANDO UN ÍNDICE PROMEDIO DE 27 AÑOS CON UN RANGO DE 19 A 43 AÑOS.

CUADRO 3

## DISTRIBUCIÓN POR ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	NO. DE SUJETOS	PORCENTAJE
PRIMARIA	7	13.3
SECUNDARIA	16	53.3
PREPARATORIA	5	16.7
PROFESIONAL	2	6.7
TOTAL	30	100.0 %

EL CUADRO 3. PRESENTA A LA ESCOLARIDAD, ENCONTRANDO QUE PARA EL TOTAL DE LA MUESTRA, 53.3 % CUENTA CON SECUNDARIA Y SOLO, 6.7 % CUENTA CON ESTUDIOS PROFESIONALES.

CUADRO 4. DISTRIBUCION DE SUJETOS NO INFECTADOS

CONDICION SEXUAL	NO. DE SUJETOS	PORCENTAJE
MASC. HETEROSEXUAL	13	43.3
FEM. HETEROSEXUAL	3	10.0
MASC. HOMOSEXUAL	11	36.7
MASC. BISEXUAL	3	10.0
TOTAL	30	100.0 %

EL CUADRO 4. PRESENTA UN TOTAL DE 30 SUJETOS, SOLICITANTES DE EFECTUARSE LA PRUEBA SEROLÓGICA AL VIH Y QUE TUVIERON UN RESULTADO NEGATIVO, ENCONTRANDO QUE LA MAYORÍA SON MASCULINOS HETEROSEXUALES (43.3 %)

CUADRO 5 DISTRIBUCIÓN POR EDAD

EDAD	NO. DE SUJETOS	PORCENTAJE
17	1	3.1
19	1	3.3
20	1	3.3
21	4	13.3
23	2	6.7
24	2	6.7
26	2	6.7
27	1	3.3
29	3	10.0
30	4	13.3
32	1	3.3
33	3	10.0
34	2	6.7
37	2	6.7
43	1	3.3
TOTAL	30	100.0 %

EL CUADRO 5 MUESTRA LA FRECUENCIA POR EDADES, ENCONTRANDO UN ÍNDICE PROMEDIO DE 21 AÑOS, CON UN RANGO DE 17 A 43 AÑOS.

### CUADRO 6 DISTRIBUCIÓN POR ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	NO. DE SUJETOS	PORCENTAJE
PRIMARIA	1	3.3
SECUNDARIA	28	93.3
PREPARATORIA	1	3.3
PROFESIONAL	0	0
TOTAL	30	100.0 %

EL CUADRO 6. PRESENTA A LA ESCOLARIDAD, ENCONTRANDO QUE PARA EL TOTAL DE LA MUESTRA EL 93.3 % CUANTA CON SECUNDARIA Y NINGUNO CUENTA CON ESTUDIOS PROFESIONALES, EN LA MUESTRA DE NO INFECTADOS.

A CONTINUACIÓN SE PRESENTAN LOS RESULTADOS A TRAVÉS DE UN PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO INFERENCIAL, EL CUAL CONSISTE EN: ANÁLISIS DE CORRELACIÓN DE PEARSON, EL ANÁLISIS DE VARIANZA (ANOVA) ASÍ COMO T STUDENT. CON EL OBJETO DE TRATAR DE ENCONTRAR LA RELACIONES ENTRE LA VARIABLES EN ESTUDIO (CONDICIÓN SEXUAL, EDAD Y ESCOLARIDAD) CONSIDERANDO ÚNICAMENTE PARA LAS HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN LA CONDICIÓN SEXUAL. CORRELACIONADAS CON LA DEPRESIÓN. Y OBSERVAR SI HAY SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA O NO.

## CORRELACION DE PEARSON

CUADRO 7

### DEPRESIÓN EN SUJETOS MASCULINOS HETEROSEXUALES

CORRELACIÓN	ANTES	DESPUES	EDAD	ESCOLARIDAD
ANTES	1.0	<u>0.2511</u>	0.0828	0.0403
DESPUES	0.2511	1.0	-0.0421	0.0774
EDAD	0.0828	-0.2421	1.0	0.3643
ESCOLARIDAD	0.0403	0.0774	0.3643	1.0

NUMERO TOTAL DE SUJETOS 26. CORRESPONDIENDO 13 AL GRUPO DE ANTES, Y 13 AL GRUPO DESPUES.

SI EXISTE CORRELACION DE LA DEPRESION EN LOS SUJETOS HETEROSEXUALES ANTES DE EFECTUARSE LA PRUEBA SEROLÓGICA Y DESPUES DE LA ENTREGA DE RESULTADO CON VIH (+) INDICADO EN EL VALOR DE 0.2511, SEÑALADO EN LAS HIPOTESIS DE TRABAJO NO. 3 Y 4 QUE DICE, SI EXISTE RELACION SIGNIFICATIVA EN DEPRESION ANTES Y DESPUES DE ENTREGARSE RESULTADOS DE LA PRUEBA SEROLÓGICA AL VIH EN SUJETOS HETEROSEXUALES. (VER PAGINA NO. 72).

CUADRO 8

DEPRESIÓN EN SUJETOS FEMENINOS HETEROSEXUALES

CORRELACIÓN	ANTES	DESPUÉS	EDAD	ESCOLARIDAD
ANTES	1.0	<u>0.6156</u>	-0.8063	-0.3370
DESPUÉS	0.6156	1.0	-0.3410	0.0555
EDAD	-0.8063	-0.3410	1.0	0.6441
ESCOLARIDAD	-0.3370	0.0555	0.6441	1.0

NÚMERO DE SUJETOS 6, CORRESPONDIENDO 3 AL GRUPO DE ANTES Y 3 AL GRUPO DESPUÉS.

SI EXISTE CORRELACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN LOS SUJETOS FEMENINOS HETEROSEXUALES ANTES DE EFECTUARSE LA PRUEBA SEROLÓGICA Y DESPUÉS DE LA ENTREGA DE RESULTADOS CON VIH (+). INDICADO EN EL VALOR 0.6156. SEÑALADO EN LA HIPÓTESIS DE TRABAJO NO. 4. QUE DICE, SI EXISTE RELACION SIGNIFICATIVA EN DEPRESION ANTES Y DESPUÉS DE ENTREGARSE RESULTADOS DE LA PRUEBA SEROLÓGICA AL VIH EN SUJETOS FEMENINOS HETEROSEXUALES.

CUADRO NO. 9

DEPRESIÓN EN SUJETOS MASCULINOS HOMOSEXUALES

CORRELACION	ANTES	DESPUÉS	EDAD	ESCOLARIDAD
ANTES	1.0	<u>0.7369</u>	0.0587	-0.0835
DESPUÉS	0.07369	1.0	0.0846	-0.1858
EDAD	0.0587	0.0846	1.0	0.3131
ESCOLARIDAD	-0.0835	-0.1858	0.3131	1.0

NÚMERO TOTAL DE SUJETOS 22, CORRESPONDIENDO 11 AL GRUPO DE ANTES, Y 11 AL GRUPO DESPUÉS.

SÍ EXISTE CORRELACION DE LA DEPRESIÓN EN LOS SUJETOS MASCULINOS HOMOSEXUALES ANTES DE EFECTUARSE LA PRUEBA SEROLÓGICA Y DESPUÉS DE LA ENTREGA DE RESULTADOS CON VIH(+). INDICADO EN EL VALOR DE 0.7369. SEÑALADO EN LA HIPÓTESIS DE TRABAJO NO. 1 QUE DICE, SI EXISTE RELACIÓN SIGNIFICATIVA EN DEPRESIÓN ANTES Y DESPUÉS DE ENTREGARSE RESULTADOS DE LA PRUEBA SEROLÓGICA AL VIH EN SUJETOS HOMOSEXUALES.

CUADRO NO. 10

DEPRESIÓN EN SUJETOS MASCULINOS BISEXUALES.

CORRELACIÓN	ANTES	DESPUES	EDAD	ESCOLARIDAD
ANTES	1.0	0.1566	0.2732	0.4270
DESPUES	0.1566	1.0	-0.6035	0.4628
EDAD	0.2732	-0.6035	1.0	0.2267
ESCOLARIDAD	0.4270	0.4628	0.2267	1.0

NÚMERO TOTAL DE SUJETOS 6, CORRESPONDIENDO 3 AL GRUPO DE ANTES Y 3 AL GRUPO DESPUÉS.

NO EXISTE CORRELACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN LOS SUJETOS MASCULINOS BISEXUALES. YA QUE NINGUN VALOR LO INDICA. POR LO TANTO LA HIPÓTESIS DE TRABAJO NO. 2 SE RECHAZA, QUE DICE, SI EXISTE RELACION SIGNIFICATIVA EN DEPRESION ANTES Y DESPUÉS DE ENTREGARSE RESULTADOS DE LA PRUEBA SEROLÓGICA AL VIH EN SUJETOS BISEXUALES.



## ANÁLISIS DE VARIANZA

SE ANALIZO LA DEPRESIÓN, EN SUJETOS ANTES DE EFECTUARSE LA PRUEBA SEROLÓGICA AL VIII, DE ACUERDO A ANOVA Y AL NÚMERO TOTAL DE SUJETOS,  $\bar{x} = 51.37$ , POR LO TANTO LOS VALORES IGUAL O MAYOR A ANOVA, SE CONSIDERAN ACEPTADOS.

### CUADRO NO. 11

MEDIAS DE DEPRESIÓN ENTRE SUJETOS INFECTADOS Y NO INFECTADOS.

SUJETOS INFECTADOS	SUJETOS NO INFECTADOS
<u>53.77</u>	48.97
(30)	(30)

EL VALOR EN DEPRESIÓN DE LOS SUJETOS INFECTADOS ES SEMEJANTE Y MAYOR (53.77) AL NÚMERO TOTAL ( $\bar{x} = 51.37$ ). POR LO TANTO LA VARIANZA ES SIGNIFICATIVA EN LOS SUJETOS INFECTADOS ( $F = 12,182$ ,  $P = .001$ ), OBSERVÁNDOSE COMO YA SE MENCIONÓ QUE LOS INFECTADOS PRESENTAN UN MAYOR GRADO DE DEPRESIÓN QUE LOS NO INFECTADOS. COMO SE INDICA EN LA HIPÓTESIS DE TRABAJO  $H_1$  (A) QUE DICE, EXISTE RELACIÓN DE LA DEPRESIÓN ANTES DE EFECTUARSE LA PRUEBA SEROLÓGICA Y DESPUÉS DE ENTREGARSE RESULTADOS EN SUJETOS INFECTADOS.

CUADRO NO. 12

CONDICIÓN SEXUAL

MASC. HETERO	FEM. HETERO	MASC. HOMO.	MASC. BISEX.
42.92	<u>53.17</u>	<u>53.91</u>	48.67
(26)	(6)	(22)	(6)

LOS VALORES EN DEPRESIÓN DE LOS SUJETOS FEMENINOS HETEROSEXUALES ( $X = 53.17$ ) Y MASCULINOS HOMOSEXUALES ( $X = 53.91$ ), SON SEMEJANTES Y MAYORES AL VALOR TOTAL  $X = 51.37$ , INDICANDO UNA MAYOR VARIANZA, EN ESTOS GRUPOS FUERON EN LOS QUE SE OBTUVO UNA CALIFICACIÓN DE DEPRESIÓN, ENCONTRANDO UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA CON LOS GRUPOS RESTANTES, ( $F = 3.567.$ ,  $P = .020$ ). INDICADA EN LA HIPÓTESIS NO. 1.

CUADRO NO. 13

CONDICIÓN SEXUAL EN SUJETOS INFECTADOS Y NO INFECTADOS.

	MASC. HETE.	FEM HETE.	MASC. HOMO	MASC. BISE
INFECTA.	50.00	<u>59.33</u>	<u>57.64</u>	50.33
	(13)	(3)	(11)	(3)
NO INFECC.	48.25	47.00	50.18	47.00
	(13)	(3)	(11)	(3)

LOS VALORES EN DEPRESIÓN DE SUJETOS FEMENINOS HETEROSEXUALES, ( $X = 59.33$ ) Y MASCULINO HOMOSEXUAL ( $X = 57.64$ ), DE LA MUESTRA DE SUJETOS INFECTADOS, SON MAYORES AL VALOR TOTAL ( $X = 51.37$ ), INDICANDO UNA MAYOR VARIANZA, EN ESTOS GRUPOS FUERON EN LOS QUE SE OBTUVO UNA CALIFICACIÓN DE DEPRESIÓN, ENCONTRANDO UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA CON LOS GRUPOS RESTANTES ( $F = 3.567$ ,  $P = 0.020$ ). INDICADA EN LA HIPOTESIS DE TRABAJO H<sub>1</sub> (C).

DEPRESION EN SUJETOS DESPUES DE LA ENTREGA DE RESULTADOS CON VIH POSITIVO, DE ACUERDO A ANOVA Y AL NÚMERO TOTAL DE SUJETOS, ( $\bar{x} = 51.72$ ), POR LO TANTO LOS VALORES SEMEJANTES O MAYORES A ANOVA, SE CONSIDERAN ACEPTADOS.

CUADRO NO. 14

MEDIAS DE DEPRESIÓN ENTRE SUJETOS INFECTADOS Y NO INFECTADOS.

SUJETOS INFECTADOS	SUJETOS NO INFECTADOS
<u>(54.57)</u>	(48.87)
(30)	(30)

EL VALOR EN DEPRESIÓN DE LOS SUJETOS INFECTADOS ES MAYOR ( $\bar{x} = 54.57$ ) AL NÚMERO TOTAL ( $\bar{x} = 51.72$ ). POR LO TANTO LA VARIANZA ES SIGNIFICATIVA EN LOS SUJETOS INFECTADOS ( $F = 12,182.$ ,  $P = .001$ ), OBSERVÁNDOSE QUE LOS SUJETOS INFECTADOS PRESENTAN UN MAYOR GRADO DE DEPRESION QUE LOS SUJETOS NO INFECTADOS DESPUES DE LA ENTREGA DE RESULTADOS. INDICADA EN LA HIPÓTESIS DE TRABAJO H T (A).

CUADRO NO. 15

CONDICION SEXUAL

MEDIAS DE DEPRESION ENTRE SUJETOS INFECTADOS Y NO INFECTADOS.

MASC. HETERO.	FEM. HETERO.	MASC. HOMO.	MASC. BISE.
50.92	48.33	<u>53.68</u>	<u>51.33</u>
(26)	(6)	(22)	(6)

LOS VALORES EN DEPRESION DE SUJETOS MASCULINOS HOMOSEXUALES ( $X = 53.68$ ) Y MASCULINOS DISEXUALES ( $X = 51.33$ ), ES MAYOR Y SEMEJANTE RESPECTIVAMENTE AL VALOR TOTAL  $X = 51.72$ . INDICANDO UNA MAYOR VARIANZA, EN ESTOS GRUPOS FUERON EN LOS QUE SE OBTUVO UNA CALIFICACION DE DEPRESION, ENCONTRANDO UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA CON LOS GRUPOS RESTANTES ( $F = 9.970.$ ,  $P = .001$ ). INDICADA EN LA HIPOTESIS DE TRABAJO H T (C).

CUADRO NO. 16

CONDICIÓN SEXUAL

MEDIAS DE DEPRESIÓN EN SUJETOS INFECTADOS Y NO INFECTADOS.

	MASC HETE	FEM HETE	MASC HOMO	MASC BISEX
INFEC.	50.00	50.00	<u>61.73</u>	<u>52.67</u>
	(13)	(3)	(11)	(3)
NO INFEC	51.85	46.67	45.64	50.00
	(13)	(3)	(11)	(3)

LOS VALORES EN DEPRESIÓN DE SUJETOS MASCULINOS HOMOSEXUALES ( $\bar{X} = 61.73$ ) Y MASCULINOS BISEXUALES ( $\bar{X} = 52.67$ ) EN SUJETOS INFECTADOS, SON MAYORES AL VALOR TOTAL ( $\bar{X} = 51.37$ ), INDICANDO UNA MAYOR VARIANZA, EN ESTOS GRUPOS FUERON EN LOS QUE SE OBTUVO UNA CALIFICACIÓN DE DEPRESIÓN, ENCONTRANDO UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA CON LOS GRUPOS RESTANTES ( $F = 9.970$ ,  $P = .001$ ). INDICADA EN LA HIPOTESIS DE TRABAJO H 1 (A).

## "T" STUDENT

### CUADRO NO. 17

SE ANALIZÓ LA DEPRESIÓN EN SUJETOS INFECTADOS ANTES DE EFECTUARSE LA PRUEBA SEROLÓGICA AL VIH Y DESPUÉS DE ENTREGARSE RESULTADOS VIH POSITIVOS. OBSERVÁNDOSE UN VALOR DE  $T = -.62$  CON GRADOS DE LIBERTAD = 29 Y CON UNA PROBABILIDAD .540. INDICANDO QUE NO EXISTE UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA.

SE ANALIZÓ LA DEPRESIÓN EN SUJETOS NO INFECTADOS ANTES DE EFECTUARSE LA PRUEBA SEROLÓGICA AL VIH Y DESPUÉS DE ENTREGARSE RESULTADOS VIH POSITIVOS. OBSERVÁNDOSE UN VALOR DE  $T = .08$  CON GRADOS DE LIBERTAD = 29 Y CON UNA PROBABILIDAD .938. INDICANDO QUE NO EXISTE UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA.

AMBAS INDICADAS EN LAS HIPÓTESIS DE TRABAJO  $H_0$  (A) Y  $H_0$  (B).

#### IV

### DISCUSION Y CONCLUSIONES



EL PROPÓSITO DE ESTE ESTUDIO FUE EL IDENTIFICAR QUE RELACIÓN EXISTE EN LA DEPRESIÓN ANTES DE EFECTUARSE LA PRUEBA SEROLÓGICA DE ANTICUERPOS DE VIH Y DESPUÉS DE ENTREGARSE RESULTADOS POSITIVOS Y NEGATIVOS, A UN GRUPO DE SUJETOS EXPUESTOS A RIESGO, QUE SOLICITAN REALIZARSE LA PRUEBA DE MANERA VOLUNTARIA.

CABE ACLARAR QUE LOS DATOS COMO; EDAD Y ESCOLARIDAD SE UTILIZARON ÚNICAMENTE PARA OBTENER INFORMACIÓN DE LOS SUJETOS. PERO NO SON RELEVANTES PARA ESTE ESTUDIO. TAL VEZ PARA FUTURAS INVESTIGACIONES.

EN RELACION AL ESTUDIO, SE REPORTA LA INVESTIGACIÓN REALIZADA POR RABKIN G. (1992), ASOCIADO EL EFECTO DEPRESIÓN CON LA INFECCIÓN AL VIH/SIDA, ASÍ MISMO FIGUEROA (1991) (MÉXICO, CONASIDA) ASOCIA LA DEPRESIÓN EN SUJETOS DE RIESGO CON PROBABILIDAD DE ESTAR INFECTADOS POR EL VIH, LOS CUALES DIFIEREN DE LOS RESULTADOS DEL PRESENTE ESTUDIO.

EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN ESTA INVESTIGACIÓN, LA DEPRESIÓN EN SUJETOS INFECTADOS ES SIGNIFICATIVA COMPARADA CON SUJETOS NO INFECTADOS. ASÍ MISMO EXISTE RELACIÓN SIGNIFICATIVA EN DEPRESIÓN ANTES Y DESPUÉS DE ENTREGARSE RESULTADOS DE LA PRUEBA SEROLÓGICA AL VIH EN SUJETOS MASCULINOS HETEROSEXUALES Y MASCULINOS HOMOSEXUALES Y FEMENINOS HETEROSEXUALES. (PEARSON, CUADROS 7,8,9

Y 10).

ALCANZÁNDOSE A OBSERVAR, EN CUANTO AL TOTAL DE LA MUESTRA ESTUDIADA Y DE ACUERDO A LA RELACIÓN CON LAS DIFERENTES VARIABLES UTILIZADAS. SE ENCONTRÓ QUE EXISTE RELACIÓN DE LA DEPRESIÓN ANTES Y DESPUÉS DE EFECTUARSE LA PRUEBA SERIOLÓGICA Y DESPUÉS DE ENTREGARSE RESULTADOS EN SUJETOS DE ACUERDO A SU CONDICIÓN SEXUAL, OBSERVANDO DEPRESIÓN SIGNIFICATIVA EN FEMENINOS HETEROSEXUALES, MASCULINOS BISEXUALES Y HOMOSEXUALES. (ANOVA, CUADRO 13, 15 Y 16)

EN LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA NO SE REPORTAN INVESTIGACIONES QUE REFIERAN A ESTE TEMA EN NUESTRO PAÍS (EXCEPTO FIGUEROA, 1991).

EL INSTRUMENTO UTILIZADO TIENE CIERTAS DEFICIENCIAS DESDE EL PUNTO DE VISTA TEÓRICO, PUESTO QUE NO EXPRESA UNA DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LOS DIAGNÓSTICOS UTILIZADOS SINO QUE TAN SOLO LOS CLASIFICA, SIN EMBARGO HA SIDO VALIDADA EN DIFERENTES ESTUDIOS Y SE CONSIDERA OPORTUNA SU UTILIZACIÓN.

EN CONCLUSIÓN, EL ESTUDIO DE EL FENÓMENO VIH/SIDA HA SIDO ABORDADO E INVESTIGADO DESDE MUCHOS ENFOQUES DESDE EL MÉDICO, SOCIAL, ANTROPOLÓGICO, SOCIOLÓGICO, ÉTICO, ETNOGRÁFICO, Y POR SUPUESTO QUE A LA PSICOLÓGICA TAMBIÉN SE HA INTERESADO EN COLABORAR EN LA CRECIENTE PANDEMIA DEL SIGLO XX.

ES EN ESTA ÚLTIMA ÁREA DONDE SE CONTEXTUALIZA LA PRESENTE INVESTIGACIÓN Y ANTES DE SEÑALAR ALGUNAS OBSERVACIONES DIRECTAS DE ESTE ESTUDIO SE COMENTARÁ LOS CONFLICTOS Y OBSTÁCULOS QUE SE HAN PERCIBIDO DE LA PSICOLOGÍA/VIH/SIDA.

HASTA HACE UN PAR DE DECADAS LA PSICOLOGÍA ABORDABA ALTERACIONES QUE SE HABÍAN ESTUDIADO DE MANERA EXHAUSTIVA TALES COMO LA NEUROSIS, LA PERVERSIÓN Y LA PSICÓSIS DE FORMA APARENTEMENTE AISLADAS O COMBINADAS CON ENFERMEDADES ORGÁNICAS COMO DIABETES, CÁNCER, CARDIOPATÍAS, ETC. A PARTIR DE 1981 APARECE UNA ENFERMEDAD QUE PONE A TRABAJAR A LA PSICOLOGÍA Y A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD, EN LA REVISIÓN DE LOS VIEJOS Y CONTEMPORÁNEOS MARCOS EXPLICATIVOS DE LA CONDUCTA TRATANDO DE ADECUARLOS A ESTA NUEVA ENTIDAD PATOLÓGICA, LLEGANDO A CONCLUSIONES NO DETERMINANTES PERO SI RELEVANTES QUE DE MANERA EXCLUSIVA NO PODÍAN RESPONDER. SE BUSCO HACER ALGUNAS COMBINACIONES (NO ECLÉCTICAS) PERO SI FUNCIONALES Y PRÁCTICAS. EN POCAS PALABRAS EL VIH/SIDA PONE AL DESCUBIERTO QUE LA PSICOLOGÍA TUVO QUE BUSCAR A MARCHAS FORZADAS Y CON LOS PACIENTES UNA INTERVENCIÓN EFICAZ Y CERTERA (ASÍ COMO EN EL SIGLO PASADO, FREUD Y SUS APORTACIONES ABREN UN CAMPO SISTEMÁTICO DE EXPLICACIÓN DE LA CONDUCTA HUMANA). HOY EL VIH/SIDA A HECHO LO MISMO. YA QUE LAS ÁREAS DE MAYOR IMPACTO SON VIDA -SEXUALIDAD- MUERTE, ESTE ÚLTIMO TEMA POCO ESTUDIADO (SURGIENDO HACE POCO LA TANATOLOGÍA), UN AFORISMO ERA TRABAJAR CON LAS PATOLOGÍAS POR LA VIDA, TRANSFORMADO AHORA DE TRABAJAR CON LA MUERTE HACIA LA VIDA, Y EL

TRABAJO CON LA MUERTE, CON AQUELLO QUE PROVOCA MIEDO, ANSIEDAD. PERO AL MISMO TIEMPO ESTUDIO QUE OTORGA AL PROFESIONAL DE LA PSIQUE UNA GRAN OPORTUNIDAD DE PODER ENTENDER ESTE CAMPO, EN VÍAS DE PROPONER ALTERNATIVAS NO SOLO A LOS AFECTADOS POR EL VIH/SIDA SINO A LA POBLACIÓN APARENTEMENTE NO INVOLUCRADA. DUF ESTA VIVA, TIENE SEXUALIDAD Y LLEGARÁ A SU MUERTE. UN BIEN VIVIR PARA UN BIEN MORIR.

REGRESANDO A LA EXPERIENCIA APORTADA EN ESTA INVESTIGACION SE PUEDEN SEÑALAR DOS OBSERVACIONES:

A) EL ESTUDIO DE LA DEPRESION NO ES ABORDADA DE MANERA SISTEMÁTICA, MUCHO DEPENDIENDO DEL TIEMPO DE APARICIÓN DE LA ENFERMEDAD, ASÍ COMO EL MANEJO TEORICO QUE SE LE HA DADO A LA DEPRESIÓN, QUE EN MUCHOS CASOS NO SE CONSIDERA RELEVANTE.

B) LA Poca PRESENCIA DE LOS PSICÓLOGOS EN LAS DIFERENTES INSTITUCIONES DE SALUD TANTO OFICIALES COMO PARTICULARES. EL LUGAR QUE SE LE ASIGNA AL PSICÓLOGO SE CONSIDERA SECUNDARIO Y EN MUCHOS DE LOS CASOS INNECESARIO, DE AQUI LA CONSECUENCIA DEL POCO ESTUDIO NO SOLO EN RELACIÓN A LA DEPRESIÓN SINO A TODO EL FENÓMENO EN SU TOTALIDAD. LUGAR QUE ES NECESARIO QUE EL PROPTO PSICÓLOGO SE AUTOPROPONGA CON TRABAJO Y A SU VEZ LAS INSTITUCIONES RECONOCER ESTA LABOR.

PARA FUTURAS INVESTIGACIONES SE SUGIERE, OBSERVACION Y ANÁLISIS DE LAS DIFERENTES MANIFESTACIONES DE LA DEPRESIÓN RELACIONADAS CON EL VIH/SIDA, PUESTO QUE SE OBSERVÓ, EN UN PACIENTE INFECTADO QUE DE 4 A 5 MESES POSTERIOR A LA NOTIFICACIÓN DEL DIAGNOSTICO PRESENTABA UN CUADRO FRANCO DE DEPRESIÓN. SITUACIÓN QUE PONE DE MANIFIESTO QUE LA ATENCIÓN A ESTOS PACIENTES DEBE SER CONSTANTE, PERMANENTE Y PROFESIONAL. Y RELACIONADA EN ESTE CASO CON LAS PREFERENCIAS SEXUALES QUE SE ANALIZARON, PUNTO IMPORTANTE AQUELLAS PREFERENCIAS COMO LA HOMOSEXUALIDAD Y BISEXUALIDAD NO ACEPTADAS Y MEDIANAMENTE TOLERADAS.

ES IMPORTANTE MOTIVAR LA INVESTIGACIÓN EN OTRAS ÁREAS DE LA PSICOLOGÍA, BUSCANDO CON ELLO PROMOVER ALTERNATIVAS DE INTERVENCIÓN QUE FACILITEN LA OPTIMIZACIÓN DEL TIEMPO, VIVIENDO AQUÍ Y AHORA DE LOS YA AFECTADOS POR EL VIH/SIDA. Y PROMOVER MEDIOS DE PREVENCIÓN PARA AQUELLOS QUE HOY PUEDEN EVITAR VIVIR CON VIH/SIDA.

## BIBLIOGRAFÍA

ADIB, S.M. Y OSTROW, D.G. (1991) TRENDS IN HIV/AIDS BEHAVIOURAL RESEARCH AMONG HOMOSEXUAL AND BISEXUAL MEN IN THE UNITED STATES : 1981 - 1991: AIDS CARE 3: 281-287

AGUILAR, E. (1992) EN CONASIDA, GUIA PARA ENFERMERAS. EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON HIV/SIDA.

ANTONI, M.H., LAPEPPIRE, A. Y SCHNEIDERMAN, N. ET AL (1991) STRESS AND IMMUNITY IN INDIVIDUAL AT RISK FOR AIDS.. STRESS MEDICINE 7: 35-44.

BOR, R., ELFORD, J., SALT, H. Y MILLER, R. (1991) TRAINING FOR HIV/AIDS COUNSELLING IN A CLINICAL SETTING, HEALTH AND HYGIENE 12: 16-20.

BOR, R. (1991) EFFICACY OF PSYCHOLOGICAL THERAPIES FOR PEOPLE WITH HIV DISEASE AIDS CARE 4: 405 - 407.

CARBALLO, M. Y BAYER, R. (1990) SOCIAL CULTURAL AND POLITICAL ASPECTS. AIDS 4 (SUPPL) 5 243 - 5 245.

CARRIER, J.M. Y HAGARA, JR. (1991) USE OF ETHNOSEXUAL DATA ON MEN OF MEXICAN ORIGIN FOR HIV/AIDS PREVENTION PROGRAMS. THE JOURNAL OF SEX RESEARCH 28 (2): 167-202.

DE ZALDUENDO, B.O. (1991) PROSTITUTION VIEW ED CROSSCULTURALLY:  
TOWARD RECONTEXTUALIZING SEX WORK IN AIDS INTERVENTION RESEARCH.  
THE JOURNAL OF SEX RESEARCH 28 (3): 227-248.

DI GIOVANNI, C., BERLIN, F. Y CASTERELLA, P. (1991). PREVALENCE  
OF HIV ANTIBODY AMONG A GROUP OF PARAPHILIC SEX OFFENDERS. J.  
ACQUIR IMMUNE DEF SYND 4: 633-637.

EAKIN, J.M., Y TAYLOR, K.M. (1990). THE PSYCHOSOCIAL IMPACT OF  
AIDS ON HEALTH WORKERS. AIDS 4 (SUPPL1); 5257-5262.

FIGUEROA, A., ROSSI, L., GARCIA, Y CHAVEZ PEON, F. (1991) INT.  
CONF. AIDS 2 (2).

FREEDMAN, A. M., KAPLAN, H.L., Y SALOCK, B.J. (1982). SALVAT  
(EDS) TRATADO DE PSIQUIATRIA 1 (1127).

FRIEDMAN, SR. Y DES JARLAIS, DC. (1991) HIV AMONG DRUG  
INJECTORS: THE EPIDEMIC AND THE RESPONSE. AIDS CARE 3: 239-250.

GILLIES, P., Y CARRALLO, M. (1990). ADULT PERCEPTION OF RISK,  
RISK BEHAVIOR AND HIV/AIDS: A FOCUS FOR INTERVENTION AND  
RESEARCH. AIDS 4: 943-951.

GUTMAN, L.T., ST. CLAIRE, K.K., Y WEEDY, C. (1991) HUMAN  
IMMUNODEFICIENCY VIRUS TRANSMISSION BY CHILD SEXUAL ABUSE. AIDS.

145: 137-141.

GWINN, M., PAPPADANOU, M., Y GEORGE, JR. (1991) PREVALENCE OF HIV INFECTION IN CHILDBEARING WOMEN IN THE UNITED STATE. JAMA, 265: 1704-1709.

HAYS, R.B., KEGELES, S.M., Y COATES, T.J. (1990) HIGH HIV RISK-TAKING AMONG YOUNG GAY MEN. AIDS 4: 901-907.

HUNTER, C.E., Y ROSS, M.W. (1991) DETERMINANTS OF HEALTH - CARE WORKERS, ACTTUDES TOWARD PEOPLE WITH AIDS, JOURNAL OF APPLIED SOCIAL PSYCHOLOGY; 21(11); 947-956.

IZAZOLA -LICEA, J.A., Y VALDESPINO -GOMEZ J.L. (1991). HIV-1 SEROPOSITIVITY AND BEHAVIOR AND SOCIOLOGICAL RISKS AMONG HOMOSEXUAL AND BISEXUAL MEN IN SIX MEXICAN CITIES, JOURNAL OF ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME, 514-622.

NEBLINGER, F. (1979). INVESTIGACION DEL COMPORTAMIENTO. MEXICO: ED. INTERAMERICANA.

NIMMEL, A.J., Y KEEFER, R. (1991) PSYCHOLOGICAL CORRELATES OF THE TRANSMISSION AND ACCEPTANCE OF RUMORS ABOUT AIDS. JOURNAL OF APPLIED SOCIAL PSYCHOLOGY 21(19) 1698-1826.

ALEE, H., FAUGIER, J., HAYES, C., Y NORRIS, J. (1991). RISKY



REJECTION AMONG INJECTING DRUG USERS: CHANGES IN THE SHARING OF  
INJECTION EQUIPMENT AND IN CONDOM USE. AIDS CARE 2: 53-73.

FUTHER, C.L., VAN BELLEVEN, DE VEDDIE B.M. (1990) RISK FACTORS  
AND CHANGES IN SEXUAL BEHAVIOR IN MALE HOMOSEXUALS WHO  
SEROCONVERT FOR HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS ANTIBODIES. AM J  
EPIDEMIOL 132: 527-530.

LARA, H. Y RAMIREZ, L. (1976) ALGUNAS NORMAS PARA LA MEDICION DE  
LA DEPRESION. REVISTA NEUROLOGIA - PSIQUIATRIA, 12(1), 5 - 15.

MANN, J. (1990) GLOBAL AIDS: REVOLUCION PARADISH AND SOLIDARITY.  
AIDS 4 (SUPPL) (1) S247-S250.

MARIN, B.V., Y MARIN, G. (1990) EFFECTS OF ACCULTURATION ON  
KNOWLEDGE OF AIDS AND HIV AMONG HISPANICS. HISPANIC JOURNAL OF  
BEHAVIORAL SCIENCES 17: 110-121.

MILLER, D. (1989) EN MANUAL MODERNO EDS. VIVIENDO CON SIDA Y VIH.

NIRELES, M. (1991). INFECCION POR VIH UN ENFOQUE DIFERENTE.

NICOLOSI, A., CORREA, LEITE, M.L., Y MUSICCO, M. (1991)  
PARENTERAL AND SEXUAL TRANSMISSION OF HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS  
IN INTRAVENOUS DRUGS USERS: A STUDY OF SEROCONVERSION. AM J  
EPIDEMIOL 135 (3) 225-33.

O'KEEFE, M., NESSELHOF, K. S., Y BAUM, A. (1990). BEHAVIOUR AND PREVENTION OF AIDS BASES OF RESEARCH AND INTERVENTION PERSONALITY AND SOCIAL PSYCHOLOGI BULLETIN 16: 166-180.

ORR, D.P., LANGEFELD, C.D., Y KATZ, B.P. ET AL. (1992) FACTORS ASSOCIATED WITH CONDOM USE AMONG SEXUALLY ACTIVE FEMALE ADOLESCENTS, J PEDIATRIC 120: 311-317.

OTEGUI, R. (1991). ANTROPOLOGIA SOCIAL Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD: EL USO DEL PRESERVATIVO EN LA PROSTITUCIÓN. JAHN 40: 97-103.

PERDICES, N., Y COOPER, D.A. (1990). NEUROPSYCHOLOGICAL INTERVENTION OF PATIENTS WITH AIDS AND ARC. JOURNAL OF ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROMES 3: 554-546.

PICU, E., Y LÓPEZ, A. (1979). COMO INVESTIGAR EN CIENCIAS SOCIALES, MEXICO ED TRILLAS.

RABIN, J. G., Y GEJIRTZ, G. (1992) PERIODICO EL NACIONAL, SOCIEDAD Y SIDA 17.

REID, M., TAGGART, M., Y ASSELIH, L. (1991) PSYCHOSOCIAL NEEDS EXPRESSED BY THE NATURAL CAREGIVERS OF HIV INFECTED CHILDREN. AIDS CARE 3: 331-343.

SARABIA, B. (1991) LA HERIDA DEL SIDA. CUESTIA Y RAZÓN 61 Y 62.

102-108.

SCHNEIDER, S.G., TAYLOR, S.E., HAMMER, C. ET AL. (1991), FACTORS INFLUENCING RISKY DECISIONS: DIFFERING MODELS FOR MEN WITH AND WITHOUT HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS. J. PERSONALITY AND SOCIAL PSYCHOLOGY, 61 (5): 776-788.

SMITH, P.B., WEINMAN, M. Y. MUMFORD, D.M. (1992) KNOWLEDGE BELIEFS BEHAVIORAL RISK FACTORS FOR HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS INFECTION IN INNER CITY ADOLESCENT FEMALES; SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES, 71: 19-24.

VAN DEN HOEK, JAR. VAN HAASBROECHT, HJA. Y CONTINHO, R.A. (1992). LITTLE CHANGE IN SEXUAL BEHAVIOR IN INJECTION DRUG USES IN AMSTERDAM. J. ACQ. IMM. DEF. DIS. S: 528-533.

VELIN, P. Y SILVAGNI, G.D. (1990) LE RESPECT DE L'INTEGRITE ET DE L'IDENTITE DES PERSONNES ATTEINTES PAR LE VIH. (LE POINT DE VUE DES ASSOCIATIONS) SIDA ET DROITS DE L'HOMME. L'EPIDEMIE DANS UN ETAT DE DROIT. UNIVERSITE LOUIS PASTEUR, STRASBOURG 57-58.

VIDAL, C., ROSAS, V., ESPINOSA, R., CRUZ, M. Y ANGULO, J. (1992). SIDA/ETS, DEPRESION AGRESION Y SUICIDIO EN PACIENTES CON HIV SEROPOSITIVOS 6 (10).

VINEY, L.L., ALLWOOD, K. Y STILLSON, L. (1991) RECONSTRUCTIVE

GROUP THERAPY WITH HIV-AFFECTED PEOPLE. COUNSELLING PSYCHOLOGY  
QUARTERLY 4: 247-258.

WELCH CLINE, P.J. (1985). COMMUNICATIONS AND DEATH AND DYING:  
IMPLICATIONS FOR COPING WITH AIDS. AIDS AND PUBLIC POLICY JOURNAL  
4: 40-50.

WILLOUGHBY, A.D. (1990) NEW MESSAGES TO COREGIVERS. AIDS 4: 819-  
822.

WHO. (1992). GLOBAL PROGRAMME ON AIDS. EUROPEAN REGIONAL MEETING  
OF NATIONAL AIDS COORDINATORS 1-18.

ZUNG, W.F. (1963). A SELF-RATING DEPRESSION SCALE. AMERICAN  
JOURNAL OF PSYCHIATRY 12: 63-71.

ZUNG, W. F. LA MEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN, LABORATORIOS CIBA-  
GEIGY, MÉXICO

## AFENDICES

APENDICE J

DATOS GENERALES

1.- FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO

2. LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
CIUDAD ENTIDAD FEDERATIVA

3.- EDAD \_\_\_\_\_ AÑOS

4. LUGAR DE RESIDENCIA \_\_\_\_\_  
CIUDAD ENTIDAD FEDERATIVA

5. ESCOLARIDAD (ENCIERRE EN UN CIRCULO LA RESPUESTA)

- A) PRIMARIA
- B) SECUNDARIA O EQUIVALENTE
- C) PREPARATORIA
- D) PROFESIONAL

6. SEXO

- A) MASCULINO
- B) FEMENINO

7. PREFERENCIA SEXUAL

- A) HOMOSEXUAL
- B) BISEXUAL
- C) HETEROSEXUAL

LOS DATOS QUE PROPORCIONE SERAN MANEJADOS CONFIDENCIALMENTE Y PARA FINES DE INVESTIGACION.

A CONTINUACION SE PRESENTA UNA SERIE DE PREGUNTAS. LE SOLICITO QUE LAS RESPONDA DE ACUERDO A SU CRITERIO, MARCANDO EN PARENTESIS EL NUMERO QUE CONSIDERE CORRECTO. NO DEBE MARCAR MAS DE DOS OPCIONES NI DEJAR ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR.

ESTA INFORMACION ES DE CARACTER CONFIDENCIAL Y SERA UTILIZADA  
SOLO PARA FINES DE INVESTIGACION.

NINGUNA O POCAS VECES = 1

ALGUNAS VECES = 2

LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO = 3

LO MAS O TODAS LAS VECES = 4

1. ME SIENTO ABATIDO Y MELANCOLICO ( )
2. EN LA MAÑANA ME SIENTO MEJOR ( )
3. TENGO ACCESOS DE LLANTO O DESEOS DE LLORAR ( )
4. ME CUESTA TRABAJO DORMIR EN LA NOCHE ( )
5. COMO IGUAL QUE ANTES SOLIA HACERLO ( )
6. TODAVIA DISFRUTO LAS RELACIONES SEXUALES ( )
7. NOTO QUE ESTOY PERDIENDO PESO ( )
8. TENGO MOLESTIAS DE CONSTIPACION, ESTREMIENTO ( )
9. EL CORAZON ME LATE MAS APRISA QUE DE COSTUMBRE ( )
10. ME CANSO SIN HACER NADA ( )
11. TENGO LA MENTE TAN CLARA COMO ANTES ( )
12. ME RESULTA FACIL HACER LAS COSAS QUE ACOSTUMBRO ( )
13. ME SIENTO INTRANQUILO Y NO PUEDO MANTENERME QUIETO ( )
14. TENGO ESPERANZA EN EL FUTURO ( )
15. ESTOY MAS IRRITABLE DE LO USUAL ( )
16. ME RESULTA FACIL TOMAR DECISIONES ( )
17. SIENTO QUE SOY UTIL Y NECESARIO ( )
18. MI VIDA TIENE BASTANTE INTERES ( )
19. CREO QUE LES HARIA UN FAVOR A LOS DEMAS MURIENDOME ( )
20. TODAVIA DISFRUTO DE LAS MISMAS COSAS ( )

APÉNDICE 2

DEFINICIÓN DE CARACAS PARA LA INFECCIÓN POR HIV/SIDA EN ADULTOS.

1. SARCOMA DE KAPOSI	10 PUNTOS
2. TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR O PULMONAR NO CAVITADA	10 "
3. CANDIDIASIS ORAL O LEUCOPLACIA PILOSA	5 "
4. TUBERCULOSIS PULMONAR CAVITADA INESPECÍFICA	5 "
5. HERPES ZÓSTER EN MENORES DE 60 AÑOS DE EDAD	5 "
6. DISFUNCIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	5 "
7. DIARREA IGUAL O MAYOR A UN MES DE EVOLUCIÓN	2 "
8. FIEBRE IGUAL O MAYOR A UN MES DE EVOLUCIÓN	2 "
9. CAQUEXIA O PÉRDIDA DE PESO DE MÁS DEL 10 % DE ACUERDO CON LA EDAD	2 "
10. ASTENIA MAYOR O IGUAL A UN MES DE DURACIÓN	2 "
11. DERMATITIS PERMANENTE	2 "
12. ANEMIA, LINFOPENIA O TROMBOCITOPENIA	2 "
13. TOS PERSISTENTE O CUALQUIER NEUMONIA EXCEPTO TUBERCULOSIS	2 "
14. LINFADENOPATÍA MAYOR O IGUAL A 1 CM. EN 2 SITIOS NO INGUINALES, DE UN MES O MÁS DE DURACIÓN	2 "



### APÉNDICE 3

DEFINICIÓN DE LA CDC DE ESTADOS UNIDOS (PARA ADULTO)

I. VIH POSITIVO, NEGATIVO O DESCONOCIDO

UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS COMPROBADOS POR MICROSCOPIA O CULTIVO:

- NEUMONÍA POR NEUMOCYSTIS CARINNI
- CANDIDIASIS ESOFÁGICA, TRAQUEAL, BRONQUITAL O PULMONAR.
- INFECCIÓN EXTRAPULMONAR POR M. KANSASII O COMPLEJO M. AVIUM INTRACELULARE.
- INFECCIÓN POR HERPES SIMPLE CAUSANTE DE BRONQUITIS, ESOFAGITIS O ÚLCERA MUCOCUTÁNEA CON MÁS DE UN MES DE DURACIÓN.
- INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS DE UN ÓRGANO INTERNO, QUE NO SEA EL HÍGADO.
- TOXOPLASMOSIS EN UN ÓRGANO INTERNO.
- CRIPTOSPORIDIASIS CON DIARREA DE MÁS DE UN MES DE DURACIÓN.
- ESTRONGILOIDOSIS EXTRAINTESTINAL.
- LEUCOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL PROGRESIVA.
- SARCOMA DE KAPOSI EN MENORES DE 60 AÑOS.
- LINFOMA PRIMARIO CEREBRAL
- HIPERPLASIA PULMONAR LINFOIDE O NEUMONITIS INTERSTICIAL LINFOIDE.

## 2. VIH POSITIVO

2A) UNO MÁS DE LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS COMPROBADOS POR MICROSCOPIA O CULTIVO.

- SARCOMA DE KAPOSI A CUALQUIER EDAD.
- LINFOMA PRIMARIO CEREBRAL.
- LINFOMA NO HODGKIN DE CÉLULAS DE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES TIPOS: LINFOCITOS PEQUEÑOS NO HENDIDOS (TIPO BURKITT) O SARCOMA INMUNOBLÁSTICO (LINFOMA DE CÉLULAS GRANDES, HISTIOCÍTICO DIFUSO, LINFOMA INDIFERENCIADO, SARCOMA DE CÉLULAS RETICULARES O LINFOMA DE ALTO GRADO DE MALIGNIDAD.).
- COMPLEJO DEMENCIAL POR VIH.
- SÍNDROME DE DESGASTE
- TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR O DISEMINADA A ALGUN OTRO TIPO DE INFECCIÓN POR MICOBACTERIAS QUE NO SEA LEPRO.
- HISTOPLASMOSIS EXTRAPULMONAR O DISEMINADA.
- ISOSPORIDIASIS CON DIARREA DE MÁS DE UN MES DE DURACIÓN.
- NOCARDIOSIS.
- SEPTICEMIA POR SALMONELLA.
- DOS O MÁS INFECCIONES BACTERIANAS EN LOS DOS AÑOS ANTERIORES,

EN MENORES DE 13 AÑOS QUE NO TENGAN PREDISPOSICIÓN: SEPTICEMIA, NEUMONÍA, MENINGITIS O ABSCESO CEREBRAL: CAUSADO POR:

LEGIONELLA, HAEMOPHILUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS (INCLUYENDO STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE) O ALGUNA OTRA BACTERIA PIÓGENA.

A) UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS COMPROBADOS POR MICROSCOPIA O CULTIVO.

- NEUMONÍA POR O. CARINNI.
- TOXOPLASMOSIS EN UN ÓRGANO INTERNO.
- INFECCIÓN POR MICOBACTERIAS EXTRAPULMONAR O DISEMINADA (BACILOS ÁCIDO ALCOHOL RESISTENTES DE ESPECIE INDETERMINADO).
- LEUCOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL PROGRESIVA.
- SARCOMA DE KAPOSI
- HIPERPLASIA PULMONAR LINFOIDE O NEUMONITIS INTERSTICIAL LINFOIDEA EN MENORES DE 13 AÑOS.

#### APENDICE 4

CLASIFICACIÓN DE SIDA E INFECCIÓN POR VIH EN NIÑOS

SIGNOS MENORES: PÉRDIDA DE PESO O DETECCIÓN DEL CRECIMIENTO,  
DIARREA Y/O FIEBRE DE UN MES DE DURACIÓN.

SIGNOS MAYORES: LINFADENOPATÍA GENERALIZADA.

CANDIDÍASIS EN CAVIDAD ORAL.

INFECCIONES COMUNES REPETIDAS

DERMATITIS GENERALIZADA

INFECCIÓN MATERNA POR VIH CONFIRMADA

FUENTE: WHO-WEEKLY EPIDEMIOL REC 1986.

## APÉNDICE 5

CLASIFICACIÓN DE INFECCIÓN POR VIH/SIDA EN MENORES DE 13 AÑOS DE EDAD.

CLASE P-0 INFECCIÓN INDETERMINADA (NIÑOS MENORES DE 10 MESES DE EDAD, SIN EVIDENCIA DEFINITIVA DE INFECCIÓN POR VIH/SIDA; PERO NACIDOS DE MADRE VIH POSITIVO).

CLASE P-1 INFECCIÓN ASINTOMÁTICA (SEROPositIVOS)

SUBCLASE A: FUNCIÓN INMUNOLÓGICA NORMAL.

SUBCLASE B: FUNCIÓN INMUNOLÓGICA ANORMAL.

SUBCLASE C: FUNCIÓN INMUNOLÓGICA NO PRUBADA.

CLASE P-2 INFECCIÓN SINTOMÁTICA:

SUBCLASE A: HALLAZGOS NO ESPECÍFICOS (PÉRDIDA DE PESO, DIARREA Y FIEBRE DE MÁS DE UN MES DE EVOLUCIÓN, ADENOPATÍAS, HEPATOSPLENOMEGALIA Y AUMENTO DE TAMAÑO O PAROTIDAS).

SUBCLASE B: ENFERMEDAD NEUROLÓGICA PROGRESIVA (DISMINUCIÓN DEL PERÍMETRO CEFÁLICO, SIGNOS PIRAMIDALES, DISMINUCIÓN O AUMENTO DEL TONO MUSCULAR, HIPOTRÓFIA MUSCULAR, RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ, PÉRDIDA DE HABILIDADES ADQUIRIDAS, HIPOACUSIA SENSORIAL, CRISIS CONVULSIVAS).

SUBCLASE C: NEUMONITIS INTERSTICIAL INFILIBEA.

SUBCLASE D: ENFERMEDAD INFECCIOSA SECUNDARIA.

CATEGORÍA D1: INFECCIONES SECUNDARIAS ESPECÍFICAS (CAUSADAS POR CRYPTOSPORIDIUM CRIPTOCOCCUS, SALMONELLA, TOXOPLASMA, HISTOPLASMA, CITOMEGALOVIRUS, PNEUMOCYSTIS CARINNI)

CATEGORÍA D2: INFECCIONES BACTERIANAS RECURRENTES (NEUMONÍA SEPTICEMIA, OTITIS MEDIA, INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS).

CATEGORÍA D3: OTRAS INFECCIONES SECUNDARIAS ESPECIFICAS (CANDIDIASIS MUCOCUTÁNEA, TUBERCULOSIS, ESTOMATITIS HERPÉTICA, INFECCIÓN POR HERPES ZÓSTER).

SUBCLASE E: CÁNCERES SECUNDARIOS:

CATEGORÍA E1: CÁNCER SECUNDARIO ESPECÍFICO (SARCOMA DE KAPOSI).

CATEGORÍA E2: OTROS CÁNCERES POSIBLEMENTE SECUNDARIOS A LA INFECCIÓN POR VIH (LINFOMA DE HODGKIN, LINFOMA PRIMARIO INTRACANEANO).

SUBCLASE F: OTRAS ENFERMEDADES RELACIONADAS A LA INFECCIÓN POR VIH (HEPATITIS, CARDIOMIOPATÍA, NEFROPATÍA, TROMBOCITOPENIA, ENFERMEDAD DERMATOLÓGICA).