



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

63
24

ALTERACIONES SISTEMICAS ORGANICAS,
NEUROLOGICAS Y PSICOLOGICAS EN
PACIENTES CON INFECCION POR VIH/SIDA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

MARIA TERESA SOLEDAD ENRIQUETA CRUZ LUNA

DIRECTOR DE TESIS: DR. HECTOR LARA TAPIA

ASESORA: LIC. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO

MEXICO, D. F.

1996



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ASESORES DEL
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

GUILLERMO BELTRAN ADAME
DOCTOR EN PSICOLOGIA CLINICA
PSICOLOGO ADSCRITO AL SERVICIO DE SALUD MENTAL
HOSPITAL DE PEDIATRIA

ABDIEL ANTONIO OCAMPO
MAESTRO EN CIENCIAS MEDICAS
COORDINADOR DE EPIDEMIOLOGIA CLINICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G."
ASESOR ESTADISTICO

AGRADECIMIENTOS

A LOS DOCTORES

GUILLERMO BELTRAN ADAME

por apoyo, paciencia, dedicación y por su valioso tiempo, porque en todo momento me orientó e impulsó para culminar mi profesión

JOSE HALABE CHEREM

por su apoyo y confianza en la realización de este trabajo, permitiendo la consulta de datos pertenecientes a los pacientes atendidos en su servicio

JUAN MANUEL SAUCEDA GARCIA

por su disposición, confianza y apoyo para ocupar un espacio en un consultorio para el desarrollo de este estudio

ABDIEL ANTONIO OCAMPO

por su dedicación, orientación y valioso tiempo aún en horas no laborables

NIELS WACHER RODARTE Y

ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES

que con sus palabras y actos me impulsaron para alcanzar esta meta, permitiendo que en horas laborales estuviera comisionada y pudiera ocuparme en actividades propias de mi profesión

A MIS PADRES Y HERMANOS

por compartir mis logros

**A MIS SOBRINOS: PATRICIA, KARINA, ANTONIO, SALOMON,
HECTOR Y FERNANDO**

*porque en su pureza de alma me entregan lo más limpio de su amor y sus
tiernos detalles me impulsaron a concluir este trabajo de tesis*

A LA SRITA. ALBA ALEMAN Y A DON PEDRO GARCIA

por su paciencia, dedicación y disposición para apoyarme en todo momento

AL LIC. JESUS CARLOS GUZMAN

*por su amistad, valioso apoyo en la realización de los trámites necesarios para
el desarrollo de este trabajo y por impulsarme para elevar la calidad de
nuestra profesión*

AL DR. CESAR RIVERA BENITEZ

por su amistad, valioso apoyo, orientación e impulso personal y profesional

ESPECIALMENTE A NOHEMI, EDNA, MA. DE JESUS Y DR. BELTRAN

*por su apoyo incondicional, amistad, afecto, por acompañarme siempre en los
momentos difíciles e impulsarme para alcanzar esta meta*

**A TODOS AQUELLOS QUE ME APOYARON EN DIFERENTES
MOMENTOS Y POR QUIENES FUE POSIBLE LLEGAR A LA META**

I N D I C E

	PAG
RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
CAPITULO I. ANTECEDENTES.....	7
CAPITULO II. METODO	21
CAPITULO III. RESULTADOS	32
CAPITULO IV. DISCUSION.....	52
CAPITULO V. REACCIONES PSICOLOGICAS ANTE LA ENFERMEDAD Y RECURSOS PSICOTERAPEUTICOS QUE DEBERAN TOMARSE EN CUENTA EN LA ATENCION DE PACIENTES CON VIH/SIDA.....	61
BIBLIOGRAFIA	68
ANEXOS	84

ASESORES

CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

GUILLERMO BELTRAN ADAME

DOCTOR EN PSICOLOGIA CLINICA

PSICOLOGO ADSCRITO AL SERVICIO DE SALUD MENTAL

HOSPITAL DE PEDIATRIA

JOSE HALABE CHEREM

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G."

ABDIEL ANTONIO OCAMPO

MAESTRO EN CIENCIAS MEDICAS

COORDINADOR DE EPIDEMIOLOGIA CLINICA

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G."

RESUMEN

Se realizó un estudio epidemiológico, descriptivo-retrospectivo-transversal, en 62 expedientes de pacientes con infección por el Virus de Inmuno-deficiencia Humana (VIH) y/o con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), atendidos en el Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G." del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Con el objetivo de determinar la frecuencia de las alteraciones sistémicas orgánicas, neurológicas y psicológicas registradas de 1990 a 1992. Se revisaron 54 expedientes de hombres y 8 de mujeres, entre 19 y 62 años de edad de los cuales se registraron 58 pacientes (93.5%), infectados por vía sexual y 6% por vía sanguínea; la práctica de riesgo en 84% de los casos de infección por vía sexual, fue el establecimiento de relaciones esporádicas con diferentes parejas fuera de la práctica de la prostitución. Se registraron 2 pacientes asintomáticas (3% de la muestra total). Las enfermedades sistémicas sin compromiso de Sistema Nervioso Central (SNC) y/o Sistema Nervioso Periférico (SNP), se registraron en 38 casos (65% de la muestra total); entre ellos, 27(71%) presentaron infección por micosis, 24(63%) por virus, 12(31.5%) por protozoarios y 9(23.6%) neoplasias. Las enfermedades sistémicas con compromiso del SNC y/o SNP, se registraron en 22 casos (35% de la muestra total); en estos pacientes, 10(45.5%) presentaron enfermedad asociada directamente con el VIH, 9(40.9%) por presencia de otros agentes oportunistas y 3(13%) por neoplasias. Los trastornos psicológicos se registraron en el 100% de los casos; 53(85%) presentaron trastornos emocionales, 47(76%) de la conducta, 13(21%) del sueño, 7(11%) del lenguaje, 7(11%) de la conciencia, 10(16%) de la memoria, 6(10%) del pensamiento y 2(3%) en atención y concentración.

INTRODUCCION

Los Psicólogos Clínicos que nos antecedieron, abrieron nuevos espacios de desarrollo profesional, alejándose del tradicional campo de las enfermedades mentales, la mayoría de las veces como auxiliares de diagnóstico y tratamiento, para incorporarse al amplísimo campo de la medicina institucional, logrando un espacio profesional, sensibilizando a médicos, enfermeras y personal técnico, a través de la enseñanza, con especial énfasis en el conocimiento y comprensión de las reacciones emocionales, que se desencadenan en diversos grados y se manifiestan en "trastornos de conducta" ante cualquier proceso de enfermedad. Estas reacciones se acentúan por los procedimientos diagnósticos, por el diagnóstico, por el tratamiento (tradicional o quirúrgico), y por el pronóstico, interfiriendo frecuentemente con las relaciones médico-paciente, médico-familia, médico-médico, enfermera-paciente y técnicos-paciente; alterando la adherencia terapéutica, desencadenando o amplificando una serie de quejas psicosomáticas de adaptación, que enmascaran y complican la enfermedad física, alterando la estancia del paciente en el hospital e interfiriendo con la rehabilitación y reinserción social, escolar o laboral.

Por otro lado, se sabe que existen una serie de trastornos de la conducta, asociados a enfermedades físicas; a pesar de esto, los pacientes son etiquetados como "difíciles", "conflictivos", o, "histéricos", provocando un ambiente tenso o desalentador en el ámbito hospitalario, deteriorando sensiblemente el rendimiento de los trabajadores de la salud, ya que sus propias reacciones emocionales interfieren con su objetividad profesional.

Cuando el diagnóstico de una sintomatología compleja, matizada de elementos emocionales y conductuales, tales como crisis de ansiedad, depresión, oposicionismo, negación, irritabilidad; somatizaciones como parestias, hipersensibilidad, dolor crónico específico o inespecífico, u otros síntomas somáticos frecuentes, y no asociados a la enfermedad física, como dolor abdominal, dolor precordial, cefaleas, lumbalgias, y otros, que colocan al médico frente a un sentimiento de impotencia, pues una vez que hu hecho estudios exhaustivos del paciente e intentado diversas técnicas terapéuticas sin obtener los resultados que su experiencia le indica, lo etiqueta como paciente psicósomático, conversivo, o portador del Síndrome de Briquet, y se solicita la interconsulta a los servicios de Salud Mental correspondientes.

Las contribuciones de los teóricos de la psicodinamia, han sido fundamentales al enfatizar las reacciones emocionales y las somatizaciones como mecanismos psicológicos de defensa, que nos protegen contra la advenencia de consecuencias desagradables, expresándose en "conductas inadecuadas" o en forma de distress físico. (Simon 1991).

El proceso para que la medicina sea realmente integral, ha sido arduo, pero afortunadamente esta rindiendo frutos. Esto ha implicado que los Psicólogos Clínicos en algunos Hospitales Generales, participen activamente en los programas de enseñanza, sensibilizando a médicos, enfermeras y personal técnico, sobre las reacciones emocionales, secuelas, trastornos en la conducta, abordaje, manejo de la familia, o de

a pareja; el fomentar este conocimiento, ha traído como consecuencia una mejor actitud del equipo de salud en el manejo de los pacientes.

En contraparte, el Psicólogo Clínico se ha tenido que integrar al equipo interdisciplinario, acompañando a los médicos en la consulta externa o en la visita hospitalaria, observando tanto al paciente en sus reacciones emocionales, como la relación médico-paciente. Estudiando y actualizándose en las manifestaciones de las enfermedades y sus secuelas en el comportamiento humano, de la manera en que lo limitan en su desarrollo, en los aspectos relacionales, sociales, familiares, escolares o laborales; en una palabra, en su funcionalidad.

En estos centros hospitalarios, el Psicólogo Clínico ya no se encuentra aislado del resto del personal, aplicando baterías de pruebas, elaborando diagnósticos o impartiendo terapias, como auxiliar de diagnóstico y tratamiento. Ahora se espera de él una participación activa en el equipo de salud, ya sea en los diferentes niveles de atención, de enseñanza e investigación. Participa en sesiones bibliográficas y en sesiones hospitalarias, presentando casos de interés tanto en aspectos diagnósticos, como en el manejo psicoterapéutico. Participa activamente en los programas de rehabilitación e insiste en el respeto hacia el paciente, su familia y en su calidad de vida. La intervención en crisis es una habilidad que ha tenido que aprender y desarrollar. Ya no está acubierto en su cubículo, ahora es responsable del bienestar psicológico de los pacientes en un cierto número de camas y su intervención y opinión es solicitada, esperada y

respetada. Muchas de sus intervenciones son a pie de cama. Los pacientes esperan que pase visita, para informarle de su estado emocional o de sus reacciones, así como de los progresos que hayan logrado gracias a las intervenciones conductuales.

La Psicología de Enlace es un campo nuevo, apasionante, complejo en los retos que se nos presentan, que nos obliga a una continua actualización y diálogo con los otros miembros del equipo de salud. No ha sido fácil, aún tenemos mucho que aprender y mucho que enseñar, pero lo que sí es un hecho, es que ya existe un reconocimiento hacia nuestra labor y un mayor respeto hacia las reacciones emocionales de los pacientes, de su influencia en la evolución de la enfermedad y en la adherencia terapéutica. Podemos decir que de alguna manera hemos cooperado en la humanización de la medicina institucional.

El presente trabajo trata de ofrecer una visión descriptiva integral de los síntomas físicos y de las reacciones emocionales, así como de los trastornos del comportamiento desencadenados por estas reacciones, o bien, trastornos del comportamiento asociados a trastornos físicos, en pacientes con VIH/SIDA. La terminología médica y la descripción de los síntomas, no parecen pertenecer al campo de la Psicología Clínica; sin embargo, hemos mencionado ya, la importancia de que el Psicólogo Clínico se familiarice con la evolución de los padecimientos físicos, sobretodo de aquellos que como el VIH/SIDA, son crónicos y resultan de gran amenaza para la funcionalidad y la vida. Se describen también aspectos conductuales tal y como fueron observados y manejados por el médico

en el ámbito hospitalario, dándonos una idea de que aún nos queda mucho por hacer dentro de los Hospitales Generales, para un verdadero manejo integral de los pacientes.

La mejor comprensión del vasto universo de trabajo del Psicólogo Clínico, nos obligará a prepararnos mejor, para ser más eficientes en nuestras intervenciones profesionales, ya sean de diagnóstico, pronóstico, tratamiento, prevención, enseñanza o investigación, formando realmente parte integral de los equipos interdisciplinarios de salud.

CAPITULO I.

ANTECEDENTES

En el año de 1981, se informó a nivel mundial sobre los primeros casos del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y fue descrito en el año de 1982, por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) fue definido por ese mismo organismo, en el año de 1986, como agente causal del SIDA.

Las investigaciones realizadas hasta la fecha distinguen 3 vías de transmisión; el VIH se introduce en el organismo humano tomando como huésped células o linfocitos T cooperadores (células con receptor CD4), encargadas de la respuesta inmunológica (o sistema de defensa) contra agentes patógenos que atacan al organismo; al infectarlas, las destruye y utiliza el Acido Ribonucleico (ARN) y Acido Desoxiribonucleico (ADN) de las mismas para la réplica viral, deteriorando progresivamente el sistema inmunológico y dejando al organismo expuesto a la invasión de cualquier germen^{17,21,24,26,31,32,40,47,51,53,56,75,91,94}. El VIH puede actuar también como agente neurotrópico, es decir, puede atacar directamente el SNC y/o SNP; para su réplica, utiliza el proceso natural de conversión del monocito en macrófago.^{28,37,51,74,87,94,100,104}

Las vías de transmisión son:

- 1. Contacto sexual.- a través del intercambio de fluidos vaginales y semen^{5,6,12,30,31,42,52,65,71,74,90,91,94,102}*

2. *Sanguínea.- por transfusión de sangre contaminada, productos de la misma, trasplante de órganos infectados o utilización de agujas e instrumental quirúrgico y/o de laboratorio no esterilizado*^{5,6,12,30,31,42,52,65,74,90,91,94,102}

3. *Perinatal.- contagio directo de la madre al producto en etapa de gestación, o bien, a través de la leche materna*^{5,6,12,30,31,42,52,65,74,90,91,94,102}. *(esta vía de transmisión no se consideró en el presente estudio, pues el hospital en el que se realizó, no cuenta con servicio de ginecología ni pediatría)*

De acuerdo a la exposición a las vías de transmisión, inicialmente se consideró a los hombres homosexuales y bisexuales y, a las prostitutas, como grupos de alto riesgo para adquirir la infección por VIH, por ser los que inicialmente reportaron mayor incidencia. Estados Unidos, reportó como segundo grupo de riesgo a los drogadictos intravenosos; sin embargo, en México, los casos registrados por este tipo de práctica fueron mínimos, mientras que el número de casos por transfusión sanguínea con origen en donadores "comerciales" fue alto y se sugirió que fueran considerados dentro de los grupos de alto riesgo, sobretodo aquellos fuera de control antes del año de 1987, año en que se reglamenta el análisis de todos los paquetes de sangre donada, con el consecuente decremento de casos de infección por este riesgo^{5,12,30,31,33,42,45,67,74,91,94,102}. Cabe señalar, que el número de casos de hombres y mujeres heterosexuales se ha incrementado y actualmente se afirma que toda persona hombre o mujer expuesto a relaciones sexuales sin protección (sin uso de condón) o expuestos a transfusiones sanguíneas y/o sus

derivados, como es el caso de pacientes hemofílicos y con otras enfermedades hematológicas y oncológicas ó sometidos a cirugía, incluyendo el trasplante de órganos infectados, tienen riesgo de adquirir el VIH.

En la República Mexicana se reportaron 5 casos en el año de 1981. De 1983 a 1986, los reportes oficiales indican un incremento lento, de 1983 a 1990, reportan un aumento de tipo exponencial; para diciembre de 1992, las cifras registraron 3,210 casos acumulados, con una tasa de 37.0 por 1,000,000 de personas y por cada 6 hombres infectados había una mujer infectada, lo que indica que de 1981 a 1992, hubo un incremento de 642 veces el número de casos reportados.

Con la difusión de información incompleta sobre el padecimiento y los datos acerca del crecimiento acelerado de la pandemia, las reacciones emocionales matizadas de temores y prejuicios, tanto de la población en general, como de aquellos expuestos a algún factor de riesgo, confirman una vez más, que continúan repitiéndose los sucesos señalados por la Historia de la Medicina respecto de las enfermedades infectocontagiosas, que nos relata que siempre que se identifica una nueva enfermedad de este tipo, tal como fue en los casos de Lepra, Tuberculosis, Hepatitis, etc., se presentan estas reacciones de temor y prejuicio, por la falta de comprensión de los mecanismos de infección y prevención. El caso de la infección por VIH/SIDA no es la excepción, la población en general ha manifestado un gran temor y preocupación frente a la posibilidad de ser infectados por cualquier contacto, aunque sea casual (apretón de manos, besos en la mejilla, compartir

baños, albercas y otros espacios), con una persona portadora; esto trae como consecuencia el rechazo hacia todos aquellos en quienes se sospeche que están infectados y, más aún, hacia los que poseen la confirmación del diagnóstico y que se encuentran sintomáticos, pues viven estigmatizados y marginados. Lo anterior, ha desencadenado diversos problemas familiares, sociales y económicos, destacando la desintegración familiar y el desempleo entre otros, acentuando el desequilibrio emocional y físico del paciente al sumarse la pérdida del status socio-económico existente hasta antes del conocimiento de un diagnóstico positivo^{6,14,39,58,68,69,74,94}.

La población puede tener reacciones ambivalentes frente a la información; por un lado, se ha observado que una de las manifestaciones de temor frente a la posibilidad de ser portadoras del VIH, en personas que saben que han estado expuestas a algún factor de riesgo es la psicossomaiización, estas personas refieren la presencia de síntomas que aparentemente serían indicadores de infección, pero al realizarles las pruebas de laboratorio para detección de anticuerpos del VIH (Elisa y Western-Blot)^{5,30,31,42,44,74,75,90,94} el resultado es negativo; este tipo de reacciones también pueden estar presentes en personas seronegativas, quienes reproducen síntomas de enfermedades propias de etapas más avanzadas de esta infección, sin que exista realmente algún agente causal. (Gómez, 1987; EL-Sadar, 1988; Sepúlveda, 1989)

Por otro lado, debido a la ausencia de manifestaciones clínicas, aún en los casos en los cuales el individuo está consciente de sus prácticas de riesgo (ya sean contactos sexuales

sin protección o exposición a transfusiones sanguíneas y sus derivados), se evade la realización de análisis de rutina; lo cual explica que la detección de la infección se realice, la mayor parte de las veces, en forma tardía. La certeza de la presencia de anticuerpos para VIH, no significa, ni es sinónimo de SIDA, el paciente puede estar asintomático durante un período llamado de latencia, que puede ser corto (dos o tres semanas) o largo (de 2 a 10 años), y no ha sido determinado con exactitud pues varía de acuerdo al nivel inmunológico de cada individuo; estos pacientes son identificados como "seropositivos" o "portadores"^{928,74,75,91,94}.

La Infección Aguda se presenta durante el período de "ventana", comprendido entre la exposición al virus y la generación de anticuerpos que se produce de la segunda a la sexta semana, o bien, después de varios años; se caracteriza por la presencia de fiebre y/o exantema, poliadenopatías, artrialgias y faringitis; en ocasiones estas manifestaciones clínicas son tan leves que pasan inadvertidas, lo que explica la ausencia de preocupación por parte de los pacientes. (Sepúlveda, 1989; Nájera, 1990; Sande, 1990)

Cuando el VIH deteriora el sistema inmunológico, las enfermedades asociadas son múltiples, Nájera (1990), la define como una enfermedad de "afectación sistémica", ya que se llevan a cabo varios procesos patológicos en diversos sistemas anatomofisiológicos del organismo en forma simultánea a la manifestación del SIDA.

Se consideran síntomas indicadores de SIDA, que no aparecen necesariamente en un orden particular a la presencia de fiebre constante, (temperatura mayor a 38 grados centígrados, por un período de por lo menos dos semanas continuas) diarreas recurrentes no fétidas, sudoración de predominio vespertino y nocturno, pérdida de peso no intencional mayor al 10% del peso habitual en un período de tiempo aproximado de un mes^{12,28,50,74,90-94}, fatiga inexplicable que interfiere con las actividades normales, tos seca, disnea, alteraciones dermatológicas (pápulas, forúnculos) llagas o manchas inusuales en la lengua o boca y/o la presencia de cualquiera de las siguientes enfermedades, que por sus características implican un ataque de mayor severidad al estado general y un pronóstico sombrío.

El Center for Disease Control (C.D.C.), en el año de 1992, estableció un sistema de clasificación para pacientes con infección por VIH, considerando como parámetros, el número de linfocitos "CD4" totales y, la condición clínica más severa que presenta el paciente, aunque posteriormente se encuentre asintomático (Anexo 1).

La Linfadenopatía persistente generalizada (LPG ó PGL), es una enfermedad del sistema Linfático, asociada directamente con la presencia del VIH, caracterizada por la inflamación permanente de los ganglios linfáticos.^{28,38,51,74,91,94,100,104}

Entre las neoplasias o cánceres asociadas se encuentran el Sarcoma de Kaposi, (Cáncer en la piel, que se caracteriza por la presencia de manchas en la piel, que van de rosadas,

a moradas y cafés), Linfoma Hodking (tumores en el Sistema Linfático), que son considerados como enfermedades propias de la edad avanzada y/o propias de un determinado fenotipo, y que al estar asociadas con la infección por VIH, se manifiestan en personas jóvenes de cualquier característica fenotípica.^{5, 74, 91, 94, 97, 100, 104}

Entre las enfermedades, destaca por su frecuencia, la disfunción del Sistema Nervioso Central (SNC) y/o Sistema Nervioso Periférico (SNP) que provoca el VIH (aproximadamente el 80% de los pacientes terminales), incluida la Encefalopatía difusa con demencia, identificada primero como Encefalitis subaguda y se reconoce hoy día como una Demencia subcortical. Otras enfermedades asociadas directamente con la presencia del VIH en SNC y/o SNP, son Mielopatía Vacuolar, Meningitis Aséptica y Neuropatía Periférica^{10, 17, 18, 26, 37, 40, 53, 59, 60, 73, 74, 79, 88, 91, 94, 97}. Los problemas neurales del paciente infectado con VIH, se deben en esencia, a lesión y pérdida neuronal; paradójicamente y para fines prácticos, las neuronas propiamente dichas no se infectan con el VIH. En consecuencia, esta constelación de disfunciones motoras y conductuales que componen el Complejo demencial del SIDA, pueden presentarse con diferente intensidad y en cualquier etapa de la evolución de la deficiencia inmunitaria. La primera manifestación clínica de esta encefalopatía es depresión, a menudo difícil de distinguir mediante pruebas neuropsicológicas. Los síntomas iniciales se caracterizan por falta de memoria y concentración. Después se presentan lentitud psicomotora, disminución del estado de alerta, apatía, retraimiento, pérdida de interés y de la libido, trastornos del lenguaje, cognitivos y memoria. A menudo, un mismo paciente presenta de manera

simultánea más de una de las disfunciones. La polineuropatía, es manifestación frecuente y consiste en parestesias y debilidad de las extremidades, con arreflexia y alteraciones sensoriales. ^{10,17,18,26,37,40,53,59,60,73,74,79,88,91,94,97}

Existen también enfermedades sistémicas provocadas por agentes oportunistas secundarios a la presencia del VIH, entre los que se encuentran diversos tipos de virus, entre los más frecuentes se encuentran: Citomegalovirus, Hepatitis "B", Herpes Zoster y Herpes Simple; hongos, entre los más frecuentes están: Cándida, Criptococo e Histoplasma; bacterias, entre las más frecuentes se identifican: Micobacteria Avium, Micobacteria Tuberculosis y Salmonella; y protozoarios, entre los que se señalan con mayor frecuencia: Pneumocystis carinii y Cryptosporidium, tanto en SNC y/o SNP, como en otros sistemas del organismo; entre los últimos, el respiratorio y el digestivo se encuentran afectados en la mayoría de los casos. ^{2,3,8,12,17-19,26-28,40,43,50,54,63,64,66,73-75,78,80,84,90,91,94,97,100,103,104}

La magnitud de la afectación por la infección del VIH es extensa y la oportunidad en la atención de estos pacientes es evidente, tanto a nivel médico como a nivel psicológico; tanto en el alivio de los trastornos sistémicos orgánicos, neurológicos y psicológicos que se manifiestan, como en la implementación de medidas de prevención primaria y/o secundaria orientados hacia el control de la diseminación del VIH en la población no infectada y para evitar, en lo posible, la adquisición de otros agentes oportunistas en los pacientes que ya están afectados. ^{13,22,25,39,41,42,52,69,77,90,94,100,102}

Es importante enfatizar las reacciones emocionales que se presentan en los pacientes en quienes se confirma la sospecha de ser portadores de VIH/SIDA, lo cual generalmente se hace después de que el individuo presenta alguno o varios de los síntomas descritos en párrafos anteriores. A pesar de que la mayoría de los pacientes están conscientes de sus prácticas de riesgo, muestran una reacción emocional caracterizada por: depresión, apatía, desalación, aislamiento, negación, mismas que pueden manifestarse a través de conductas inadecuadas, como son irritabilidad, oposicionismo, pasivo o activo, agresividad, astenia, adinamia y otros, que repercuten en sus relaciones interpersonales y en su productividad. Este tipo de conductas generalmente no son consignadas en los expedientes médicos, sino hasta que interfieren de tal manera con el tratamiento médico, que los pacientes son canalizados al servicio de Salud Mental correspondiente. Es en ese momento en que se toman en cuenta dentro de la institución, las reacciones psicológicas de los pacientes, con las limitaciones que aún existen, ya que generalmente este tipo de reacciones son asociadas a lo psiquiátrico, a la "locura". La intervención de los trabajadores de la Salud Mental, a pesar de que queda consignada en los expedientes clínicos, no proporciona toda la información necesaria, pues ha sido costumbre de estos servicios, conservar archivos internos, donde se encuentra toda la información confidencial de los pacientes, que se obtiene a través de las entrevistas clínicas, las pruebas psicológicas, las sesiones de terapia individual, familiar y/o grupal. La idea de conservar archivos confidenciales de los pacientes que acuden al servicio de Salud Mental, independientemente de cual sea su diagnóstico médico, es evitar que el personal médico y paramédico, muestren reacciones de rechazo hacia ellos por prejuicios, que en

el caso de los portadores de VIH/SIDA es prácticamente automático, por asociarse a prácticas sexuales "perversas", léase homosexualidad, bisexualidad, prostitución, promiscuidad, ó drogadicción.

Estos pacientes saben de antemano que el ser portadores de VIH/SIDA, es una sentencia de muerte, ya que en cualquier momento se presentará algún padecimiento incurable ya sea físico y/o neurológico, como consecuencia de las alteraciones en el sistema inmunológico propio de la acción del VIH en el organismo. Por ello las reacciones emocionales aparecen como incomprensibles para el personal médico y paramédico, pues consideran que el paciente está pagando por su conducta "incorrecta" y se niegan a ofrecerles ayuda dentro del contexto solidario y humanitario, que se les ofrece a otro tipo de pacientes crónicos o terminales.

Se suman a lo anterior las reacciones de la pareja o la familia ante el diagnóstico y pronóstico; se develan secretos personales y familiares, que alteran de una manera dramática el equilibrio psicológico, tanto de la pareja como de la familia nuclear y aún la familia extensa. No es raro que el paciente se encuentre aislado y marginado, tanto dentro de la familia como dentro del ámbito social y laboral. Las consecuencias psicológicas son inimaginables.

Existen reportes de evaluaciones realizadas en pacientes con infección por VIH, a través de pruebas de psicodiagnóstico que reflejan medidas confiables sobre el estado de las

funciones cognitivas y emocionales en estos pacientes, encontrándose alteraciones de la memoria, lentitud motora, dificultades en la atención, concentración y procesamiento de la información, así como disminución en la capacidad de análisis y síntesis; entre los trastornos emocionales más frecuentes se registran la depresión y la ansiedad, que en muchos casos desencadenan hipocondriasis. De acuerdo a la fase de la enfermedad, se han encontrado diferencias de menor a mayor gravedad tanto en los síntomas referidos como en la capacidad visomotora, trastornos severos en el proceso del pensamiento y en general de las funciones relacionadas con el lóbulo frontal.^{10,41,47,49,51,56,87}

Dos de las reacciones que se presentan con mayor frecuencia son la ansiedad y la depresión, por lo que a continuación se detallan sus diferentes manifestaciones:

La ansiedad se manifiesta por un estado de inquietud y preocupación que puede ir acompañado de manifestaciones somáticas tales como: aumento de sudoración o frío inexplicables, temblor, boca seca, palpitaciones, mareos, náusea y/o vómito, deseos frecuentes y repentinos de ir al baño, brote de ronchas tipo alergia en la piel, dolores de cabeza, cuello y espalda, cansancio exagerado, insomnio o sueño inquieto, pérdida o aumento del deseo sexual, cambios de carácter sin razón, es decir, cambios bruscos en el estado de ánimo.

La depresión, se manifiesta como: tristeza, llanto fácil o imposibilidad de llorar, quejas y desinterés por todo, sentimientos de culpa e irritabilidad, aislamiento, exceso de sueño

o insomnio, hiporexia (pérdida del apetito), pérdida del deseo sexual, indiferencia hacia el medio, confusión mental y presencia de ideas autodestructivas (suicidio).

Otros estudios reportan que los pacientes reaccionan de diferentes maneras de acuerdo a sus propias características de personalidad y al factor de riesgo que les puso en contacto con el VIH, entre las reacciones identificadas se encuentran el temor a la acción del virus, coinciden en la presencia de la depresión, el aislamiento o temor al mismo, angustia, resentimiento, pena y dolor frente a las pérdidas físicas, morales, sociales y económicas, entre las que se encuentran la muerte, la pérdida de empleo y los proyectos personales que no podrán realizarse; temor a la estigmatización, coraje, culpa, ira, frustración por la vulnerabilidad al virus; negación para aceptar el diagnóstico, deterioro de la autoestima; miedo de contagiar a otros, a las consecuencias del tratamiento, y al rechazo de familiares y amigos.^{17,23-25,36,39,49,56,75,76,78,90,94,99}

Otro tipo de alteraciones observadas, sobretudo en los pacientes que se encuentran en la última fase de la enfermedad son los trastornos psiquiátricos (considerados como manifestaciones tardías de la enfermedad) tales como Paranoia, Síndrome Orgánico Cerebral, Síndrome Afectivo Orgánico, Depresión Mayor, Trastorno Distónico, Trastorno de la personalidad borderline por abuso de sustancias y Trastorno de la personalidad antisocial, entre otros^{10,17,31,36,86,94,99}.

Enfatizar la importancia de la atención a las reacciones y de los trastornos emocionales derivados de un diagnóstico positivo no se centra sólo en el alivio de los mismos, sino como ya se ha señalado, existe evidencia de la influencia negativa de estos factores sobre el sistema inmunológico, interfiriendo con su función, lo que puede provocar un desarrollo aún más rápido y progresivo de las infecciones ya sea que esten asociadas directamente con el VIH, o bien con agentes oportunistas, disminuyendo la calidad de vida y sobrevida de los pacientes^{9,11,13,35,53,57,68,72,98}.

A pesar de que se sabe que los trastornos emocionales inciden en forma negativa en el sistema inmunológico, aún es poco lo que se ofrece a estos pacientes, ya de por sí afectados en el sistema inmunológico por la acción del virus VIH, se incrementa de manera importante, por la presencia de la ansiedad o de la depresión reactiva a la enfermedad, a las actitudes de rechazo y repudio de su familia el entorno social, escolar y laboral. Frecuentemente estos pacientes son despedidos de sus trabajos, con lo que se suma la desprotección de la medicina institucional y aún más la privada.

Como puede observarse, desde la aparición del VIH, científicos y profesionistas de diversas especialidades se han dedicado a la investigación del virus, a las pruebas para su detección, al estudio de los trastornos orgánicos y a la búsqueda y aplicación de alternativas de tratamiento, así como al estudio de las alteraciones bio-psico-sociales asociadas. Es evidente la relevancia de la coordinación del trabajo del equipo interdisciplinario de salud, tanto en el manejo del paciente infectado y su familia, como

en las reacciones emocionales propias del mismo equipo, debidas a las elevadas cargas emocionales que genera la atención de estos pacientes, alterando la objetividad del profesional y arriesgando la concepción integral; todo ello también indispensable en la implementación de medidas de prevención primarias y secundarias.^{17,23,26,36,73,94}

Conocer las características de la población hacia quienes vamos a implementar tanto medidas preventivas como terapéuticas es fundamental, por lo que se plantea el presente estudio cuyo objetivo fue conocer la frecuencia de las alteraciones sistémicas orgánicas, neurológicas y psicológicas de los pacientes que recibieron atención en el Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G." del Centro Médico Nacional, Siglo XXI, durante los años 1990-1992, en virtud de que el conteo linfocítico se practicó como exámen de rutina a partir de 1993 y serían objeto de otro estudio.

CAPITULO II

METODO

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

Es fundamenta conocer las características de la población hacia quienes vamos a implementar tanto medidas preventivas como terapéuticas; los estudios reportados por la literatura se refieren a un sólo aspecto de las alteraciones presentes en este tipo de pacientes, o abarcan únicamente aspectos médicos, o únicamente aspectos psicológicos, por lo que pretendiendo realizar un estudio integral se presenta la siguiente pregunta:

¿ Cuál es la frecuencia de las alteraciones sistémicas orgánicas, neurológicas y psicológicas que presentó la población con diagnóstico de VIH/SIDA que recibió atención durante los años 1990-1992, en el Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G." del Centro Médico Nacional Siglo XXI ?

OBJETIVO

Determinar la frecuencia de las alteraciones sistémicas orgánicas, neurológicas y psicológicas que presentó la población con diagnóstico de VIH/SIDA que recibió atención durante los años 1990-1992, en el Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G." del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

DESCRIPCION DE VARIABLES

Las variables se registraron como ausentes o presentes, de acuerdo a los registros médicos que obran en los expedientes revisados.

- Edad

Se consideró la edad de los pacientes en años cumplidos en el momento del estudio

- Sexo

Se registraron de acuerdo a las características fenotípicas: masculino y femenino.

- Estado civil

Se registraron de acuerdo al último reporte existente en el expediente en el año de 1992: casado, soltero, divorciado, unión libre.

- Número de afiliación

Se consideró la célula de identificación de derechohabientes IMSS constituida por 10 números dígitos y una extensión alfabética.

- **Factores de riesgo**

Para su determinación se consideraron dos vías:

- **Sexual:** *práctica homosexual, bisexual o heterosexual; práctica sexual con prostitutas o parejas múltiples, esta última se define como la práctica sexual con cinco parejas o más en un período de tiempo de dos años.*
- **Sanguínea:** *haber estado expuesto a transfusión de sangre, trasplante de órganos o utilizar drogas intravenosas.*

- **Pruebas de detección del VIH**

Se consideraron dos: ELISA y WESTERN BLOT (inicial y confirmatoria), utilizadas para la detección de anticuerpos para VIH en la sangre.

- **Diagnóstico inicial**

Se consideró la enfermedad registrada en el expediente para cuya atención se solicitó la realización de pruebas de detección y confirmación del VIH.

- **Evolución y manifestaciones clínicas**

Desarrollo del padecimiento y manifestación del SIDA, enfermedades asociadas directamente con el VIH y/o en presencia de gérmenes oportunistas, con y sin afectación del SNC y/o SNP.

- ***Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)***

Síndrome caracterizado por las siguientes manifestaciones clínicas: fiebre constante, diarrea recurrente no fétida, sudoración con predominio vespertino y nocturno, pérdida de peso en 10% o más durante un período de menos de un mes. (Nájera, 1990)

- ***Enfermedad asociada directamente con el VIH***

Es aquella que se manifiesta únicamente por la presencia del VIH y por el consecuente deterioro del sistema inmunitario del organismo, sin la acción de ningún agente oportunista. (Nájera, 1990)

- ***Enfermedad oportunista***

Es aquella que se manifiesta por la presencia de algún germen oportunista o secundario a la inmunodeficiencia derivada del VIH. (Nájera, 1990)

- ***Alteraciones psicológicas en:***

Pensamiento: son "las perturbaciones" en el funcionamiento de las operaciones intelectuales "fundamentales", como son la atención, la abstracción, el manejo de los esquemas ideoverbales, de cálculo y del curso del pensamiento (Henry Ey, 1987).

Conciencia: son los trastornos en "... la orientación temporo-espacial (identificación de horas, fechas y lugares), orientación alopsíquica (identificación de las otras personas), y/u orientación autopsíquica (identificación de sí mismo)..." (op.cit.)

Conducta: son los trastornos del "... comportamiento cotidiano del paciente...", tales como irritabilidad, agresividad, adinamia, hipodinamia, ataxia, aislamiento, inquietud (idem).

Emocionales: son los trastornos de "... los fenómenos de la afectividad, es decir, todos los matices de deseo, del placer y del dolor)..." (idem)

Sueño.- son "... los trastornos en la función hipócnica o actividad onírica (insomnio o agripina), somnolencia ..." (idem)

Lenguaje.- son los trastornos anatomofisiológicos y/o funcionales que dificultan o alteran la comunicación (dislalia, bradilalia, disartria, laleo) Henry Ey, 1987). (idem)

Memoria.- son los trastornos de la actividad "mnésica", es decir, "... la alteración de la capacidad de retención de los recuerdos ..." (idem)

SELECCION DE LA MUESTRA

Se realizó un muestreo intencional (Kerlinger FN, 1981), de expedientes del archivo del Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G." del Centro Médico Nacional Siglo XXI, de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión:

- *que pertenecieran a pacientes mayores de 16 años de edad*
- *con Diagnóstico positivo para VIH/SIDA*
- *que recibieron atención en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, durante los años 1990-1992*
- *que tuvieran "vigencia de derechos"*

Se obtuvo un listado de 148 pacientes, de las cuales 86, fueron dados de baja por defunción, o por haber sido remitidos a sus Hospitales Generales de Zona, o bien, por abandono de tratamiento; quedando conformada la muestra total por 62 expedientes.

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio epidemiológico, descriptivo, retrospectivo, transversal; en virtud de que se describen las alteraciones orgánicas, neurológicas y psicológicas registradas en 62 expedientes de pacientes con infección por VIH/SIDA; obteniéndose los datos de los registros ya existentes para los años 1990-1992. Los datos fueron recabados a través de una sola valoración del expediente. (Fletcher, 1983)

MATERIAL Y EQUIPO

- *62 expedientes clínicos de pacientes con VIH/SIDA.*
- *Hoja de registro elaborada para el presente estudio (Anexo2).*
- *Lápiz, papel y computadora personal.*

PROCEDIMIENTO

En la Sección de Estadística del Archivo Clínico del Hospital, se rastrearon los registros de pacientes con VIH que fueron atendidos en la Consulta Externa y/u Hospitalización durante los años 1990, 1991 y 1992, que reunieron los criterios de inclusión. La captura de datos se realizó en una hoja de registro que incluyó información demográfica, factores de riesgo, pruebas de detección y confirmación del VIH, diagnóstico inicial, evolución del padecimiento y sus manifestaciones clínicas, incluyendo el tipo de infección ya sea por VIH y/o algún otro(s) agente(s) oportunista(s) y antecedentes personales patológicos, alteraciones neurológicas; así como reacciones y alteraciones psicológicas.

Los expedientes institucionales constan de Historia Clínica, Notas de ingreso, egreso y evolución, en las que se incluyen fecha de la atención, diagnóstico, pronóstico y tratamiento, ya sea tradicional (con medicamentos) y/o quirúrgico; así como las especificaciones de los estudios que se le practican a un paciente.

Los expedientes se revisaron en las instalaciones del archivo clínico: Los datos demográficos, factores de riesgo y antecedentes personales patológicos, se consultaron en la Historia Clínica; las pruebas de detección y confirmación del VIH, se consultaron en las notas de evolución y en los formatos propios del laboratorio. La evolución del padecimiento y sus manifestaciones clínicas y, alteraciones neurológicas y psicológicas,

se consultaron en las Notas de ingreso, egreso y evolución, si se trataba de un paciente atendido en hospitalización; y en las Notas de evolución, si se trataba de pacientes atendidos en la consulta externa.

Se creó una base de datos en el paquete D'BASE III PLUS para computadora y también se utilizaron los paquetes estadísticos SYSTAT para el cálculo de la estadística descriptiva y EPISTAT para el análisis de regresión logística.

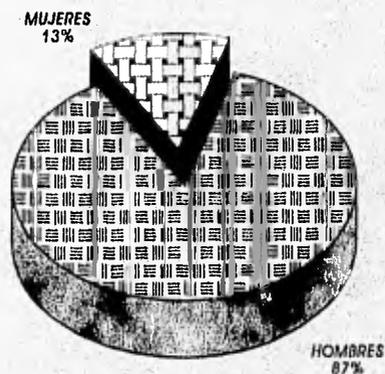
CAPITULO III

RESULTADOS

DATOS DEMOGRAFICOS

Distribución de la muestra de acuerdo a edad y sexo:

Se revisaron 54 expedientes de pacientes de sexo masculino y 8 de sexo femenino; la media de edad para los varones fue de 35.6 ± 10.4 y para las mujeres de 37.8 ± 8.4 (gráfica 1).

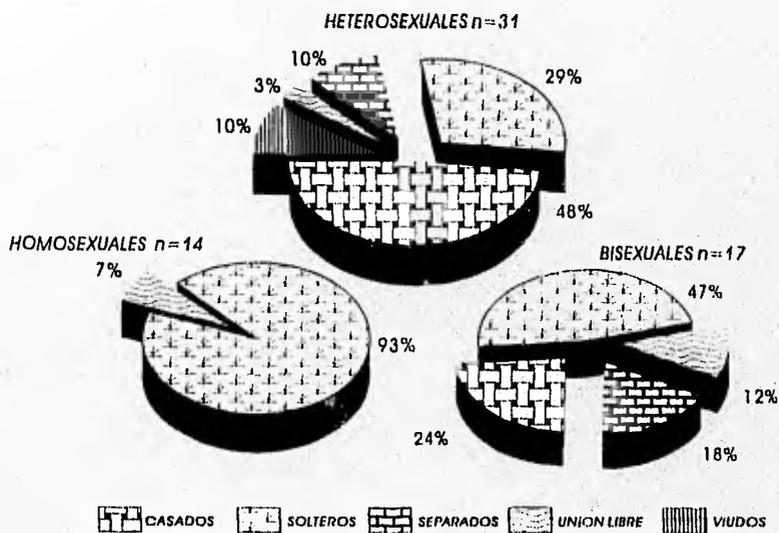


GRAFICA 1. DISTRIBUCION DE LA MUESTRA DE ACUERDO AL SEXO (n=62)

Fuente: Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G." Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Distribución de la muestra de acuerdo a la orientación sexual y al estado civil

El estado civil del subgrupo de heterosexuales ($n=31$), se distribuyó como sigue: 15 casados, 9 solteros, 3 separados o divorciados, 3 viudos y una unión libre. En el subgrupo de homosexuales ($n=14$), se reportaron 13 solteros y una unión libre. En el subgrupo de bisexuales ($n=17$), 8 solteros, 4 casados, 3 separados o divorciados y 2 en unión libre (gráfica 2).



GRAFICA 2. DISTRIBUCION DE LA MUESTRA DE ACUERDO A LA ORIENTACION SEXUAL Y ESTADO CIVIL.

Fuente: Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G." Centro Médico Nacional Siglo XXI.

PRACTICAS DE RIESGO

- Población Heterosexual

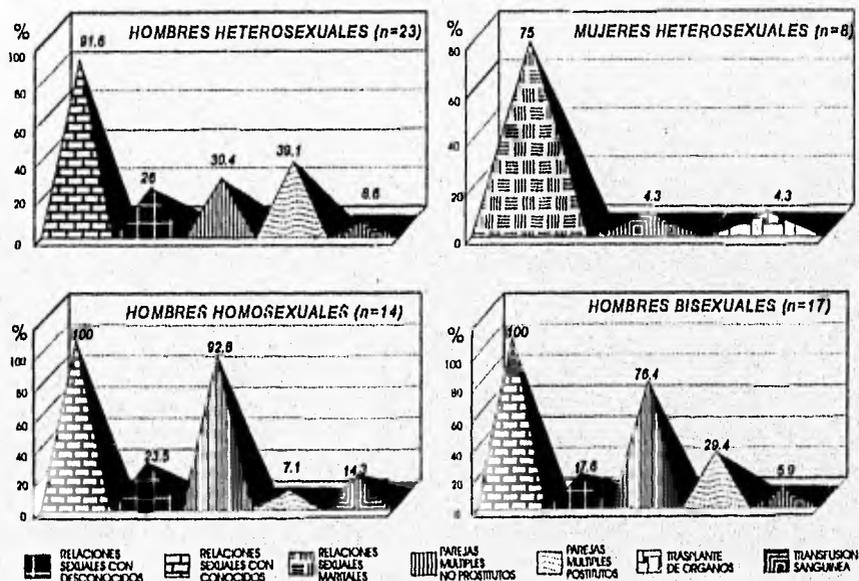
En la mayoría de los varones (n=31), se registró la práctica sexual esporádica con mujeres conocidas; de ellos, 6 también tuvieron relaciones con personas extrañas, 7 con parejas múltiples identificadas fuera de la práctica de la prostitución y 9 con parejas múltiples identificadas como prostitutas. Estuvieron expuestos a transfusión sanguínea 8 pacientes, sólo en 2 varones se tiene la certeza de que este fue el factor de riesgo responsable de la infección. El total de mujeres pertenecen a este grupo (n=8), 6 de las cuales fueron infectadas por vía sexual por el esposo, una por transfusión de paquete sanguíneo contaminado al estar expuesta a procedimientos quirúrgicos y una por trasplante de riñón contaminado (gráfica 3).

- Población Homosexual

Todos los varones homosexuales (n=14), reconocieron haber establecido relaciones sexuales esporádicas o eventuales con hombres conocidos, 4 con desconocidas, 13 con parejas múltiples identificadas fuera de la práctica de la prostitución, un caso con parejas múltiples prostitutas y 2 estuvieron expuestos a transfusión sanguínea; sin embargo, en estos dos últimos casos, no existe evidencia de que este sea la práctica de riesgo causal de la infección (gráfica 3).

- Población Bisexual

En todos los varones bisexuales ($n=17$), se registró la práctica de relaciones sexuales esporádicas con parejas conocidas fuera de la práctica de la prostitución; 13 de ellos, también establecieron relaciones sexuales con parejas múltiples identificadas fuera de la práctica de la prostitución; 5 con parejas múltiples prostitutas; en un paciente también se registró exposición a transfusión sanguínea (no existe evidencia de ser causal de la infección), y 3 también tuvieron relaciones con desconocidos (gráfica 3).



GRAFICA 3. PRACTICAS DE RIESGO DE EXPOSICION REGISTRADAS EN LA POBLACION ESTUDIADA.

Fuente: Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G." Centro Médico Nacional Siglo XXI.

ENFERMEDADES DE ATENCION INICIAL

- Heterosexuales (n=31)

Solicitaron atención cuando presentaron Linfadenopatía Persistente Generalizada (LPG) 8 pacientes, (un caso manifestó también Sarcoma de Kaposi). Desde su inicio 2 pacientes manifestaron Infección en SNC y/o SNP; 6 infección por micosis, de estos (3 fueron por cándida acompañada de otros agentes); 11 por virus, en un caso se asoció Cardiopatía isquémica; uno presentó retinopatía y uno infección por bacteria. Se reportaron 2 mujeres asintomáticas (gráfica 4).

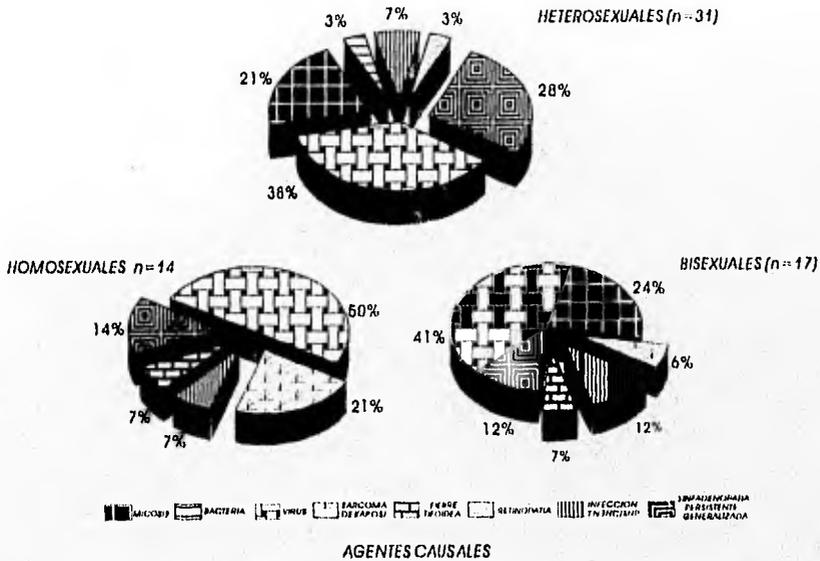
- Homosexuales (n=14)

Acudieron a solicitar atención por presentar LPG 2 pacientes, uno de los cuales también presentó infección por protozooario; 3 acudieron por presentar Sarcoma de Kaposi, uno de ellos con infección por micosis y protozooario; 7 presentaron infección viral, en un caso se encontró asociada infección por micosis; un caso por fiebre tifoidea y uno por infección en SNC (gráfica 4).

- Bisexuales (n=17)

En 2 casos acudieron a solicitar atención por presentar Linfadenopatía persistente generalizada (LPG), uno de ellos asociado a infección viral; 4 pacientes presentaron infección por micosis, uno de los cuales también asociado a infección por protozooario;

7 por infección viral; 1 por Sarcoma de Kaposi; 1 fiebre tifoidea; 2 casos por presentar infección en SNC y/o SNP (gráfica 4).



GRAFICA 4. AGENTES CAUSALES DE LAS ENFERMEDADES INICIALES.
 Fuente: Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G.," Centro Médico Nacional Siglo XXI.

PRUEBAS DE DETECCION

Las pruebas de detección utilizadas en la determinación del diagnóstico de VIH/SIDA fueron ELISA y WESTERN BLOT, a continuación se presentan los datos registrados:

TABLA 1. PRUEBAS DE DETECCION REGISTRADAS

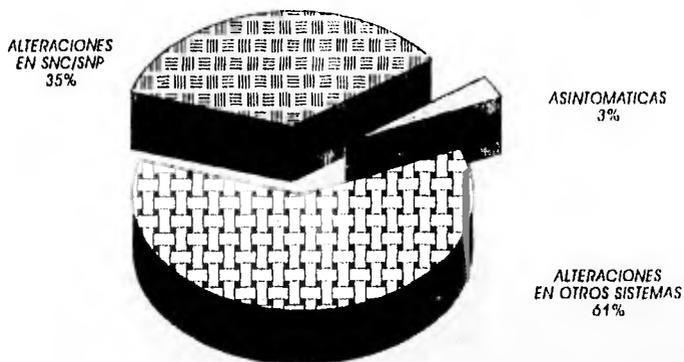
PRUEBA DE DETECCION	PRUEBAS REPORTADAS
<i>ELISA</i>	3 (4.8%)
<i>WESTERN BLOT</i>	10 (16.2%)
<i>ELISA Y WESTERN BLOT</i>	40 (64.5%)

* En 9 (14.5%) expedientes no se encontró reporte de las pruebas realizadas para la determinación del diagnóstico de VIH.

Fuente: Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G." Centro Médico Nacional Siglo XXI.

ALTERACIONES SISTEMICAS ORGANICAS POR VIH Y/O AGENTES OPORTUNISTAS

En general se encontró, infección por VIH y/o agentes oportunistas con afectación en SNC y/o SNP en 22 pacientes (35% de la muestra total), de los cuales 11 (50%) presentaron también Linfadenopatía persistente generalizada; y en 38 pacientes (61% del total de la muestra), se manifestaron alteraciones orgánicas sin afectación del SNC y/o SNP, de los cuales 25 (65.7%) también manifestaron LPG y 2 pacientes (3.2% de la muestra) se registraron asintomáticas (gráfica 5).



GRAFICA 5. REPORTE GENERAL DE ALTERACIONES SISTEMICAS ORGANICAS

Fuente: Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G." Centro Médico Nacional Siglo XXI.

ALTERACIONES SISTEMICAS ORGANICAS CON COMPROMISO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC) Y/O SISTEMA NERVIOSO PERIFERICO (SNP)

Se presentaron 22 pacientes (35% de la muestra total) con manifestaciones clínicas en Sistema Nervioso Central (SNC) y/o Sistema Nervioso Periférico (SNP), asociadas directamente con la presencia del VIH y/o a la presencia de algún(os) otro(s) agente(s) oportunista(s); estos 22 casos se distribuyeron en infección asociada directamente con el VIH 10 casos (45.5%), 9 (40.9%) infección por presencia de otros agentes oportunistas y, 3 (13.6%) presentaron neoplasias (tabla 2).

TABLA 2. ALTERACIONES SISTEMICAS ORGANICAS EN SNC Y/O SNP

AGENTE CAUSAL	CASOS (n=22)
VIIH	10 (45.5%)
AGENTES OPORTUNISTAS: TOXOPLASMA (6) TUBERCULOSIS (TB) (2) CRIPTOCOCO (1)	9 (40.9%)
NEOPLASIAS (TUMORES)	3 (13.6%)

Fuente: Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G." Centro Médico Nacional Siglo XXI.

MANIFESTACIONES CLINICAS EN SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC) Y/O SISTEMA NERVIOSO PERIFERICO (SNP) (n=22)

Los registros de las manifestaciones clínicas neurológicas fueron escasos y se presentan en la tabla 3.

TABLA 3. MANIFESTACIONES CLINICAS

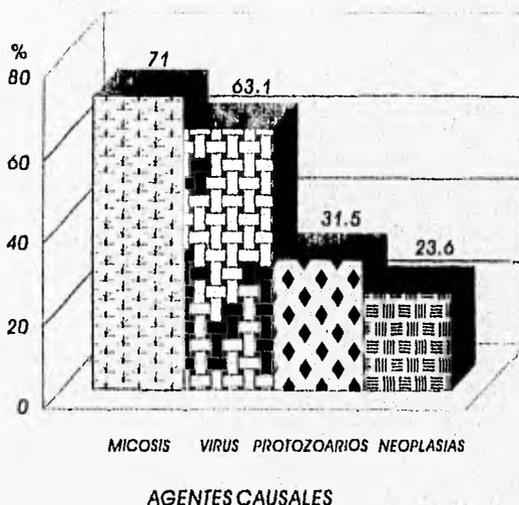
MANIFESTACIONES CLINICAS	VIIH	AGENTES OPORTUNISTAS	MANIFESTACIONES CLINICAS	VIIH	AGENTES OPORTUNISTAS
SINDROME VERTIGINOSO	0	0	HEMIIPOESTESIA	0	1
CRISIS CONVULSIVAS	2	3	PARESTESIA	4	1
ATAXIA	0	2	HEMIPARESIA	0	4
HIPOESTESIA	2	0	DISESTESIA	1	0

* No se encontraron registros de manifestaciones clínicas neurológicas en los expedientes de pacientes con Neoplasias

Fuente: Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G." Centro Médico Nacional Siglo XXI.

ENFERMEDADES SISTEMICAS POR VIH Y/O AGENTES OPORTUNISTAS SIN COMPROMISO DE SNC Y/O SNP

En total 38 pacientes (61% de la muestra total), presentaron manifestaciones clínicas por la acción directa del VIH en el organismo y/o por la presencia de algún(os) otro(s) agente(s) oportunista(s), sin afectar al SNC y/o SNP. En estos 38 casos, se identificaron 27 (71%) infecciones por micosis, 24 (63.1%) por virus, 12 (31.5%) por protozoarios y 9 (23.6%) neoplasias; todos ellos como agentes causales de enfermedad además de la presencia del VIH en el organismo (gráfica 6).



Gráfica 6. Agentes causales de enfermedad sin compromiso del SNC y/o SNP.

Fuente: Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G.": Centro Médico Nacional Siglo XXI.

- INFECCION POR MICOSIS (n=27)

El agente micótico de mayor frecuencia fue *Cándida* (73%), afectando principalmente la trayectoria del sistema digestivo desde la cavidad oral hasta el recto y *Pitirosporum* localizado en piel en 21.6%, *histoplasma* con localización en pulmón y *criptococo* en trayectoria gastrointestinal en 2.7% cada uno (tabla 4).

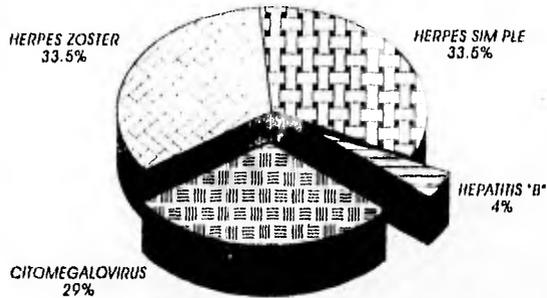
TABLA 4. AGENTES CAUSALES EN INFECCION POR MICOSIS SECUNDARIA A VIH EN ENFERMEDADES SIN COMPROMISO DE SNC Y/O SNP

AGENTE CAUSAL	FRECUENCIA
<i>CANDIDA</i>	27 (73%)
<i>PITIROSPORUM</i>	8 (21.6%)
<i>HISTOPLASMA</i>	1 (2.7%)
<i>CRIPTOCOCO</i>	1 (2.7%)

Fuente: Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G." Centro Médico Nacional Siglo XXI.

- INFECCION POR VIRUS (n=24)

Las infecciones más frecuentes por virus fueron ocasionadas por *Herpes* en 67%; 8 (33.5%) *Herpes Zoster* con localización en piel y 8 (33.5%) *Herpes Simple* con localización genital y bucal; la infección por *Citomegalovirus* en ojos y esófago ocurrió en 7 pacientes (29%) y, sólo un caso (4%) por *Hepatitis B*" (gráfica 7).

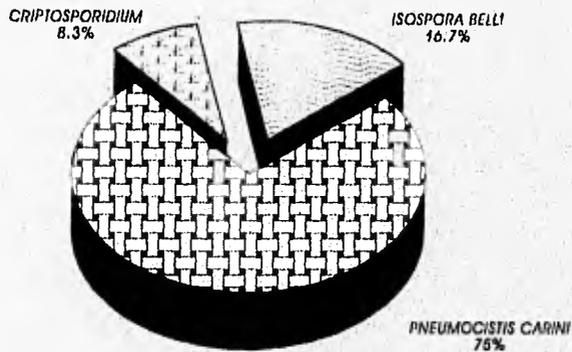


GRAFICA 7. AGENTES CAUSALES DE INFECCION POR VIRUS (n=24).

Fuente: Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G." Centra Médico Nacional Siglo XXI.

- INFECCION POR PROTOZOARIOS Y BACTERIAS (n=12)

La mayor frecuencia de casos de enfermedad por protozoarios y bacterias fue por *Pneumocistis carinii* (agente causal de la neumonía) en 9 pacientes (75%); *Isospora belli* ocurrió en 2 personas (16.7%) y *Criptosporidium* en uno (8.3%) (gráfica 8).

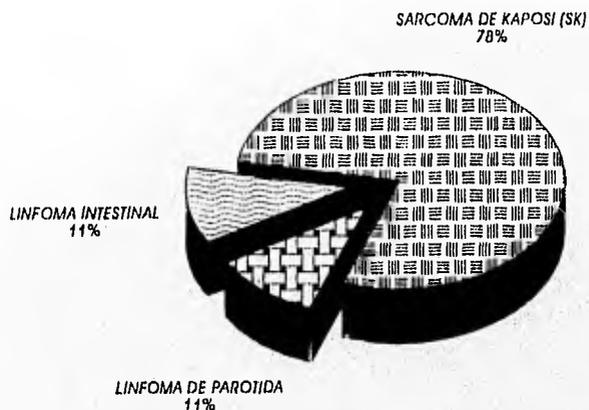


GRAFICA 8. AGENTES CAUSALES DE INFECCION POR PROTOZOARIOS Y BACTERIAS (n=12)

FUENTE: HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G." CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI.

NEOPLASIAS (PADECIMIENTOS HEMATO-ONCOLOGICOS) (n=9)

En el caso de las neoplasias, el Sarcoma de Kaposi fue el más frecuente en 7 casos (78%); Linfomas en 2 (22%) con localización en parótida e intestino respectivamente (gráfica 9).



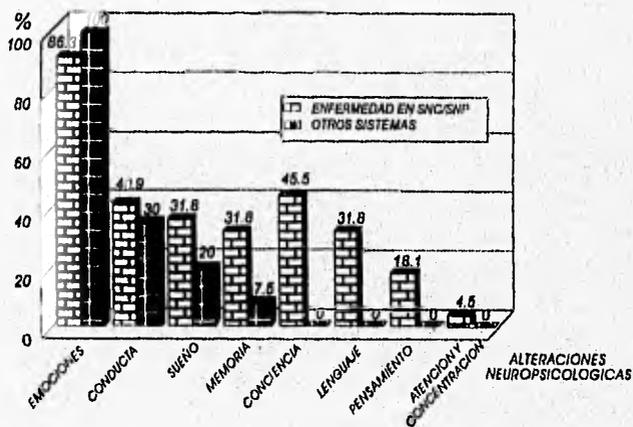
GRAFICA 9. PORCENTAJES DE NEOPLASIAS (n=9)

FUENTE: HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G." CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI.

ALTERACIONES PSICOLOGICAS

El 100% de esta muestra presenta alteraciones psicológicas. En los casos con enfermedad en SNC y/o SNP, se registraron alteraciones emocionales en 86.36%, en la conducta 40.91%, en sueño 31.82%, en memoria 31.82%, en pensamiento 18.8%, en conciencia 45.45%, en lenguaje 31.82% y 4.5 en atención y concentración.

En los casos de enfermedad orgánica sistémica sin alteración en SNC/SNP, se registraron 100% trastornos emocionales, 30% de la conducta, 20% del sueño y 7.5% de la memoria.



GRAFICA 10. ALTERACIONES PSICOLOGICAS EN LA POBLACION ESTUDIADA.

FUENTE: HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G." CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI.

ALTERACIONES EMOCIONALES

En los casos con presencia de enfermedad orgánica en SNC/SNP, los registros indicaron presencia de depresión 45.5%, ideación suicida 4.76%, astenia en 77.3%, apatía 9.1%, angustia 4.5%, agresión 4.5%, stress 4.5%, ansiedad 13.6%, irritabilidad 9.1%, inquietud 13.6%.

En los casos con enfermedad orgánica sin afectación del SNC/SNP, los registros indicaron presencia de depresión 35%, astenia en 77.5%, apatía 12.5%, agresión 4.5%, angustia 12.5%, ansiedad 12.5%, aprehensión 2.5%, irritabilidad 10%, inquietud 13.6%, inseguridad 7.5%, ira o coraje 2.5% .

Para complementar el estudio de las variables, se realizó un análisis comparativo calculando chi cuadrada (χ^2), para comparar la presencia o ausencia de enfermedad en SNC/SNP, edad, sexo y antigüedad del diagnóstico de VIH, con las alteraciones psicológicas. Se observaron diferencias significativas en depresión con una $p=0.03$ para los pacientes que tenían dos y más de cinco años del establecimiento del diagnóstico; también se encontraron diferencias significativas en aprehensión, con una $p=0.04$ para el sexo femenino.

ALTERACIONES DE LA CONDUCTA

En los casos de enfermedad orgánica en SNC/SNP, se registraron las siguientes alteraciones de conducta: irritabilidad 18.2%, agresión 4.5%, indiferencia 9.1%, adinamia 77.3%, anorexia 9.1% e inquietud 13.6%.

En los casos de enfermedad orgánica sin afectación del SNC/SNP, los registros fueron: irritabilidad 10%, agresividad 2.5%, adinamia 80%, anorexia 15%, inquietud 12.5% .

No se encontraron diferencias significativas para estas variables.

ALTERACIONES DEL SUEÑO

En los casos de enfermedad orgánica en SNC/SNP, se registró insomnio 22.7% y somnolencia 9.1%

En los casos de enfermedad orgánica sin afectación del SNC/SNP, se registró insomnio 12.5%, somnolencia 5% y terrores nocturnos 2.5%.

No se encontraron diferencias significativas para estas variables

ALTERACIONES DE LA MEMORIA

En los casos de enfermedad orgánica en el SNC/SNP, se registraron alteraciones en memoria retrógrada 22.7% y alteraciones de la memoria sin especificación en 9.1%.

En los casos de enfermedad orgánica en el SNC/SNP, no se registraron alteraciones en la memoria retrógrada y se encontraron 7.5% registros de alteraciones de la memoria sin especificación.

No se encontraron diferencias significativas para estas variables.

ALTERACIONES DEL PENSAMIENTO

En los casos de enfermedad orgánica en SNC/SNP, los registros indicaron presencia de alucinaciones 4.5%, delirio 13.6%, atención y concentración 4.5%, incoherencia 18.2%.

En los casos de enfermedad orgánica sin afectación del SNC/SNP, no se encontraron registros este tipo de alteraciones.

Se encontraron diferencias significativas para delirio con una $p=0.01$ de acuerdo a la presencia de en SNC/SNP

ALTERACIONES DE LA CONCIENCIA

En los casos de enfermedad orgánica en SNC/SNP, se registraron confusión 22.7%, desorientación 27.3%, coma 13.6%, ausencias 9.1%, pérdida del estado de alerta 18.2%

En los casos de enfermedad orgánica sin afectación del SNC/SNP, no se encontró registro de este tipo de alteración.

Se encontraron diferencias significativas para confusión, desorientación, ansiedad y estado de alerta. (tabla 6)

TABLA 6 VARIABLES QUE MOSTRARON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN ALTERACIONES DE LA CONCIENCIA DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE ENFERMEDAD EN SNC/SNP

VARIABLES	VALOR DE χ^2	VALOR DE p
CONFUSION	11.18	0.001
DESORIENTACION	13.64	0.000
ANSIEDAD	4.26	0.03
ESTADO DE ALERTA	8.80	0.003
ESTADO DE COMA	6.49	0.01

Fuente: Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G." Centro Médico Nacional Siglo XXI.

ALTERACIONES DEL LENGUAJE

En los casos de enfermedad orgánica en el SNC/SNP, se registraron: bradilalia 4.5%, disartria 18.2%, dislalia 4.5% y se registraron 18.2% alteraciones del lenguaje sin especificación.

En los casos de enfermedad orgánica sin afectación del SNC/SNP, no se encontraron registros de este tipo de alteración

Se encontraron diferencias significativas en disartria y alteraciones del lenguaje sin especificación, con un valor χ^2 de 8.80 y una $p=0.003$ para ambas variables de acuerdo a la presencia de enfermedad en SNC/SNP.

Se realizó análisis de regresión logística y se obtuvieron diferencias significativas con una $p < 0.05$ para las variables: pensamiento, conciencia y lenguaje, de acuerdo a la afectación en SNC/SNP; sin embargo, sólo mostraron ser factor de riesgo el sexo femenino y la antigüedad de dos y más de cinco años del establecimiento del diagnóstico de VIH para la depresión. Para adinamia, mostraron ser factor de riesgo la alteración en SNC/SNP y la antigüedad de uno, dos y más de cinco años del establecimiento del diagnóstico; y para astenia, el análisis mostró como factores de riesgo la ausencia de alteración en SNC/SNP y la antigüedad de uno, dos y más de cinco años del establecimiento del diagnóstico.

OTROS DATOS REGISTRADOS

SINDROME DE ABSTINENCIA

Existe reporte de 43 casos (69.35% de la muestra total) de alcoholismo; en 11 de éstos (25.58%) se registró la suspensión de la ingesta de alcohol, y en todos, el Síndrome de abstinencia, caracterizado por la manifestación de alteraciones emocionales, principalmente estados ansioso-depresivos; se registraron también 5 (45%) alteraciones en el sueño y 3 (27%) alteraciones en la conducta (agresión e irritabilidad). En los otros 32 (74.52%) expedientes en que se registró alcoholismo, no se encontró evidencia sobre la exploración de cambios en esta adicción.

EFFECTOS SECUNDARIOS A LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Los efectos secundarios a la administración de medicamentos se registraron en 10 casos (16% de la muestra total), de los cuales 8 (80%) fueron ocasionados por Zidovudina (AZT), Uno (10%) por Quimioterapia y Uno (10%) por Aciclovir.

CAPITULO IV

DISCUSION

En los resultados puede observarse, que las personas infectadas se encuentran en edad productiva, teniendo un severo impacto que afecta el status personal, familiar y socioeconómico, sobretodo en aquellos casos en que la persona infectada, ha jugado el papel de proveedor principal o único de la familia^{72,74,90,94}. La media de edad fue de 35.6 ± 10.4 para los varones y 37.8 ± 8.4 para las mujeres.

Las cifras de CONASIDA para el año de 1992, indicaban que por cada 6 hombres había una mujer infectada; en la muestra, la razón hombre: mujer fue de 6.7:1, que coincide con el reporte oficial de esos años. (CRIDIS, 1993; INTERNET, 1996)

En este estudio el factor de riesgo de mayor frecuencia fue la práctica sexual en 93.54% de la muestra total (58 hombres y mujeres heterosexuales, homosexuales y bisexuales), cifras semejantes a los reportes oficiales (90%);

La orientación sexual no evidenció ningún grupo de riesgo en particular; de hecho, el contacto con personas dedicadas formalmente a la práctica de la prostitución se registró en una frecuencia menor (24.1%), en comparación con la registrada para los contactos sexuales con parejas identificadas fuera de esta práctica que ocurrió en 84%. La

frecuencia elevada en la población que no es identificada como profesionales de la prostitución, parece indicar que es necesario enfatizar que no sólo aquellos que pertenecen a los grupos que inicialmente fueron considerados de alto riesgo (homosexuales, bisexuales ó prostitutas), están expuestos a adquirir la infección por VIH.

Actualmente, se considera que todas las personas pueden adquirir la infección por VIH, si y sólo si, se exponen a prácticas sexuales sin protección (sin condón y/o barreras) o, si están expuestos a transfusiones sanguíneas de paquetes no controlados (sin análisis previo que descarte la presencia del VIH, análisis reglamentado a partir de agosto de 1987), ya sea por padecer alguna enfermedad hemato-oncológica o bien, por haber sido sometidos a procedimientos quirúrgicos; o, si por su ocupación laboral están expuestas al manejo de fluidos orgánicos (sangre, semen y secreciones corporales) o instrumental quirúrgico contaminado, sin tomar las medidas de prevención indicadas. En el manejo del paciente con VIH por parte del Psicólogo en el campo clínico, el riesgo de infección es mínimo, existe riesgo sólo en caso de presentarse la necesidad de brindar apoyo a algún paciente que curse con una enfermedad que provoque emisión de secreciones corporales, en cuyo caso deberá evitarse el contacto directo con cualquier fluido orgánico. ^{5,42,43,67,71,72,74,91,94,101,102}

Llama la atención la variedad de cuadros clínicos iniciales que presentaron los pacientes y que condujeron a corroborar mediante pruebas de laboratorio la infección por VIH, y los que se manifiestan durante la evolución de la misma; es importante que el clínico esté

familiarizado con la variedad de padecimientos que pueden ser indicio de infección por VIH y los que se manifiestan durante la evolución de la infección, ya que la intervención del apoyo psicológico a estos pacientes, dependerá también del estado general de salud en que se encuentren, no es lo mismo atender un paciente asintomático, que a un paciente a quien deberán practicarle o a quien ya le realizaron una biopsia o una punción, ni otro que se encuentre en fase terminal; así como tampoco es igual atender a un paciente con enfermedad en SNC/SNP que a otro en el que estén afectados otros sistemas. J.R. 23, 24, 28, 72, 90, 94

Crowe (1991) y Phillips (1991), consideran el número total de CD4 como índice predictor de los agentes oportunistas que pueden manifestarse de acuerdo al decremento en la competencia del sistema inmunológico, ya que permite intervenir en forma oportuna en beneficio de los pacientes con este tipo de padecimiento. Estos datos no se consideraron en la muestra estudiada, pues para esas fechas el conteo linfocítico no se practicaba como estudio de control rutinario; en futuras investigaciones, serán considerados los reportes para este estudio clínico, que serán de gran utilidad para verificar el impacto del tratamiento psicoterapéutico sobre el nivel inmunológico de los pacientes.

En los expedientes revisados, las alteraciones psicológicas se registraron en 100% tanto para los pacientes que tienen enfermedad en SNC/SNP, como para aquellos con enfermedad en otros sistemas sin compromiso en SNC/SNP. Las alteraciones emocionales son elevadas, 86.36% para los casos con enfermedad en SNC/SNP y 100% para los casos

con enfermedad en otros sistemas; globalmente, se aprecia que los indicadores específicos de depresión (45.5% para los casos con enfermedad en SNC/SNP y 35% para los casos con enfermedad en otros sistemas, sin afectación en SNC/SNP), y de ansiedad (13.6% y 12.5%, respectivamente), aparentemente son bajos, pero al analizar los datos de otros síntomas que son interpretados como sinónimos tales como astenia (77.3%-77.5%) y apatía (9.1%-12.5%), para depresión; y, angustia (4.5%-12.5%), stress (4.5% en los casos de enfermedad en SNC/SNP), inseguridad (7.5% para enfermedad en otros sistemas sin afectación en SNC/SNP) y aprehensión para ansiedad, el resultado final es muy elevado. Estas cifras evidencian que es indispensable el apoyo psicológico, ya que de acuerdo a lo reportado en la literatura, la depresión y la ansiedad decremantan la competencia del sistema inmunológico.^{9,11,13,35,53,57,68,72,98}

El análisis comparativo con χ^2 , mostró diferencias significativas para los pacientes que tenían dos y más de cinco años del establecimiento del diagnóstico de VIH/SIDA; este dato llama la atención por el tiempo en que el paciente notifica su estado emocional, probablemente esto esté relacionado también con las diferentes etapas adaptativas y de duelo frente a la enfermedad.

Se encontraron diferencias significativas para aprehensión, con una frecuencia mayor para el sexo femenino, lo cual puede estar relacionado con aspectos socioculturales de la expresión de las emociones.

Por otro lado, las alteraciones en las áreas de conciencia (45.5%), lenguaje (31.8%) y pensamiento (18.8%) sólo se manifestaron en aquellos pacientes con alteraciones en SNC/SNP, no así en los pacientes con enfermedad en otros sistemas sin afectación del SNC/SNP, en cuyos casos los trastornos fundamentalmente se encuentran en emociones (100%), conducta (30%), sueño (20%) y memoria (7.5%); en las dos últimas, existe evidencia de que la presencia de ansiedad y depresión influyen también en las alteraciones del sueño y de la memoria. El análisis de la regresión logística mostró, en la que se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas para las variables pensamiento, conciencia y lenguaje, de acuerdo a la afectación o, no afectación en el SNC/SNP, resultados congruentes con los reportes de la literatura nacional e internacional, debido a que las funciones cerebrales superiores están relacionadas con el funcionamiento del SNC/SNP.^{10,40,47, 9,51,56,87}

De acuerdo a lo esperado para pacientes con enfermedad en SNC/SNP, el análisis comparativo mostró diferencias significativas con una $p = < 0.05$ para delirio, confusión, desorientación, ansiedad, estado de alerta, disartria y alteraciones del lenguaje sin especificación.

De acuerdo al análisis de regresión logística, el sexo femenino parece ser factor de riesgo para presentar depresión, recordemos que existen variables socioculturales que favorecen la expresión de las emociones en las mujeres, además de la existencia de factores endocrinológicos que parecen estar relacionados con la labilidad emocional.

Mostraron ser factores de riesgo, la presencia de enfermedad en SNC/SNP y la antigüedad de uno, dos y más de cinco años del establecimiento del diagnóstico para los registros de adinamia; probablemente esto está relacionado con las fases de adaptación y duelo de la enfermedad, y como es de esperar, conforme transcurre el tiempo, crece la posibilidad de acercarse a la fase terminal.

Para asenia, la ausencia de enfermedad en SNC/SNP y la antigüedad de uno, dos y más de cinco años del establecimiento del diagnóstico, mostraron ser factores de riesgo, el incremento de los reportes para esta alteración probablemente se deba a que los pacientes ambulatorios, llevan un estilo de vida como la de otros pacientes con enfermedad crónica, enfrentan diferentes situaciones propias de su padecimiento que incrementan las reacciones emocionales y tienen oportunidad de reportar sus estados de ánimo en sus consultas de control, no así los pacientes con enfermedad en SNC/SNP quienes sufren un deterioro acelerado, su atención es predominantemente en hospitalización y el dato no es registrado debido a su estado físico.

Partiendo de la concepción del individuo como un ser bio-psico-social, la intervención hacia el paciente con infección por VIH, al igual que para otros con enfermedades crónicas diversas, deberán tener un abordaje interdisciplinario, que incluya una actividad de enlace entre los diferentes médicos especialistas (Infectólogos, Internistas, Neurólogos, etc), personal de enfermería, técnicos auxiliares de diagnóstico con los trabajadores de la Salud Mental (Psicólogos y Psiquiatras), así como con los Trabajadores Sociales que

integren el equipo responsable de la atención de estos pacientes. Es importante que cada uno de los miembros del equipo interdisciplinario comprenda las características de la enfermedad, el riesgo de contagio, las manifestaciones sistémicas y las manifestaciones psicológicas, dando especial relevancia a la comunicación para evitar confusiones y estados de ansiedad que puedan llevar tanto al paciente como a sus familiares a manifestar conductas de extrema demanda y/o agresión hacia quienes se encargan de su atención o bien, se pueda dañar seriamente la confianza y la adherencia terapéutica, obstaculizando la intervención oportuna de los diferentes padecimientos y alteraciones que se manifiestan durante la evolución de la enfermedad.^{14,17,23,26,36,43,74,90,94}

Es importante señalar, que aún cuando hay mayor participación del psicólogo en el campo clínico de los hospitales generales, de segundo y tercer nivel, en la atención y difusión de las reacciones emocionales de los pacientes, ante la enfermedad (sin importar su diagnóstico), aún falta mucho por hacer. Por un lado, existen limitaciones derivadas del escaso personal contemplado en las plantillas para este tipo de profesionistas en este tipo de instituciones y por otro, porque el proceso para integrarse al mundo médico no ha sido fácil. Pero ese mundo médico progresivamente está aceptando a sus pacientes dentro de un contexto más integral, (bio-psico-social), aprendiendo a reconocer, respetar y tratar las manifestaciones emocionales, ya sean de ansiedad, tristeza, desolación, frustración, hostilidad, opositorismo, etc., como algo que acompaña a las enfermedades orgánicas y conocer y aceptar sus propias reacciones emocionales ante cierto tipo de pacientes, es algo a lo que no hay que darle la espalda, sino más bien tratar de

comprenderlo y manejarlo, no ignorarlo, observando que un adecuado manejo psicológico de esas reacciones sí produce cambios favorables en el estado de ánimo del paciente y del trabajador de la salud, favoreciendo una comunicación más fluida y una mayor satisfacción en el desarrollo de la tarea en el universo hospitalario.^{13,17,23-26,36,74,75,82,90,94,99,101}

El aprender el lenguaje médico, a la vez que se enseña un lenguaje psicológico, es y será un reto a superar. Afortunadamente las resistencias que se encontraban antes en la interrelación de las diversas ramas médicas y los psicólogos clínicos se ha ido desvaneciendo, en gran parte porque estos últimos han participado más en la formación de residentes, enfermeras y trabajadoras sociales, en seminarios y congresos médicos, dando a conocer las reacciones emocionales de los pacientes ante la enfermedad, sean o no crónicas y los beneficios que se logran al reconocerlas, aceptarlas y manejarlas en la medida de las posibilidades de cada especialista. La enseñanza de las reacciones ante la muerte y el manejo del duelo, ha permitido que el personal médico y paramédico, acepte en gran medida sus sentimientos de impotencia y dolor, a la vez que le permite tener en la mayor parte de los casos una relación más cercana con el paciente y sus familiares, favoreciendo la comunicación, racionalizando las expectativas y propiciando la adherencia terapéutica, que en el caso de los pacientes con VIH/SIDA es de gran importancia, pues es necesario sensibilizar al paciente de su responsabilidad en retardar la evolución del padecimiento y la aparición de enfermedades oportunistas, así como conservar su calidad de vida tanto física como emocional; contener la diseminación del

virus al evitar conductas impulsivas o vengativas, que hablan del enojo y frustración que sienten los pacientes; estimulando los vínculos familiares o las redes de apoyo necesarias (como los grupos de auto-ayuda), con el fin de que el proceso de enfermedad transcurra con menos viscosidades y soledad, producto de las reacciones de angustia y depresión y para que el momento de la muerte sea menos doloroso para todos.^{13, 17, 21-}

26, 36, 46, 74, 75, 82, 90, 94, 99, 101

Este nuevo esquema de intervención del psicólogo en el ámbito clínico aún puede encontrar muchas barreras, tanto en hospitales como en los propios colegas que se resisten al cambio y a la necesidad real de integrarse a un verdadero enfoque bio-psico-social, concepto que siempre ha sido enseñado en los cursos universitarios, pero que no empieza a aplicarse en algunas instituciones sino hasta hace poco, favoreciendo un verdadero trabajo de equipo interdisciplinario, en beneficio de los pacientes y de los mismos profesionistas de la salud ya que para estos últimos implica el respetuoso intercambio de conocimientos, y la verdadera objetivización de las tareas de diagnóstico, pronóstico y tratamiento, esforzándose por respetar y reforzar la calidad de vida de los pacientes, durante y después de su intervención. Es cierto que aún queda mucho por hacer, pero definitivamente, la evidencia señala que estamos en el camino correcto, haciendo de la tarea de sanación, un procedimiento con alto contenido humano.

CAPITULO V

REACCIONES PSICOLOGICAS ANTE LA ENFERMEDAD Y RECURSOS PSICOTERAPEUTICOS QUE DEBERAN TOMARSE EN CUENTA EN LA ATENCION DE PACIENTES CON INFECCION POR VIH/SIDA:

La importancia de la atención a las reacciones y trastornos emocionales derivados de un diagnóstico positivo no se centra sólo en el alivio de los mismos; de acuerdo a investigaciones recientes, se ha observado que tienen gran relevancia e influencia sobre la respuesta inmunológica, misma que en presencia de estos trastornos se deprime significativamente provocando un desarrollo progresivo de las enfermedades que acompañan la infección por VIH en un tiempo menor del previsto, en forma similar a lo que sucede frente a otro tipo de enfermedades crónicas tales como Cáncer, Insuficiencia Renal, Miastenia Gravis, etc., que atentan contra la vida, como lo han señalado ya diversos autores.^{9, 11, 13, 35, 53, 57, 68, 72, 98}

Diversos investigadores describen entre las reacciones psicológicas que se manifiestan en el momento de la notificación del diagnóstico y durante el desarrollo de la enfermedad las siguientes: depresión, aislamiento, ansiedad, angustia, resentimiento, pena y dolor tanto frente a las pérdidas físicas, morales, sociales y económicas como por la muerte

inminente; temor al aislamiento, a la estigmatización y pérdida de empleo, fantasías e ideas suicidas, coraje, culpa, ira, frustración por la vulnerabilidad al virus y por los proyectos personales que no podrán realizarse, negación, deterioro de la autoestima, insomnio, miedo a contagiar a otros, a las consecuencias del tratamiento, al rechazo de familiares y amigos, preocupación por la continuidad de su vida sexual en la que deberán implementar diversos cambios; stress, manía expresada como agitación y dispersión, pánico y reacciones histéricas e hipocondríacas, sensación de castigo, actitudes regresivas, shock, parálisis o descarga afectiva frente a la vergüenza o el deseo de venganza.^{15, 23-25, 36, 39, 49, 56, 72, 76, 78, 90, 94, 99}

Lo anterior muestra claramente la necesidad de apoyo emocional, económico y social, además del peligro que tanto el paciente como la población en general se encuentran si no se canalizan y manejan adecuadamente todas estas reacciones y trastornos, pues existe la amenaza de la diseminación del virus. Por otro lado, se hace patente la necesidad de profesionales capacitados para enfrentar esta enfermedad considerada como bio-psico-social, y la intervención Psicoterapéutica que permita la adaptación de los pacientes frente a su padecimiento y a su entorno familiar y social.

La Dra. Kübler Ross, menciona cinco fases por las que atraviesa una persona que contrae alguna enfermedad que lo llevará a la muerte y que también han sido observadas en los pacientes con infección por VIH, sintomáticos y asintomáticos:

1. *Negación.*- implica una resistencia a aceptar la realidad de la enfermedad que se padece, aparece como una defensa temporal que será reemplazada paulatinamente por una aceptación parcial, momento en que el paciente tiende a aislarse y requiere de apoyo para continuar su tratamiento y la seguridad de que va a estar acompañado hasta el final. Durante este tiempo no deberá forzarse al paciente a la aceptación de la realidad a menos que se encuentre amenazado su integridad o la de otros. El tema de la muerte sólo se tocará si el paciente lo solicita.^{17,25,49,61,62,90,100}

2. *Ira (coraje).*- la negación y aislamiento son reemplazados en un primer momento por "coraje, rabia, envidia y resentimiento", expresándose hacia el medio ambiente; la ayuda aquí no sólo es hacia el paciente sino también hacia familiares y equipo de salud para lograr la comprensión del paciente cuando atraviesa por esta fase, pues el enfermo tiende a ser demandante y exigente en su atención. Será fundamental en esta etapa, la descarga del coraje, que a su vez, permitirá la manifestación de los sentimientos de afecto, de calor y cariño.^{17,25,49,61,62,90,100}

3. *Negociación.*- en esta etapa, las demandas son sustituidas por arreglos internos en un intento de posponer lo inevitable, se acompaña por un deseo de sobrevivencia. Durante este tiempo deberá aprovecharse la disponibilidad del paciente para cooperar en su tratamiento médico-psicológico.^{17,25,49,61,62,90,100}

4. *Depresión.*- aparece como una respuesta frente a las pérdidas físicas, autoestima, amorosas, económicas y sociales. La autora refiere la presencia de dos tipos de Depresión, la reactiva relacionada con las pérdidas reales que se van presentando; y la pena preparatoria, referida a la muerte; debiendo mantener durante esta fase una actitud de apoyo que deberá manifestarse con frecuencia con compañía silenciosa y manifestaciones corporales de afecto, tales como apretón de manos, caricia en el cabello, etc. El trabajo de angustias, ansiedades y asuntos pendientes, permitirá al paciente obtener tranquilidad y cuando los familiares pueden compartir esta experiencia podrán evitar futuras ansiedades y sentimientos de culpa por haber abandonado al paciente.^{17,25,49,61,62,90,100}

5. *Aceptación.*- una vez que se han atravesado las cuatro etapas anteriores y la muerte está cercana, el paciente se muestra en ocasiones indiferente y expresa deseos de permanecer solo; deberán respetarse las decisiones del enfermo y limitarse a la expresión corporal del afecto, es importante que sienta que no se le abandonará . El apoyo a familiares aquí es también indispensable para la comprensión de las actitudes del paciente y mantener la disposición del sistema familiar hasta el final.^{17,25,49,61,62,90,100}

Estas etapas, según menciona la Dra. Kübler Ross, son adaptativas y podrían presentarse en un orden diferente al citado.

Reportes recientes de profesionales en Salud Mental, sugieren a partir de la experiencia con pacientes afectados por el VIH/SIDA, la práctica de técnicas utilizadas en:

Terapia Breve y de Emergencia.- permitirán la reducción de los trastornos emocionales tales como ansiedad, culpa, tensión, depresión y temores; la inducción a cambios en las conductas de riesgo del paciente y la reflexión sobre las personas involucradas en la crisis. ^{7,17,25,46,75,90,94}

Terapia de Grupos de Apoyo y Autoayuda.- que permiten el manejo de los trastornos emocionales que se presentan desde el diagnóstico y durante el desarrollo de la enfermedad acompañados por los miembros del grupo quienes viven situaciones similares; la pertenencia al grupo y el establecimiento de objetivos comunes favorecerá el cambio de actitudes y conductas de riesgo, además de combatir los sentimientos de soledad y aislamiento. Este tipo de grupos permite la ayuda común en la que aquellos que han superado una fase ayudan a sus compañeros a la superación de la misma. ^{17,36,46,72,78,90,94,99}

Terapia Familiar.- la comprensión de la enfermedad por parte del sistema familiar, fortalecerá el soporte social del paciente; sus respuestas repercutirán en el desarrollo de síntomas diversos, por lo que resulta necesaria la ayuda para la superación del miedo al contagio de los otros miembros de la familia, así como sentimientos de horrorización, marginación y rechazo del enfermo; el trabajo del duelo evitará al sistema sentimientos de culpa futuros y la travesía conjunta por las diversas fases emocionales facilitará su

superación. Por otro lado, el entrenamiento de la familia para una situación inesperada como ésta es indispensable en la reacomodación de sus miembros ante la necesidad de suplir en un momento determinado, las funciones que el enfermo no pueda realizar, sobretodo cuando se trata de la figura que juega el rol de proveedor principal de la familia. ^{17,25,35,36,46,70,76,82,90,92,93,94,99} *Satir, Satir, Hoffman*

Hoffman (1991), refiere la utilidad de las técnicas de relajación y terapia corporal para el manejo de trastornos emocionales a partir de su expresión y catársis, para lograr un adecuado control de las mismas y que el paciente se sienta aliviado. (Hoffman, 1991)

Sea cual fuere el tipo de tratamiento terapéutico, los objetivos deberán centrarse en: Proporcionar información suficiente para la comprensión del padecimiento y aclaración de dudas; apoyo para el manejo de los diversos trastornos emocionales y el paso por las diferentes fases emocionales referidas para pacientes con enfermedades que amenazan la vida; la elaboración del duelo por las múltiples pérdidas; la modificación de actitudes y conductas riesgosas que de lo contrario pondrían en peligro no sólo al paciente sino a otros; así como la implementación de actividades de mantenimiento y restitución (en lo posible), de las funciones cognitivas y motoras. ^{17,21,26,36,46,68,72,75,90,94}

El terapeuta, entre otras cosas, deberá estar atento a sus reacciones contratransferenciales, revisar concienzudamente sus ideas, creencias y sentimientos sobre la vida y la muerte, la homosexualidad y las prácticas y estilos de vida de los pacientes;

además, *revisar constantemente el tipo de relación que se está estableciendo con el paciente para que éste no experimente sensación de abandono ni sobreprotección, que dañarían el proceso terapéutico.*^{21,23-25,46,49,78,82,90}

Por último, *De la Parra y Fodor (1992), resumen con las siguientes palabras el impacto que los pacientes con enfermedad terminal, tienen sobre el equipo de salud:*

....." *El médico se transforma en objeto de gran expectación. Se convierte en el recipiente de una desmesurada idealización irreal o de la rabia desplazada del paciente.*

El médico no sólo es exigido por el paciente y sus familiares, sino que también por sí mismo. Su formación tiene que ver con curar; su éxito lo asocia a la curación, más que a proveer del mejor cuidado a su paciente. Además, presenta ansiedad frente a la muerte. Todas estas presiones (exigencias, sensación de fracaso como curador) le provocan vergüenza y culpa. La ansiedad frente a la muerte puede también ponerlo en peligro de angustia y depresión. Ante esto, él también recurre a diversos mecanismos de defensa"...

Lo anterior nos reafirma la relevancia del papel del Psicólogo dentro del equipo interdisciplinario de salud y la gran responsabilidad de todo el equipo de alcanzar un final digno para todos.

BIBLIOGRAFIA

1. Allen Gonda Mathew (1986). *The natural history of AIDS. Natural History. Vol.95;4:78-82.*
2. Anaissie Elias, et.al.(1988). *Central nervous system Histoplasmosis: an unappreciated complication of the Acquired Immunodeficiency Syndrome. The American Journal of Medicine. Vol.84:215-224.*
3. Antoniskis Diana, et.al.(1988). *Importance of assessing risk behavior for AIDS. Postgraduate Medicine. Vol.83;5:135-160.*
4. Baum Rudy M.(1986). *AIDS researchers make indroads in understanding a complex virus: using the techniques of modern molecular biology, scientists have made important progress in deliniating the AIDS virus and how it cautes dlsease. Social Issues Resources Series. Vol.1;Art.32.*
5. Barriga Angulo et.al.(1989). *Exposición ocupacional al virus de la inmunodeficiencia humana. Revista Médica I.M.S.S. Vol.27;5: 379.*
6. Bayer Ronad y Openheimer Gerald (1986). *Living with AIDS in the work place. Social Issues Resources Series. Vol.1;Art.22.*

7. *Bellak y Small (1986) Psicoterapia Breve y de Emergencia. Edit. Pax-Mex. Librería Carlos Cesarman, S.A. Mex., D.F.*
8. *Black Paul H., (1985). HTVL-III, AIDS, and the brain. The New England Journal of Medicine. Vol.313;24:1538-1540.*
9. *Borah D. y Barnes M. (1986). Nervous and Immune System disorders linked in a variety of diseases. Science. Vol.232:160-161.*
10. *Bruhn PS, et.al. (1987). AIDS and dementia: a quantitative neuropsychological study of unselected danish patients. Acta Neurol. Scan. Vol.76:443-447.*
11. *Bridge TP y Mirsky AF Ph. (1986). Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS): neuropsychologic and psychoimmunologic aspects. Psychopharmacology Bulletin. Vol.22;3:665-667.*
12. *Cano Domínguez Carlos et.al. (1989). Reporte de 131 casos de SIDA en el Hospital de Infectología, Centro Médico La Raza, I.M.S.S. Revista Médica I.M.S.S. Vol.27;2:101-106.*
13. *Coates, TJ et.al. (1984). Psychosocial research in essential to understanding and treating AIDS. American Psychologist. Vol.39:1309-1313.*

14. Cohen MA y Weisman HW.(1986). *A biopsychosocial approach to AIDS. Psychosomatics. Vol.27;4:245-249.*
15. CRIDIS (1991). *Centro Regional de Información Documental en SIDA, México.*
16. Crowe S.M. et.al. (1991). *Predictive value of CD4 lymphocyte number for the development of opportunistic infections and malignancies in HIV infected persons. J.Acquir. Immune Defic. Syndrome Vol.4:770.*
17. Cruz Lima MT et.al. (1990). *Alteraciones neurológicas y psicológicas asociadas con el SIDA y alternativas terapéuticas. Memorias VII Congreso Nacional El Contacto de las Neurociencias y la Psiquiatría. Sociedad de Psiquiatría Biológica, Acapulco, Gro.*
18. Cunha BA y Strampfer MJ, (1988). *Clinical clues to AIDS. Postgraduate Medicine. Vol.83;5:165-179.*
19. Chess Jeremy Dr. et.al.(1990). *Manifestaciones oftálmicas del SIDA. Revista de Infectología. Año 10;2:83-86.*
20. De la Parra C.G., Fodor B.M. (1992). *Factores Psicológicos en la Enfermedad Cancerosa. Cancerología, Vol.38;2:1555-1563.*

21. *Detmer William M. B.A. et.al. (1987). Neuropsychiatric complications of AIDS: a literature review. Journal Psychiatry in Medicine. Vol.16;1:21-29.*
22. *Diclemente Ralph J, PH. et.al.(1986). Adolescents and AIDS: a survey of knowledge, attitudes and belief about AIDS in San Francisco. Annual Journal Public Health. Vol.76;12:1443-1445.*
23. *Dilley JW et.al.(1985). Findings in psychiatric consultations with patients with acquired AIDS. American Journal Psychiatric. Vol.142;1:82-85.*
24. *Dilley JW et.al.(1986). Psychological complications of AIDS. Medical Aspects of Human Sexuality:55-56.*
25. *Dilley JW et.al.(1986). Psychiatric and ethical issues in the care of patients with AIDS. Psychosomatics. Vol.27;8:562-566.*
26. *Dwyer Barbara J (1987), AIDS. The Psychiatric Time. Vol.4;1:1-17.*
27. *Elkin Charles M, et.al.(1985). Intracranial lesions in the Acquired Immunodeficiency Syndrome. Jama. Vol.253:393-396.*
28. *Ey Henry (1987). Tratado de Psiquiatría. Masson, México, 8ª edición.*

29. *El-Sadur W, et.al.(1987). Four-year prospective study of homosexual men: correlation of immunologic abnormalities, clinical status, and serology to human immunodeficiency virus. The Journal of Infections Diseases. Vol.155;4:789-793.*
30. *Fajardo Velázquez R. et.al.(1989). Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: características epidemiológicas en el Hospital de Infectología. Revista Médica I.M.S.S. Vol.27;2: 119-123.*
31. *Faulstich Michael E., Ph.D.(1987). Psychiatric aspects of AIDS. American Journal Psychiatric. Vol.144;5:551-556.*
32. *Fernández F. et.al.(1988). Cognitive impairment due to AIDS-Related Complex and its response to psychostimulants. Psychosomatics. Vol.29;1:40-46.*
33. *Fisher Kathleen (1986). AIDS: military testing documents virus in heterosexual: privacy concerns growing. Social Issues Resources Series. Vol.1;Art. 20.*
34. *Flavin Daniel K, et.al.(1986). The acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) and suicidal behavior in alcohol dependent homosexual men. American Journal Psychiatry. Vol.143:1440-1442.*

35. Fletcher RH, Fletcher SW (1983). *Clinical Epidemiology. A new discipline for an old art. Ann Intern Med* 99:401-403.
36. Frierson Robert L, et.al.(1987). *AIDS: psychological stresses on the family. Recomendations for couseling relatives of the AIDS patient. Psychosomatics. Vol.28;2:65-68.*
37. Gabuzda DH y Hirsch MS,(1987). *Neurologic manifestations on infection with human immunodeficiency virus. Annals of internal medicine. Vol.107;3:383-391.*
38. Gold Jonathan WM, et.al.(1985). *Unexplained persistent Linphadenopathy in homosexual men and the Acquired Immunodeficiency Syndrome. Medicine. Vol.64; No.3; P.P.:203-213.*
39. Gomez Alva Araceli (1987). *Reacciones psicológicas ante el SIDA. Revista de Psicología: Aletheia. No.8:61-66.*
40. Grant Igor, et.al.(1987). *Evidence for early Central Nervous System involvement in the Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) and other human immunodeficiency virus (HIV) infections. Annals of Internal Medicine. Vol.107;6:828-836.*

41. Grant Robert M, et.al.(1987). Infectivity of the human immunodeficiency virus: estimates from a prospective study of homosexual men. *The Journal of Infectious Diseases*. Vol.156;1: 189-192.
42. Hammet Theodore M, Ph.D.(1987). *AIDS and the law enforcement officer, Research in Action*. Ed.National Institute of Justice. Nov.-Dic.
43. Hammet Theodore M, Ph.D.(1988). Precautionary measures and protective equipment: developing a reasonable response. *AIDS Bulletin*. Feb.
44. Harris Carol et. al.(1988). In vitro assessment of antimicrobial agents against *Toxoplasma gondii*. *The Journal of Infectious Diseases*. Vol.157;1:14-22.
45. Heagarty Margaret C, (1987). *AIDS: a view from the trenches*. *Social Issues Resources Series*. Vol.1;Art.37.
46. Hoffman MA (1991). *Counseling the HIV-Infected Client: A Psychosocial Model for Assesment and Intervention*. *The Counseling Psychologist*. Vol.19;4:467-542
47. Illescas Renato Dr.(1989). *Alteraciones mentales del SIDA*. *Memorias del Congreso Latinoamericano de la Federación Mundial de Psiquiatría Biológica y la Filial Mexicana*. Mex.

48. *INTERNET (1996) Consulta estadística para el año de 1992. México*
49. *Jalife Alfredo Dr.(1989). El stress del SIDA. Memoria del Congreso Latinoamericano de la Federacion Mundial de Psiquiatria Biológica y la Filial Mexicana. Mex.*
50. *Jankovic Joseph, et.al.(1986). Whipples disease of the Central Nervous System in AIDS. The New England Journal of Medicine. Vol.315;16:1029-1030.*
51. *Janssen Robert S, et.al.(1988). Neurological complications of human immunodeficiency virus infection in patients with Lymphadenopathy Syndrome. Annals of neurology. Vol.23;1:49-55.*
52. *Jarlais DD, Ph.D. y Hunt Dana E, Ph.,(1988). AIDS and intravenous drug use. AIDS Bulletin. Feb.*
53. *Joffe Russel T, et.al.(1986). Neuropsychiatric aspects of AIDS. Psychopharmacology Bulletin. Vol.22;3:684-688.*
54. *Kato T, et.al.(1987). Neuropathology of Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in 53 autopsy cases with particular emphasis on microglial nodules and multinucleated giant cells. Acta Neurophatol Berl. Vol.73;3:287-294.*

55. Kerlinger, F.N., (1981) *Investigación del Comportamiento. Técnicas y Metodología. México: Interamericana.*
56. Kermani Ebrahim J, et.al.(1985). *New psychopathologic findings in AIDS: case report. The Journal of Clinical Psychiatry. Vol.46;6: 240-241.*
57. Kielcot-Glasser J y Glasser R, Ph.D. (1986). *Psychological influences on immunity. Psychosomatics. Vol.27;9:621-624.*
58. Klein Daniel E, et.al.(1987). *Changes in AIDS risk behaviors among homosexual male psysicians and university students.American Journal Psychiatry. Vol.144;6:742-746.*
59. Koenig Scott et. al. (1986). *Detection of AIDS virus in macrophages in brain tissue from AIDS patients with encephalopatya. Science. Vol.233:1089-1093.*
60. Koyanagi Yoshio et.al. (1987). *Dual infection of the Central Nervous System by viruses with distinct cellular tropisms. Science. Vol. 236; P.P.: 819-822.*
61. Kübler Ross E. (1978) *La muerte y los moribundos. Ed. Grijalbo. España*

62. Kübler Ross E. (1985) *Una luz que se apaga*. Ed. Pax. México
63. Leport Katherine, et.al. (1988). *Treatment of Central Nervous System Toxoplasmosis with pyrimethamine/sulfadiazine combination in 35 patients with the Acquired Immunodeficiency Syndrome. The American Journal of Medicine. Vol.84:94-99.*
64. Levy Robert M, et.al.(1985). *Neurological manifestations of the Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS): experience at ucxf and review of the literature. Journal Neurosurgery. Vol.62:475-191.*
65. Lobato Mendizabal E, et.al.(1989). *Prevalencia alta del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), asociado a transfusión en Puebla, Mex. Revista de Investigación Clínica. Abr.-May.*
66. Luft Benjamin J., Remington J.S. (1988). *Toxoplasmic encephalitis. The Journal of Infectious Diseases. Vol. 157;1: 1-6.*
67. Marin López Antonio et.al.(1989). *Infección ocupacional por el virus de inmunodeficiencia humana en miembros de una misma familia. Revista de Investigacion Clínica. Vol.41;2:103-106.*

68. *Martin John L, et.al. (1984). Behavioral and psychosocial factors in AIDS. Methodological and substantive issues. American Psychologist. Vol.39;11:1303-1308.*
69. *Meer Jeff (1986). Anatomy of AIDS dispute. Across the Board:62-63.*
70. *Minuchin S., Fishman (1987) Técnicas de Terapia Familiar. Ed. Paidós. México*
71. *Mod J.Q., et.al.(1987). Infants born to mothers seropositive for human immunodeficiency virus. The Lancet. May:1164-1167.*
72. *Morin Stephen F, et.al.(1984). The psychological impact on gay men. American Psychologist. Vol.39;1:1288-1293.*
73. *Muñoz David G, et.al.(1987). Comparison of Cytomegalovirus infection of brain and lung in a patient with subacute encephalopathy of Acquired Immunodeficiency Syndrome. Arch. Pathol. Lab. Med. Vol.111:234-237.*
74. *Nájera Rafael et.al. (1990). SIDA: de la Biomédica a la Sociedad. Edit. Eudema, España, 1990;Cap.1,2,3,4,5,12 y 16.*

75. *National Institute of Mental Health (1986). Psychological and social considerations in helping people with HTVL-III infection. U.S.A.*
76. *Ode Kim (1986). AIDS victim wins the battle against bitterness. Social issues series. Vol.1;Art.34.*
77. *Ostrow David G, Ph.D. et.al.(1986). Psychological aspects of AIDS risk. Psychopharmacology Bulletin. Vol.22;3:678-683.*
78. *Perry Samuel y Jacobsen Paul, Ph.D.(1986). Neuropsychiatric manifestations of AIDS-spectrum disorders. Hospital community psychiatry. Vol.37;2:135-142.*
79. *Petito Carol D., et.al.(1985). Vacuolar myelopathy pathologically resembling subacute combined degeneration in patients with the Acquired Immunodeficiency Syndrome.The New England Journal of Medicine. Vol.312;14:874-879.*
80. *Peredo López Velarde Miguel A. (1989). Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: evidencia de infección por un nuevo virus (VIH-2). Revista Médica I.M.S.S. Vol.27;2:79-82.*
81. *Phillips A.N. et.al. (1991) Serial CD4 Lymphocyte counts and development of AIDS. The Lancet:337-389*

82. *Ponce de León Samuel (1989). La relación médico-paciente en el caso del paciente infectado por el virus de inmunodeficiencia adquirida. Revista de Investigación Clínica. Vol.41;3:201-203.*
83. *Robles T., et.al.(1987). El enfermo crónico y su familia. Ed. Nuevomar, S.A. de C.V., México, D.F.*
84. *Rosenblum Mark, (1985). Prevalence of neurologic abnormalities in AIDS patients. Amer Family Pshysician. Vol.31;1:158.*
85. *Roullet E., et.al. (1994) Cytomegalovirus multifocal neurophaty in AIDS: Analysis of 15 consecutive cases. Neurology. Vol.44:2174-2182*
86. *Rundell James R, et.al.(1986). Three cases of AIDS-related psychiatric disorders.American Journal Psychiatry. Vol.143;6:777-778.*
87. *Russel T.J., et.al.(1986). Neuropsychiatric aspects of AIDS. Psychopharmacology Bulletin. Vol. 22;3:684-688.*
88. *Satido R.F., Romo G.J. (1995) Avances terapéuticos en trastornos neurológicos en SIDA. Infectología. Año 15;9:382-391*

89. *Salinas Carmona Mario C., et.al. (1989). Antígenos del virus de inmunodeficiencia humana en el suero de personas del grupo de alto riesgo. Revista de investigación científica. Vol. 41;2.*
90. *San Francisco AIDS Fundation (1991).Manual de apoyo práctico. San fco., Calif.*
91. *Sande Merle A., Volberding Paul A., et.al. (1990). The medical management of AIDS. Saunders Company, U.S.A., 1990;Cap. 1-6, 13, 22 y 23.*
92. *Satir V. (1981). En contacto íntimo. Ed. Concepto S.A. México.*
93. *Satir V. (1988). Relaciones humanas en el núcleo familiar. Ed. Pax-Mexico, México.*
94. *Sepúlveda Amor Jaime, et.al.(1989). Sida, ciencia y sociedad. Edit. C.F.E., México, D.F; Cap.1-IV, VII-X, XII, XIV-XIX y XXI.*
95. *SIDA/ETS (1995). Revista Trimestral Conasida-S.S.A. Vol. 1*
96. *Simon (1991). Somatization and psychiatric disorder. en Current concept of somatization: research and clinical perspectives. Kirmayer LJ, Robbins JM, eds. Washington, D.C. American Psychiatric Press.*

97. *Sneider William, et.al.(1983). Neurological complications of Acquired Immunodeficiency Syndrome analysis of 50 patients. Annals of neurology. Vol.14;4:403-417.*
98. *Solomon George (1985). The emerging field of psychoneuroimmunology: with a special note on AIDS. Advances. Vol.2;1:6-19.*
99. *Stuart E. Nichols (1983). Psychiatric aspects of AIDS. Psychosomatics. Vol.24;12:1083-1089.*
100. *Vitecoq D., et.al.(1987). Acquired Immunodeficiency Syndrome after traveling in Africa: and epidemiological study in seventeen caucasian patients. The Lancet. March.*
101. *Volberding Paul A.(1988). 11 Questions mos frequently asked by physicians abbout diagnostics educational services.U.S.A.*
102. *U.S. Department of health and human services (1986). Surgeon general's report on Acquired Immunodeficiency Syndrome. U.S.A.:3-36.*

103. Weiss Louis M., et.al.(1988). *Western Blot analysis of the antibody response of patients with AIDS and Toxoptasma encephalitis antigenic diversity among Toxoptasma strains. The Journal of Infectious Diseases. Vol.157;1:7-13.*

104. Wofsy Constance, et.al.(1987). *Clinical and Laboratory Features of HIV Infection. Abbot Diagnosis, a Division of Abbot Laboratories, Illinois, U.S.A.: 1-19.*

105. Wormser Gary P, (1988). *Avoiding AIDS in the physician's office: precautions to protect health care workers. Postgraduate Medicine. Vol.83;5:183-192.*

ANEXOS

ANEXO 1

SISTEMAS DE CLASIFICACION PARA INFECCIONES POR VIH DEL C.D.C.

CLASIFICACION DE LABORATORIO		CD4
CATEGORIA 1	CD4	≥500
CATEGORIA 2	CD4	200-499
CATEGORIA 3	CD4	< 200

CLASIFICACION CLINICA

CATEGORIA "A": Presencia de una o más de las siguientes condiciones sin que ocurran las de las categorías B y C:

- 1.- Infección asintomática por VIH
- 2.- Linfadenopatía persistente generalizada
- 3.- Infección aguda por VIH o historia de la misma

CATEGORIA "B": Condiciones asintomáticas no incluidas en la categoría C, y que reúnen al menos uno de los criterios de ser atribuibles al VIH o indicativos de un defecto en la inmunidad celular o las condiciones clínicas están complicadas por infección por VIH. Ejemplos de estas son:

- 1.- Endocarditis bacteriana, meningitis, neumonía o sepsis
- 2.- Candidiasis vulvovaginal, persistente (> 1 mes) o con pobre respuesta terapéutica
- 3.- Candidiasis orofaríngea
- 4.- Displasia cervical severa o carcinoma
- 5.- Síntomas generales como fiebre 38.5°C o diarrea de al menos > 1 mes
- 6.- Leucoplaquia paluda oral
- 7.- Herpes zoster en dos episodios distintos o en dos diferentes dermatomas
- 8.- Púrpura trombocitopénica idiopática
- 9.- Listriosis
- 10.- M. tuberculosis pulmonar
- 11.- Mocardiosis
- 12.- Enfermedad inflamatoria pélvica
- 13.- Neuropatía periférica

CATEGORIA "C": Las condiciones de esta categoría se asocian a severa inmunodeficiencia, y son las siguientes:

- 1.- Candidiasis bronquial
- 2.- Candidiasis esofágica
- 3.- Coecidiodomicosis diseminada o extrapulmonar
- 4.- Criptococosis extrapulmonar
- 5.- Criptosporidiosis intestinal crónica (> 1 mes)
- 6.- Enfermedad por CMV (no hepática, ni esplénica, ni linfática)
- 7.- Raquitia por CMV (con pérdida de visión)
- 8.- Encefalopatía por VIH
- 9.- Ulceras crónicas (> 1 mes), bronquitis, neumonitis o esofagitis por herpes simple
- 10.- Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar
- 11.- Isosporiasis crónica intestinal (> 1 mes)
- 12.- Sarcoma de Kaposi
- 13.- Linfoma de Burkitt
- 14.- Linfoma inmunoblastico
- 15.- Linfoma primario de cerebro
- 16.- M. avium complex, M. Kansasi, M. tuberculosis u otras especies diseminadas o extrapulmonares
- 17.- Neumonia por P. carinii
- 18.- Leucoencefalopatía multifocal progresiva
- 19.- Septicemia por salmonella, recurrente
- 20.- Toxoplasmosis cerebral
- 21.- Síndrome de desgaste debido a VIH

Los casos deberán clasificarse de acuerdo a la cuenta más baja de linfocitos CD4 totales que se hayan medido o de acuerdo a la condición clínica más severa que hayan presentado, aunque se encuentren posteriormente asintomáticas

CATEGORIAS CLINICAS

CD4	A	B	C
	Asintomático o Linfadenopatía	Sintomático No A No C	Situación indicadora de SIDA
1. ≥ 500	A1	B1	C1
2. 200-499	A2	B2	C2
3. < 200 Cuenta índice dore de SIDA	A3	B3	C3

Los grupos A3, B1, C1, C2 y C3 se definirán como SIDA para propósitos de escrutinio.

DATOS DE IDENTIFICACION	ORIENTACION SEXUAL			PRACTICAS DE RIESGO						DETECCION DE VIH/SIDA				ALTERACIONES SISTEMICAS			ALCOHOLISMO				
	BISEXUAL	HOMOSEXUAL	HETEROSEXUAL	HEMIFILIA	PAREJAS	MÚLTIPLES	FARMACO	DEPENDENCIA	PROSTITUCION	TRANSFUSION	OTROS	FECHA DE DIAGNOSTICO	PRUEBA DE DETECCION DE VIH	SEROPositIVO ASINTOMÁTICO	SINTOMAS DE SIDA	ORGANICAS	AGENTE CAUSAL	PSICOLOGICAS	TEMPO DE EVOLUCION	SINDROME DE ABSTINENCIA	OTROS
NOMBRE NO. AFILIACION EDAD SEXO ESTADO CIVIL DOMICILIO TELEFONO																					

CLASIFICACION