

30212
14
2ej.

UNIVERSIDAD FEMENINA DE MEXICO

ESCUELA DE PSICOLOGIA
INCORPORADA A LA U.N.A.M

ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS NIVELES
DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN PERSONAS
VIH POSITIVAS ANTES Y DESPUES DE
HABER ASISTIDO A UN CURSO DE
INFORMACION SOBRE SIDA.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN

PSICOLOGIA

PRESENTA

MARITZA VARGAS GARCIA

DIRECTOR DE TESIS:
PSICOANALISTA MA. DE LOS ANGELES FIGUEROA AYEON

México, D.F. 1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

264700



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

DOY GRACIAS:

A DIOS, Por haberme brindado la vida día con día, por las penas y alegrías, por haberme rodeado de cada una de las personas que tengo junto a mí y que han formado una parte de lo que soy y como soy

A MIS PADRES, Por todo su apoyo y confianza, su desvelo y preocupaciones, por sus regaños y consejos por su alegría y cariño, por todo lo que son que es lo que ha formado toda mi esencia.

A MIRNA Y MAIRA, Por ser como son, por su cariño y apoyo, por disgustos y sus alegrías, que son las cosas que nos han hecho seguir juntas incondicionalmente.

A HUMBERTO, Porque hemos iniciado una nueva etapa en nuestras vidas y me ha impulsado a seguir adelante con mis metas y mis ideales, porque cree en mí y en mis ilusiones, porque estamos juntos;

A MI TIA VICENTA, Por continuar con nosotros brindándonos siempre su incondicional cariño y ayuda con paciencia.

A MIS ABUELITOS, Por haber sido guías de mis padres y pilares de sus vidas y por haber extendido a mí, sus enseñanzas y cariño con el mismo empeño y esmero que para con ellos.

A TODOS MIS TIOS Y PRIMOS, Sin olvidar a ninguno porque cada uno de ellos ha influido en mi vida de forma especial y porque cada uno de ellos es parte significativa en mi vida

A MIS AMIGAS, Las cuales siempre han estado conmigo, me han escuchado y alentando para que culminará esta tesis e inicie el camino de una vida profesional, por su cariño *gracias.*

A ANGELES, Por haber confiado en mi y haber aceptado dirigir esta tesis, por todo lo que le he aprendido y por la paciencia que me tuvo.

A PATY TOVAR, Por haberme permitido acercarme a CONASIDA y con esto a todo lo que conlleva el VIH.

Dedico esta tesis a todas las personas que han contraído VIH, esperando que Dios les de una luz de esperanza y *serenidad*, para que vivan esta enfermedad con dignidad y sabiduría, que aprendan a convivir con el SIDA como un oportunidad para empezar a vivir y ser felices.

Y a todos aquellos que intervinieron en algún momento de mi vida para que llegará este momento.

INDICE

I.- INTRODUCCION.

II.- JUSTIFICACION.

CAPITULO 1.- SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (SIDA).

| | |
|--------------------------------------------------------------|--------|
| 1.1. Historia del SIDA. | Pag. 1 |
| 1.2. Nombre de la Enfermedad. | 8 |
| 1.3. Agente Causal. | 10 |
| 1.3.1. Virus. | 11 |
| 1.3.2. Transcriptasa Inversa. | 14 |
| 1.3.3. Retrovirus Humanos. | 16 |
| 1.3.4. Descubrimiento de LAV. | 18 |
| 1.3.5. La Estructura y el Ciclo Biológico del VIH. | 23 |
| 1.4. Transmisión. | 26 |
| 1.5. Pruebas de Detección. | 32 |
| 1.6. SIDA y Enfermedades Oportunistas. | 38 |
| 1.7. Reacciones Psicológicas ante un Resultado VIH Positivo. | 39 |
| 1.8. Situación Actual. | 45 |

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

51

CAPITULO 2.- ANSIEDAD.

| | |
|----------------------------------------------------|----|
| 2.1. Definición de Ansiedad. | 53 |
| 2.2. Ansiedad de la Vida y Ansiedad de la Muerte. | 56 |
| 2.3. El Miedo. | 59 |
| 2.4. Clasificación de los Transtornos de Ansiedad. | 61 |
| 2.5. Angustia Neurótica y Sentimiento de Culpa. | 83 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 2.6. Las Organoneurosis Equivalestes de la Angustia y la Culpa. | 85 |
| 2.7. La Genesis del Sí Mismo en la Angustia. | 88 |
| BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA | 91 |
| CAPITULO 3.- DEPRESION. | |
| 3.1. Definición de Depresión. | 93 |
| 3.2. Causas de la Depresión. | 94 |
| 3.3. Signos y Sintomas. | 98 |
| 3.4. Diferentes Enfoques de la Depresión. | 100 |
| 3.5. Clasificación de los Transtornos del Estado de Animo. | 108 |
| 3.5.1. Clasificación de los Transtornos del Estado de Animo (DSM-IV). | 108 |
| 3.5.2. Definición de los Transtornos del Estado de Animo. | 110 |
| 3.5.3. Otras Clasificaciones de las Depresiones. | 122 |
| 3.6. Culpa y Depresión | 134 |
| 3.7. Investigaciones Sobre SIDA, Depresión y Sistema Inmunológico. | |
| 3.7.1. La Depresión y el Sistema Inmunológico. | 142 |
| 3.7.2. Pacientes con SIDA Suicidas, Cuando la Depresión se Vuelve Mortal. | 143 |
| 3.7.3. Depresión en el Contexto de la Infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana. | 147 |
| BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA | 150 |
| METODOLOGIA: | |
| A) Problema. | 152 |
| B) Hipótesis. | 153 |
| C) Variables. | 154 |
| D) Instrumentos | 156 |

| | |
|------------------------------|-----|
| E) Población. | 161 |
| F) Muestra. | 162 |
| G) Escenario. | 162 |
| H) Diseño. | 163 |
| I) Procedimiento. | 165 |
| J) Sistematización de Datos. | 172 |
| RESULTADOS Y SUGERENCIAS | 175 |
| ANEXO | |
| BIBLIOGRAFIA | |

I. — INTRODUCCION

Una enfermedad cuyas características principales son: Ignorancia, Sexo y Muerte. Estas conllevan a un nudo social, político, económico y psicológico en torno a un hecho médico. La dimensión de su gravedad, puesto que no hay cura hasta el momento, requiere de información profiláctica oportuna, pues la única medida ante la muerte inminente es la prevención.

El deseo de realizar esta investigación surge a partir de ver la necesidad que existe de apoyar médica, psicológica y socialmente al paciente seropositivo; y de conocer una propuesta que sirve como alternativa para aquellas personas que por diversas razones no puedan asistir a una psicoterapia tradicional, a esta se le llama "Grupo de información" y se lleva a cabo en CONASIDA, así como en algunas otras instituciones. Por medio de este grupo se pretende disminuir la depresión y la ansiedad de los pacientes seropositivos.

De aquí que el objetivo de la investigación sea comprobar que el Grupo de Información, si logra disminuir tanto la ansiedad como la depresión a las personas seropositivas y en caso de no lograrse estas metas, proponer algunas alternativas que se puedan manejar bajo este modelo de trabajo.

Del trabajo en particular se puede decir que en el primer capítulo se revisa, el SIDA que es un enfermedad nueva, infecciosa,

contagiosa, incurable y mortal, que afecta a las defensas del organismo, favoreciendo la aparición de infecciones graves y cánceres diversos, constituyendo a la fecha un fuerte problema de salud pública.

Así además de ser una enfermedad temida por sus consecuencias fatales se ha convertido en una enfermedad llena de tabús y la persona que se infecta teme comentarlo por diversas razones, tales como:

- 1.- La demostración de un ejercicio sexual.
- 2.- Temor al abandono.
- 3.- Miedo a contagiar el VIH.

Como resultado de estos temores la persona seropositiva comienza a tener un dolor Psíquico que no le permite realizar las actividades a las que estaba acostumbrado. Al sentirse mal emocionalmente e incapaz para poder seguir involucrandose en las exigencias diarias cae en un cuadro depresivo generalmente acompañado de ansiedad que provoca estrés.

Al investigar sobre el SIDA y el VIH, se encontró, que es de suma importancia poner atención en la depresión y la ansiedad de los pacientes seropositivos.

En el segundo y tercer capítulo se revisan los conceptos de ansiedad y depresión, donde se define la ansiedad como una sensación displacentera de mayor o menor intensidad, que puede ir desde una leve sensación de inquietud a una máxima agitación, pánico y temor a la locura o a la muerte; y la depresión como un transtorno del estado

de ánimo caracterizado por alteraciones del afecto, equivalentes fisiológicos y psicológicos.

Por lo mencionado anteriormente, la depresión, cuando se obtiene un resultado positivo, hace que la persona pierda su autoestima y llegan hasta presentar ideas suicidas, que no surgen en el momento de conocer su resultado positivo sino que aparecen en el transcurso del tratamiento, cuando comienzan a morir conocidos, amigos o personas que creen haber contagiado o cuando se dan cuenta de que son excluidos de la sociedad.

La ansiedad se encuentra presente junto a la depresión y actúa como una reacción de ajuste, que permite actuar ante un cambio en la vida y que se manifiesta por síntomas físicos y preocupaciones por los mismos, que muchas veces son interpretados como signos de declinación de su salud creyendo que van hacia el SIDA, lo que empeora los síntomas de ansiedad; creandose un ciclo que se denomina PSEUDOSIDA.

En relación a la metodología, por las características de la investigación se trabajo con el experimento de campo, donde se utilizo un diseño con el cual se pudiera trabajar un pre-test y un post-test, para establecer la comparación y verificar la diferencia por medio de un grupo control.

Los test utilizados en este caso fueron:

IDARE (Inventario de ansiedad rasgo y estado).

BDI (Inventario de depresión de Beck).

Al finalizar la investigación se obtuvo como resultado que, se aceptan las dos hipótesis nulas, por lo tanto: No existen diferencias

significativas en el grado de ansiedad y depresión que tienen las personas VIH positivas después de haber asistido a un curso de información sobre VIH/SIDA.

Partiendo de este resultado al final de la investigación, se realizan algunas sugerencias que sin cambiar el estilo del Grupo de Información, se pueden integrar; tales como intervención en crisis de primer y segundo orden y algunos aspectos de la Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia (P.B.I.U.).

II. - JUSTIFICACION

La presente propuesta surge como alternativa para aquellas personas, cuyo resultado a las pruebas de detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana, haya sido positivo, necesiten ayuda, pero no deseen participar en grupos psicoterapéuticos, ya por falta de tiempo, por no ser pertinente para ellos el trabajar psicogrupalmente, por no requerirlo u otras; proporcionando información sobre la seropositividad y sus cuidados a pacientes seropositivos.

Se piensa que toda persona con diagnóstico de seropositividad pueda ingresar a estos grupos de información.

La organización de esta alternativa está diseñada para ser un modelo breve: son sólo cuatro sesiones, de 150 minutos cada una. La Información será proporcionada por personal médico y psicoterapeutas de acuerdo con la pertinencia del tema y trabajando conjuntamente en cada una de las sesiones; dando a los pacientes la información básica en cuanto a los cuidados que permiten alargar el periodo asintomático y proporcionando los elementos racionales (información) que, sin conformar un trabajo psicoterapéutico, les permitan disminuir estados de ansiedad y depresión.

CAPITULO I

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

LOS HOMBRES.- Perdonad que vivamos mientras vosotros estáis muertos.

LAS MUJERES.- Piedad. Nos rodean vuestros rostros y los objetos que os pertenecieron; eternamente llevamos luto por vosotros y lloramos del alba a la noche y de la noche al alba. es inútil, vuestro recuerdo se deshilacha y se nos desliza entre los dedos; cada día palidece un poco más y somos un poco más culpables.

JEAN PAUL SARTRE
Las moscas

1. HISTORIA DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

Hacia 1980 los médicos detectaron una enfermedad que les pareció "nueva". Nueva porque aparentemente nunca antes se había visto y porque para comprenderla debían recurrir a modelos desconocidos en la patología y la epidemiología común.

Mirko Grmek(1992) habla de, una nueva peste que atacaba a la humanidad, una infección imposible de controlar se extendía inexorablemente y los afectados morían a pesar de los tratamientos más perfeccionados.(1)

La enfermedad no sólo era "extraña" sino "extranjera", porque irrumpía en un mundo ordenado, procedente de los países subdesarrollados y por intermedio de subgrupos marginales y moralmente reprobables.

Algunos de los casos que pusieron en alerta a los médicos para detectar esta enfermedad fueron encontrados, a finales de 1979; el doctor Joel Weisman, médico de Los Angeles, observó un incremento en los casos con síndrome mononucleico, con lapsos febriles, adelgazamientos y tumefacciones linfáticas, en jóvenes que pertenecían al movimiento gay. Alrededor de estas fechas la doctora Linda Laubenstein en Nueva York examinó a un hombre que padecía de Sarcoma de Kaposi; hubo un caso similar en Brooklyn. Los dos eran jóvenes, homosexuales y tenían amigos en común. En Africa se observó un caso de una enfermedad "inmunológica" y fue así como se propuso la hipótesis de una "infección maligna".

(1) Grmek Mirko;Historia del SIDA,1992.Siglo XXI. Méx.D.F.

En el año de 1980 se siguen observando casos que llaman la atención a los médicos, por la rareza de los mismos. En Diciembre de importante para poder explicar la forma en que actúa el agente causal de la enfermedad, se trataba de un paciente que en el exámen de sangre habia mostrado una disminución en el número de linfocitos, especialmente se encontraba una desaparición casi total de los linfocitos T auxiliares.

En 1981 algunos de los sintomas que se habian detectado eran neumonias (que se atribuían al Pneumocystis Carinii, este protozooario es prácticamente inocuo, y se encuentra con frecuencia en el cuerpo humano, pero generalmente no provoca perturbaciones serias), infección por Citomegalovirus, Candidiasis (afección benigna de las mucosas debida a un hongo) Sarcoma de Kaposi (enfermedad en la piel, que presenta proliferación tumoral múltiple, es una afección crónica relativamente benigna y limitada a las personas de edad avanzada, de sexo masculino y de pertenencia étnica bien definida: judios, centroeuropeos, hombres de piel obscura de los márgenes septentrionales de Mediterráneo y ciertas tribus negras de Africa.), agotamiento, adelgazamiento, periodos febriles y tumefacciones linfáticas.

Estos estados caracterizados como enfermedad estaban causando reacciones diferentes a las que generalmente causaban, por lo que los médicos se vieron en la necesidad de dar una señal de alarma sobria y discreta en Junio de 1981.

Dos hechos justificaban esa alerta, todos los enfermos eran hombres jóvenes (29-36 años) y homosexuales practicantes.

Se pensó que el desarrollo de esta enfermedad que presentaba reacciones tan diferentes y malignas se debía al efecto de ciertos estimulantes (poppers, nitrito de amilo o butilo preparado en ampolletas que hacen un ruido característico al romperse), o a la acción de algún factor presente en el esperma.

Rápidamente se comenzó a observar el fallecimiento de la mitad de los homosexuales que habían sido atacados, experimentando esta "nueva enfermedad", por lo que el doctor James Curran jefe del Veneral Disease Research Departament en los servicios epidemiológicos de Atlanta, se traslado a Nueva York a poner en claro la historia del enigmático mal que mataba a los homosexuales.

Así fué como en el primer semestre del mismo año se comenzó a hablar de un "cáncer raro observado en homosexuales".

Mirko Grmek(1992), afirma que nadie podía sospechar de que ese cáncer raro era el debut de la enfermedad del siglo, y que ese tema aparentemente esotérico estaba destinado a llenar muchas miles de páginas de todos los periódicos del mundo.(2)

Para ese mismo año la enfermedad ya ha sido detectada en Estados Unidos, España, Alemania Federal, Francia, Bélgica, Suiza, Dinamarca, Reino Unido y Africa.

Antes de terminar ese año el Control Disease Center (CDC), llega a la conclusión de que el agente causal es infeccioso y se transmite por via sexual. La enfermedad aun no tiene nombre científico y se habla de "neumonía gay", o del "cáncer gay" o de la "peste gay".

Se empieza a usar una sigla de apariencia más científica: GRID (Gay related Immune Deficiency). Aún cuando no se sabe cual es el

(2) Ibidem Pag. 32

factor infeccioso, se sabe que el síndrome representa una deficiencia inmunológica potencialmente transmisible.

Es en 1982 cuando la enfermedad sería bautizada, cuando se obtienen las pruebas de su causa viral y cuando se sabrá de la existencia de puentes en todos los continentes, es en este año cuando se detecta otra característica común que tienen los enfermos entre sí, en Miami todos eran de origen Haitiano. Los Haitianos fueron declarados "grupo de riesgo". Ellos fueron estigmatizados como potenciales portadores de la contaminación y se creyó que algunos eran los importadores del SIDA. Se había hallado un chivo expiatorio.

Los norteamericanos acusaron a los haitianos de haber propagado el virus en un país limpio y bien organizado como los Estados Unidos de América, pero los haitianos tenían buenos argumentos para pasar la responsabilidad a los norteamericanos ya que hasta el principio de la década de 1980, Puerto Príncipe era un centro de "turismo sexual". Los homosexuales europeos y norteamericanos acudían en gran número. Una vez introducido el virus a Puerto Príncipe, se encontraron las condiciones propicias para su expansión en el mundo:

- Por la comercialización internacional de sexo
- Por la emigración

En el transcurso de la historia han surgido diversas hipótesis sobre la causa de la enfermedad, entre ellas las más conocidas son:

- Al principio, Michael Gottlieb favorecía la hipótesis que hacía del citomegalovirus el agente causal de la enfermedad. Pero esta explicación era insuficiente ya que casi todos los homosexuales

estaban infectados por ese virus, pero no todos caían enfermos. Debía existir un cofactor que sería la verdadera causa.

- Se dió una hipótesis plurifactorial en que figuran tanto la infección como la intoxicación y las características genéticas. Desafortunadamente sobre los tres factores reinaba una ignorancia total.

- La inmunodepresión se atribuyó a la inhalación de nitrito de amilo o de butilo (poppers), vasodilatador con fama de aumentar la intensidad del orgasmo, pero no había nada que justificara la hipótesis de una acción devastadora de esa sustancia sobre el sistema inmunológico.

- Alvin Friedman-Kien (1981) habló de: "presiones repetidas sobrecargarían el sistema inmunológico, que dejaría de funcionar. Según él, los enfermos sucumbirían a causa del "sumernage" inmunológico, una vez que su sistema inmunológico se "fatigaba" hasta el "agotamiento".

- G. Shearer, Steve Witkin y otros médicos (1981) pensaron en la esperma que, depositada en el intestino, actuaría como "inmunodepresor natural".

- Dos hipótesis etiológicas habían atraído de entrada la atención de los médicos franceses. La infección por el citomegalovirus en condiciones particulares y la infección por un virus nuevo y desconocido. Y una reflexión los preocupaba: si el mal

era infeccioso existía el peligro de que saliera del ambiente homosexual.

Cuando los CDC iniciaron su trabajo sobre alguna pista de la enfermedad, el problema lo atacaron de dos formas:

- Investigación biológica y bioquímica sobre muestras de humores y tejidos.
- Extensos interrogatorios a los médicos que habían tratado los casos y a los pacientes mismos.

Mirko(1992) recuerda que: el primer camino resulto engañoso al principio. Las investigaciones de laboratorio confirmaron la linfopenia, en especial la espectacular caída de los linfocitos T auxiliares (que tenía como consecuencia la inversión de la relación entre los T auxiliares y los T supresores) mostraron la disminución de los anticuerpos contra el virus de la varicela y el aumento de los anticuerpos contra el citomegalovirus, el virus Epstein-Barr, el virus de la hepatitis B y la treponema de la sífilis. No se logro descubrir la presencia de ninguna sustancia química particular ni aislar ningún germen nuevo".(3)

El segundo camino consistió en una serie de "Case Control Studies"(establecimiento y la explotación estadística de todos los datos personales que pudieran tener alguna significación epidemiológica.)

(3) Ibidem Pag. 43

Se interrogaron médicos y enfermos, estudiaron las más variadas circunstancias de vida de los enfermos y de las personas sanas del mismo medio ambiente.

El único factor de riesgo comprobado por esa investigación fue la promiscuidad homosexual. Sin embargo la misma enfermedad había sido diagnosticada en una mujer y en algunos hombres heterosexuales, lo que favorecía la hipótesis de su origen infeccioso, la observación de estos enfermos sugería que la sangre tenía algún papel en la transmisión del germen. Pero aún aceptando esta hipótesis, la vía de infección en los homosexuales debía ser un contacto íntimo (coito anal).

En marzo de 1983 en Europa hubo dos oleadas sucesivas de una nueva enfermedad infecciosa:

- 1.- Procedente de Africa que atacaba sin distinción de sexo.
- 2.- Llegada de los Estados Unidos Americanos y transmitida de preferencia por las relaciones homosexuales entre hombres.

Sin embargo la importancia del foco africano se dio hasta que los médicos belgas realizaron observaciones primero en su país y luego en Africa; dichos médicos tuvieron la impresión de que un virus hasta ahora inexistente o dormido había empezado a extenderse a fines de la década de 1970 en Zaire, en Ruanda, en Chad y en Uganda.

Se dio el diagnóstico retrospectivo en pacientes zaireños y burundeses, cuyas manifestaciones eran anteriores a 1976. Ahora creen

poder fechar el comienzo de la enfermedad en un paciente congoleño de 1962.

1.2. NOMBRE DE LA ENFERMEDAD

En el año de 1982 se determinaron las características clínicas de la nueva afección y se le dio un nombre.

La prensa tanto europea como norteamericana, alertan y tranquilizan al mismo tiempo; evitan el término epidemia y se habla solamente de grupos de riesgo, que son de alguna manera "marginales". El doctor Grmek(1992) afirma que: El mal no pone en peligro a la "gente decente" como usted y yo, sino solamente a personas "estigmatizadas" de antemano por su comportamiento, por su origen étnico o por una tara.(4)

Los epidemiólogos norteamericanos llaman a los grupos expuestos al SIDA "El Club de las Cuatro H".

- Homosexuales
- Heroínomanos
- Haitianos
- Hemofilicos

Algunos ponían en 5o lugar a las "hokkers" (prostitutas).

Las primeras denominaciones de la enfermedad no tardaron en salir. "neumonía gay", "cáncer gay", GRID (Gay-Related Immune Deficiency) o "gay compromise syndrome".

(4) Ibidem Pag. 63

Desde que se conoció la universalidad de la enfermedad se le dio un nombre neutro, de validez más general.

"AIDS", que primero significaba Acquired Immune Deficiency Syndrome y después Acquired Immunodeficiency Syndrome. El uso oficial de esta sigla fue en el verano de 1982 y se extendió rápidamente gracias a los informes de los CDC.

Al crear el acrónimo AIDS causo problemas fonéticos, al querer adoptarlo fuera del inglés, por lo que se creó su análogo en Francia y los países de habla hispana; "SIDA", que significa Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Fué necesario crear un adjetivo y derivar un sustantivo para designar al enfermo afectado. En inglés se designaba con las siglas: PWA = People With AIDS. En Francia los miembros del Alto Comité de la Lengua Francesa en 1987 se resolvieron por el término "siden". En español parece imponerse el término "sidoso".

En 1983, la expresión Acquired Immunodeficiency Syndrome ingresa al Cumulate Index Medicus: Es en esta fecha cuando se registra el nacimiento de una nueva entidad nosológica.

Al ir revolucionando los conocimientos sobre la enfermedad los términos AIDS/SIDA se han ido convirtiendo en impropios, ya que estos designan un síndrome, es decir un conjunto de síntomas que constituye una individualidad clínica pero no etiológica.

Grmek(1992) dice que: El nombre fue escogido de modo de no prejuzgar la unicidad tanto de la causa como de la patogénesis. Es también por esta razón que ha habido que inventar otras designaciones para estados patológicos cuyo nexo causal con el SIDA se sospechaba

pero cuya descripción clínica no concordaba con la definición inicial.

Esas formas clínicas recibieron diversos nombres: ARC (AIDS-Related Complex), LAS (Lymphadenopathy Syndrome), PGL (Persistent Generalized Lymphadenopathy), SAS (Signes Associés av SIDA), Etc.(5)

Según la última definición el SIDA es un estado patológico debido a la infección por el virus VIH, el SIDA ya no es un síndrome sino una enfermedad causada por un retrovirus. La infección puede manifestarse por un espectro muy amplio de estados clínicos, que va desde los estados asintomáticos y las formas menores hasta el SIDA declarado.

1.3. AGENTE CAUSAL

Hipótesis sobre el agente causal

En mayo de 1982, John Bennett afirmaba que la enfermedad podía deberse a una infección viral. Pero es hasta el verano de 1982 cuando, la aparición del SIDA en hemofílicos que habían recibido productos sanguíneos filtrados aportaban la prueba de que en efecto se trataba de una infección viral.

Las sospechas cayeron primeramente sobre los citomegalovirus. Los primeros pacientes en quienes se reconoció el síndrome tenían una elevada tasa de anticuerpos contra este virus. Sin embargo la infección por citomegalovirus era frecuente en muchos sujetos sin ninguna manifestación de SIDA.

(5) Ibidem Pag. 66

También se sospecho del virus Epstein-Barr, responsable de la mononucleosis infecciosa y del linfoma de Burkitt, tumor cuya zona de endemia parece coincidir con la del Sarcoma de Kaposi. Pero aquí la ciencia se tropezaba con la misma dificultad. ¿Un germen humano conocido, había mutado tanto como para cambiar su acción patógena?

Se habló de que un virus animal se había adaptado al hombre. Una epidemióloga de Boston, Jane Teas (1981) sugirió que el virus del SIDA bien podía ser una cepa particular del virus de la peste porcina, epizootia que hace estragos en Africa desde el comienzo del siglo. Pero las cepas conocidas de ese virus no son patógenas para el hombre.

La dirección correcta era la de los virus oncógenos, Donald Francis, virólogo de Atlanta, y Myron Essex, virólogo de Boston, en 1981 desarrollaron la hipótesis de que había una analogía entre el nuevo síndrome y la leucemia felina y que el agente del primero combina las características del retrovirus de la segunda y del virus humano de la hepatitis B.

1.3.1. Virus = "jugo, humor" o "veneno" (latín antiguo)

En el siglo XIX la palabra se utilizaba para designar cualquier materia susceptible de multiplicarse en un organismo y enfermarlo. El término se aplica a todos los gérmenes patógenos.

En 1891, el botánico ruso Dimitri I. Ivanouski demostró que el tamaño de un germen patógeno puede ser, en efecto, inframicroscópico.

En 1903 Emile Roux publica un trabajo sobre los "microbios llamados invisibles"; a estas fechas sólo se conocen nueve gérmenes de ese tipo. A partir de 1904, los pasteurianos Henri Vallée y Henri Carré, aislan el primer lentivirus, el futuro EIAV, primo del virus del SIDA. Pero nadie comprende el carácter ni la importancia de esos seres minúsculos. Para Roux son "pequeñas bacterias".

Después de una serie de investigaciones se descubre que los virus solos, en estado aislado, no son capaces de ninguna actividad vital, es decir ni de metabolismo, ni de movimiento, ni siquiera de crecimiento o de multiplicación, pero por otra parte pueden reproducirse como seres vivos si se hallan en contacto con células vivas apropiadas.

Los virus no tienen vida autónoma pero sin embargo están vivos, expresan su vida, la reproducción controlada de sí mismos mediante el uso de un aparato celular extraño. Son parásitos absolutos.

Las bacterias patógenas son solamente parásitos relativos, viven a expensas de su huésped y se nutren de su sustancia pero utilizan para ese fin su propia maquinaria de metabolismo y de producción.

"La bacteria es una célula viva completa, el virus no lo es" (Boivin. 1941).

La mayoría de los bacteriófagos y de los virus patógenos están formados por proteínas y una molécula muy larga de ácido desoxirribonucleico (DNA). Esa molécula es el programa codificado que se integra a los cromosomas de la célula infectada. Cuando el bacteriófago infecta una bacteria, los genes de su tallo nucleico actúan como si fueran los genes del huésped apoderándose de sus

comandos genéticos y reproduciéndose mediante el uso de las enzimas del metabolismo intermediario, de los RNA de transferencia y de los ribosomas que no le pertenecen.

En 1954 B. Sigurdsson, durante sus estudios sobre tres enfermedades de los ovinos y una de las cabras, creó el sintagma "Slow virus" (virus lento). Un ejemplo de una enfermedad causada por estos "virus lentos" es la VISMA (fatiga en islandés), su agente es un virus particular.

Hoy se sabe que ese virus está emparentado con el agente del SIDA: La enfermedad evoluciona lentamente: la incubación puede durar más de tres años y el periodo clínico alrededor de diez.

La expresión "infección por virus lento" se reserva para las enfermedades que, como la VISMA evolucionan muy lentamente pero sin interrupción, sin intervalos de salud aparente.

Las especulaciones sobre los oncógenos celulares innatos inspiran una importante dirección de investigación, pero estuvieron a punto de trabar otra, la que iba a abrir las puertas al descubrimiento de la causa viral del SIDA.

En 1966 William Jarret, veterinario de la Universidad de Glasgow, descubrió el virus de la leucemia del gato. Ese virus, llamado FeLV (Feline Leucaemia Virus), canceriza ciertas células de la sangre, impide a otras células infectadas desarrollarse libremente y provoca una depresión inmunitaria similar a la que será después una de las principales características del SIDA. En colaboración con Myron Essex, de la Universidad de Harvard, y William Hardy, de Sloan Kettering Center, William Jarret y su hermano Oswald estudiaron las

propiedades de ese virus y demostraron que, a diferencia de lo observado para los otros cánceres virales, esa enfermedad se transmite también en condiciones de vida normales, fuera de limitaciones particulares de laboratorio y entre animales no consanguíneos.

1.3.2. *Transcriptasa Inversa*

Mirko(1992), relata como, los conocimientos nuevos adquiridos por la genética ofrecían una explicación sencilla y elegante de la caracterización de las células infectadas: el genoma del virus se integra al genoma celular y forma allí una secuencia oncògena que, en lugar de dirigir la reproducción de los viriones, incita la división celular, es decir que esos virus oncogénicos no matan a la célula infectada, sino que entran en un estado de endosimbiosis con ella.(6) Esta hipótesis luminosa chocaba, en los años sesenta, con una grave dificultad. Ni el virus del sarcoma aviario de Rous, ni el de la leucemia felina de Jarret contenían ningún ácido desoxirribonucleico (DNA). El lugar de éste en el centro de los viriones era ocupado por el ácido ribonucleico (RNA). Pero la piratería del aparato celular de síntesis no puede ser realizada más que por el DNA. Según el esquema fundamental de la biología molecular que uno de sus inventores, Francis Crick, llamó "el dogma central", el DNA determina la producción del RNA y el RNA a su vez la de las proteínas. No se

(6) Ibidem Pag. 94

admitía la inversión de ese orden. Crick, dotado de un agudo sentido del humor, dio a ese esquema el título de "dogma" porque se trataba de una hipótesis heurística no demostrada e incluso, en su forma general indemostrable.

Se debe a Howard Temin, a su colaborador Stoshi Mizutani, en la época de los biólogos de la Universidad de Wisconsin, y a Davis Baltimore, del Massachusetts Institute of Technology, la inversión del dogma y la demostración experimental de la posibilidad de transcripción del RNA en DNA (1970).

Era una verdadera "herejía" y los efectos inmediatos fueron tan fructíferos que los dos investigadores norteamericanos recibieron rápidamente el premio Nobel. Es cierto que un virus puede integrarse al genoma celular únicamente en forma de DNA, pero los virus de RNA resolvieron esa dificultad mediante el empleo de una enzima específica, la transcriptasa inversa, que permite la síntesis de una cadena complementaria de DNA moldeada sobre la cadena de RNA viral. Después de la penetración en la célula infectada, la enzima en cuestión proporcionada por el virus mismo, transcribe el RNA viral en DNA que penetra entonces en el aparato nuclear. Un grupo de virus de RNA posee esta enzima: esas especies virales transcurren en una parte de ciclo biológico químico en marcha atrás, de ahí su nombre de "retrovirus".

1.3.3. *Retrovirus Humanos*

Al identificar la transcriptasa inversa. Temin y Baltimore habían eliminado un obstáculo epistemológico y habían dado un instrumento de investigación: esa enzima sería utilizada para detectar los retrovirus y para desarrollar, a partir de 1975, técnicas de clonación celular.

Es entre 1976 y 1980, que se disponen los medios intelectuales y técnicos necesarios para la identificación y el aislamiento del agente causal del SIDA, a través de la técnica de cultivo linfocitario. Robert Gallo tuvo éxito y descubrió el primer retrovirus humano.

Mirko(1992), recuerda como trabajo el doctro Gallo en 1986 cultivando células malignas de B. Poiesz interleukina-2, aislamos el HTLV-1 en 1978-1979. Las células procedían de dos pacientes enfermos de leucemia y, después de aislar el virus, lo caracterizamos mostrando que se trataba de un virus específicamente humano. Publicamos nuestros resultados en 1980 y a comienzos de 1981 repetimos la experiencia muchas veces y mi colega Marvin Reitz mostró que esos virus no estaban emparentados con los retrovirus animales descritos anteriormente. (7)

Gallo bautizó a su virus con el acrónimo de HTLV, que significa Human T-Cell Lymphoma Virus. La "L" sería reinterpretada como Leukemia y después como Lymphotropic, el número ordinal fue agregado en 1982, cuando el equipo de Gallo en Bethesda aisló otro retrovirus de la misma familia en el HTLV II.

(7) Ibidem Pag. 97

Isao Miyoshi y Yorio Hinuma aislaron un retrovirus que llamaron ATLV. Se demostró que el HTLV y el ATLV no eran sino dos cepas emparentadas del mismo germen.

Desde la primavera de 1982, Paul Feurino y otros virólogos de los CDC se esforzaban por identificar el germen del SIDA; pero los procedimientos de rutina no daban resultados satisfactorios. A comienzos de 1983, Feurino observó la presencia de un virus citolítico en el cultivo de linfocitos extraídos de un enfermo de SIDA, pero el doctor Gallo lo desalentó diciéndole que el germen del SIDA debía ser oncógeno.

Myron Essex y Robert Gallo llegaron a la conclusión de que el germen del SIDA era un retrovirus, probablemente el HTLV-I. Robert Gallo se convenció de que tenía al culpable.

Mirko relata como el doctor Gallo reconstruyó así los acontecimientos de 1983. Estimulados por los estudios sobre el FeLV, los colegas de M. Essex y los investigadores reunidos en mi laboratorio buscaron un virus análogo al HTLV-I o al HTLV-II, el segundo retrovirus aislado en 1982. El equipo de Luc Montagnier, en el Instituto Pasteur de Francia, se interesó igualmente por esa investigación, y los tres grupos utilizaron los métodos perfeccionados para aislar el HTLV-I: se cultivaba el virus en los linfocitos T estimulados por un factor de crecimiento llamado interleukina-2 y se detectaba su presencia mediante test sensibles a la transcriptasa inversa. Los resultados no se hicieron esperar: entre el fin de 1982 y principio de 1983 obtuvimos una primera indicación de la presencia de retrovirus diferentes del HTLV-I y

HTLV-II en tejidos de personas enfermas de SIDA o en un estado que anunciaba la enfermedad.(8)

Gallo y Essex creían que el agente del SIDA no era un retrovirus del grupo HTLV diferente de los ya conocidos, sino un retrovirus idéntico al HTLV-I o al menos muy cercano a él, pero no existía ninguna prueba de la responsabilidad del HTLV en la aparición del SIDA.

1.3.4. Descubrimiento de LAV

El primer lugar en el estudio de la misma enfermedad corresponde a una institución privada, el Instituto Pasteur de Paris. Creado en 1888, el Instituto se convirtió rápidamente en un prestigioso centro de investigaciones microbiológicas y bioquímicas, de enseñanza especializada y de producción biomédica.

"El equipo pasteuriano posela desde 1977 todos los conceptos y todos los métodos necesarios para aislar el virus de SIDA". (Luc Montagnier)

Desde septiembre de 1982, Jacques Leibowitch, Médico en el hospital Raymond Poincaré de Garches, cerca de Paris, estaba convencido de que el agente etiológico del SIDA tenía que ser un virus T4-Tropo, transmisible por la sangre, exótico y presente en Africa. Esta descripción apuntaba hacia un retrovirus HTLV.

(8) Ibidem Pag. 100

Ya se tenía la convicción de que la causa del SIDA debía ser un retrovirus y que había que buscarlo en los ganglios linfáticos y no en la sangre.

La disminución del número de los linfocitos T en la sangre en circulación mostraba que el virus los mataba y por lo tanto se volvía difícil de aprehender a partir de esa fuente.

Francoise Brum-Vézinet propuso a Luc Montagnier colaborar en la búsqueda del retrovirus en los pacientes enfermos de SIDA y sobre todo en los que presentaban los síntomas precursores en el aparato linfático.

Fue en el Hospital de la Pitié Salpêtrière, donde el 3 de enero de 1983, se practicó la escisión de un ganglio cervical en un hombre de 33 años, quien desde diciembre de 1982 presentaba problemas menores de linfadenopatía inicial (SIDA).

El libro de Mirko (1992) menciona un escrito de Luc Montagnier: En la tarde (de ese mismo día) -cuenta Luc Montagnier-, coloqué el material extraído del ganglio, bajo mi microscopio siguiendo el procedimiento habitual (molido, lavado, centrifugación, agregado de proteína A, que activa los linfocitos B y T).

EL cultivo inicial pudo mantenerse por semanas, gracias a la utilización del factor de crecimiento de los linfocitos T, la interleukina-2 que había obtenido el doctor Didier Fradelizi, que en esa época trabajaba en el hospital Saint-Louis, en el servicio del profesor Jean Dausset. Agregue también suero antiinterferón, con el fin de neutralizar el interferon segregado por las células

eventualmente productoras de un retrovirus que todavía no había sido hallado.

En la muestra del decimoquinto día de Françoise Barré-Sinoussi logró poner en evidencia una actividad transcriptasa inversa débil pero significativa. Para evitar un error de laboratorio se repitió la misma experiencia. En vista de esos primeros resultados, Françoise Barré-Sinoussi, Jean-Claude Chermann y yo tuvimos una reunión. Pusimos en práctica un programa más importante, por un lado para verificar que se trataba de un retrovirus y por el otro para saber si ese retrovirus era diferente o no de los retrovirus humanos ya conocidos HTLV-I Y HTLV-II".(9)

Acordaron tener una reunión, que se celebró en la mañana del sábado 12 de febrero con François Brum-Vézinet, Françoise Barré-Sinoussi y Jean-Claude Chermann. Se mostraron los primeros resultados: la enzima descubierta es efectivamente una transcriptasa inversa y no una enzima celular. Está claramente asociada con partículas virales que tienen la densidad de los retrovirus, es decir 1.17 en una solución de sacarosa.

Mirko (1992), sigue relatando el escrito de Luc Montagnier: Pero para hablar realmente de aislamiento de un virus, es preciso poder producirlo a voluntad en cultivos de células no infectadas. En esos momentos el primer cultivo del enfermo empezó a mostrar signos de fatiga: la producción de virus se extinguió, seguida por la extinción de células mismas. Era absolutamente necesario propagar el virus sobre cultivos de linfocitos T no infectados. La fuente de esos linfocitos no podría ser otra cosa que sangre de donantes. En el

(9) Ibidem Pag. 107

mismo día obtuve sangre de un donante, y se añadió la mitad de sus linfocitos al cultivo de los procedentes del enfermo del doctor Rozenbaum. Tuvimos la alegría de ver reiniciarse la producción de transcriptasa inversa, y por consiguiente del virus, en el cultivo de la mezcla: eso significaba que el virus producido por los linfocitos del enfermo había infectado los linfocitos del donante sano, que a su vez estaban produciendo el virus.(10)

El 25 de enero de 1983 Françoise Barré-Sinoussi, observó que los linfocitos cultivados producían transcriptasa inversa. La actividad de esa enzima era débil al principio. Después aumentó el 7 de febrero y volvió a disminuir.

Esto inquietó a los investigadores porque el HTLV, se comportaba de otro modo: incitaba a los linfocitos a multiplicarse y por lo tanto a aumentar la producción de la transcriptasa inversa. Este nuevo virus mataba a los linfocitos. A partir de esta observación surgió la sospecha de que el virus no se parecía al HTLV.

En mayo de 1983, los investigadores franceses comprueban que el elemento aislado posee en su cápsula interna proteínas que no corresponden a las del HTLV-I (proteína 25). Los investigadores franceses estaban conscientes de que faltaba determinar el papel de este virus en la etiología del SIDA. El nuevo virus podía ser solo otro germen oportunista.

A fines de mayo de 1983 un grupo informal, llamado el grupo de los Diez, tomó la costumbre de reunirse una vez por semana en torno a Montagnier para ajustar y coordinar la investigación. Una segunda cepa fue aislada a partir de los linfocitos de una biopsia de un

(10) Loc. Cit.

ganglio procedente de un enfermo homosexual que presentaba múltiples lesiones de Kaposi, después una tercera de la sangre de un joven hemofílico afectado de toxoplasmosis neuromeningea y un cuarto de sangre de un joven de Zaire que murió diez días después de la extracción. Se encontró en todas el mismo tipo de virus.

David Klatzmann, Jean-Claude Gluckmann, Luc Montagnier y sus colaboradores demostraron que ese virus atacaba exclusivamente a los linfocitos T4.

Sin embargo, en lugar de estimular su reproducción y darles una especie de "inmortalidad potencial", como lo hacían los HTLV-I y HTLV-II, este nuevo virus los destruía. De ahí en adelante, cada vez más convencidos de que no era de la familia HTLV sino pariente de los lentivirus, Montagnier y sus colaboradores llamaron al primer elemento aislado por ellos LAV y a los siguientes IDAV (acrónimos de las designaciones en lengua inglesa: Lymphadenopathy Associated Virus e Inmune Deficiency Associate Virus).

El doctor Grmek (1992), dice que: En su presentación histórica del descubrimiento del virus responsable del SIDA, Robert Gallo declara:

Entre el fin de 1982 y 1983 obtuvimos una primera indicación de la presencia de retrovirus distintos de HTLV-I y HTLV-II en los tejidos de personas afectadas por el SIDA o en estado anunciador de la enfermedad. Después en mayo de 1983, Luc Montagnier y sus colegas Françoise Barré-Sinoussi y Jean-Claude Chermann descubrieron un nuevo retrovirus en un enfermo atacado de linfadenopatía. Ese virus llamado LAV, lo que significa virus asociado a las linfadenopatías. Ese

descubrimiento del LAV era interesante, pero no probaba en forma absoluta que el LAV fuese el agente responsable del SIDA. En realidad, los únicos métodos disponibles entonces mostraban que había un virus presente en un tejido pero no precisaban su naturaleza.(11)

Desde el comienzo de 1984 los investigadores del Instituto Pasteur lograron hacer resaltar aún más las diferencias morfológicas entre el virus HTLV y el virus LAV.

El 24 de abril de 1984, se declaró en una conferencia de prensa en Washington que Robert Gallo y sus colaboradores del NCI habían aislado al virus causante del SIDA el HTLV-III.

Al hacer una comparación de los dos virus, por medio de test serológicos, clonación y la determinación de sus secuencias se tiene una respuesta definitiva: SON IDENTICOS.

Durante un tiempo se designo al virus del SIDA con el doble acrónimo LAV/HTLV-III. Pero en mayo de 1986, la Comisión de nomenclatura virológica puso fin a esa situación absurda adoptando una nueva sigla: "HIV" (Human Immunodeficiency Virus). En francés y en español se introduce la sigla "VIH" (Virus de l'Immunodéficience Humaine).

1.3.5. La Estructura y el Ciclo Biológico del VIH

El VIH, se trata de un virus de RNA, un retrovirus típico, de forma esférica y de peso molecular muy elevado. Su parte esencial, la banda de informaciones genéticas, está contenida en una cápsula proteica encerrada a su vez en una cápsula lipídica con dos

(11) Ibidem Pag. 112

glicoproteínas. Cada virión tiene dos filamentos de RNA, lo que recuerda la disposición doble de los cromosomas celulares.

El genoma del VIH es más complejo que el de los otros retrovirus. Además de los genes codificadores para las proteínas de estructura, que se encuentran igualmente entre los retrovirus humanos linfotrópicos, el VIH posee varios genes de regulación.

El VIH tiene una afinidad particular por los linfocitos T4. La glicoproteína externa de la cápsula viral, gp20, identificada en forma independiente por los equipos de Myron Essex en Harvard y de Luc Montagnier en París, reconoce la molécula CD4 que se encuentra en la superficie de los linfocitos y de algunas otras células, interactúa con ellas y así fija el virus.

El virus posee un tropismo hacia la molécula CD4; su vinculación con ella produce un efecto citopatógeno; los linfocitos incubados con anticuerpos dirigidos contra ella no pueden ser infectados por el virus del SIDA.

Cuando el RNA del virus penetra en el citoplasma de la célula infectada, la transcriptasa inversa lo transcribe en DNA. Se llama así un dispositivo bioquímico compuesto por dos enzimas específicas producidas por el mismo virus. La molécula de DNA viral entra entonces en un núcleo molecular y pasa a ser parte de un cromosoma.

Una vez que se integra así al genoma de la célula infectada, la información genética del virus pierde transitoriamente su individualidad y puede persistir durante varios años en esa forma latente. La célula es aparentemente normal. El virus ha desaparecido. Más precisamente, se ha ocultado bajo la forma de un provirus, trozo

de DNA pegado al DNA de su huésped. En este estado no es posible destruirlo por medios químicos sin afectar mortalmente a la célula entera.

El DNA proviral no se expresa, pero continúa "viviendo" porque es transmitido a las células hijas en cada división celular.

Ese parasitismo refinado en el corazón del banco de datos que gobierna la célula huésped, es muy diferente de la infección clásica que contrapone francamente el microbio a la célula misma cuando ésta lo alberga en su interior. El esquema pasteuriano "clásico" no podía explicar este tipo de infección.

El provirus puede "despertar". Entonces se impone al aparato enzimático y a los ribosomas de la célula y los hace producir partículas virales. Esa reanudación de la replicación viral depende del estado funcional del linfocito infectado, de su activación. El virus sale de su escondite en el momento en que otra infección activa el linfocito infectado por VIH.

En el momento de la replicación del virus, la multiplicación celular se inhibe y la célula muere. El virus del SIDA se distingue en eso de los oncovirus. Dani Bolognesi y sus colaboradores demostraron que la glicoproteína de la cápsula viral gp120 puede unirse al lugar CD4 de las células sanas; diseminadas por el virus, las moléculas de la glicoproteína matarían a las células ya sea por acción citotóxica directa, o bien a través de la reacción autoinmunológica del organismo contra las células marcadas por ellas.

El VIH no ataca solo a los linfocitos, infecta todas las células que poseen en su membrana la molécula CD4. Por lo tanto son sus

blancos también los linajes monocitarios, especialmente los macrófagos. Estos constituyen probablemente el principal reservorio del virus y es a partir de ellos que la infección de los linfocitos continúa mucho tiempo después de la entrada del virus en el organismo.

Los linfocitos infectados que circulan en la sangre de un sujeto seropositivo e incluso de un sidoso declarado son relativamente pocos en número. El virus está en los monocitos del pulmón y del cerebro; su acción patógena a ese nivel no se debe solamente a la inmunodepresión.

El virus responsable del SIDA fue aislado en primer término en los ganglios y en la sangre de enfermos, después en octubre de 1984 en la esperma de dos enfermos de SIDA, también se aislo el virus en la saliva, en las secreciones cérvico-vaginales, en las lagrimas, en la leche materna, en el líquido cefalorraquídeo y en el tejido cerebral. Se demostró que el VIH se infiltraba incluso en ciertas células de la piel y de las mucosas.

Sin embargo, ese virus que llega hasta la superficie del cuerpo humano no se transmite desde allí a otra persona. Además es destruido fácilmente por el calor y los desinfectantes.

1.4. TRANSMISION

En los últimos años las observaciones clínicas, los datos epidemiológicos y las experiencias de laboratorio, confirman que el virus VIH tiene unas modalidades muy limitadas de transmisión, en la

medida en que no hay contagio por via aérea, ni por ingestión, ni por simple contacto con el portador o con objetos sucios.

El virus se transmite por tres vías:

- sexual
- parenteral
- perinatal

Transmisión Sexual

El hombre desde el inicio de la humanidad ha practicado la sexualidad con diversas modalidades. A lo largo de la historia se han encontrado sociedades monógamas, polígamas y culturas que han rechazado o sublimado la homosexualidad.

Los estudios serológicos y la vigilancia del SIDA sugieren que la transmisión sexual constituye más del 75% de la infección por VIH-I en todo el mundo, ya que durante el contacto, ocurren intercambios de fluidos corporales y de microorganismos. Los fluidos pueden ser vaginales, semen, sangre, saliva, orina, moco rectal o heces fecales. A pesar de existir el virus en todos estos solo se implican de manera contundente en la transmisión: el semen, la sangre, y fluidos vaginales.

La transmisión sexual, puede ser homosexual o heterosexual.

La transmisión homosexual ha sido la forma de diseminación predominante y se ha asociado a algunos factores sobresalientes de este grupo:

1.- En Occidente los primeros casos se encontraron en individuos homosexuales. Al ser una comunidad cerrada, la transmisión permaneció confinada a este grupo, durante el primer periodo de la epidemia.

2.- Por razones obvias pasó a los bisexuales

3.- Un alto número de parejas sexuales. (se han reportado algunos individuos que tienen hasta 50 o más contactos con distintas parejas por día.)

4.- Por ser el coito rectal, la práctica de mayor riesgo.

A medida que las tasas de infección aumentan en hombres bisexuales y personas que se administran drogas intravenosas, se infectan un mayor número de mujeres con VIH-I a través de la exposición heterosexual.

Existen algunas prácticas que implican más riesgo que otras y estas son:

Sepulveda Amor (1989) nos menciona lo siguiente del:

Coito rectal.- Las relaciones sexuales en las que ocurre penetración del pene por el recto del compañero o compañera son las que implican mayor riesgo de transmisión.

La explicación más aceptada se basa en la naturaleza del epitelio rectal, que es el tejido que tapiza la porción final del intestino grueso y está constituido por una sola capa de células de forma cilíndrica; la irrigación sanguínea es muy rica en esta región,

y además está rodeado de tejido linfoide (tejido rico en células del sistema inmunológico). Durante el coito rectal, este epitelio sufre con frecuencia laceraciones, permitiendo el contacto del VIH contenido en el semen allí depositado, con el torrente circulatorio y con las células que poseen el receptor CD4. Por otro lado, el penetrador puede tener lesiones en el pene (aunque estas sean imperceptibles), que, al ponerse en contacto con la sangre proveniente de las lesiones rectales del compañero(a) permitan la entrada del virus a la circulación sanguínea.(12)

Coito vaginal.- En esta práctica la transmisión del VIH parece menos efectiva que en la anterior. Aquí la naturaleza del epitelio que recubre la vagina parece ser la explicación, ya que esta constituido por varias capas de células, de forma aplanada, lo cual lo hace más resistente a la fricción mecánica a la que se somete durante el coito.

Existen algunos planteamientos teóricos donde se expone que el riesgo de contagio aumenta durante el periodo menstrual.

Y en cuanto al coito vaginal y oral, Sepulveda Amor (1989) dice que:

al parecer, existe mayor riesgo de transmisión por coito vaginal de hombre infectado a mujer, que viceversa, debido a que el semen posee una concentración mayor de partículas virales que las secreciones vaginales.

(12) Sepulveda A.; SIDA,Ciencia y Sociedad,1989.FCE.Méx. D.F. P.252

Sexo oral.- La participación de la boca en las relaciones sexuales implica contacto de la mucosa oral con el pene o con las mucosas rectal o vaginal e intercambio de saliva y de las secreciones de estas mucosas.(13)

Existe la probabilidad que este tipo de práctica favorezca a la infección por VIH-1, sin que hasta el momento se pueda asegurar, ya que estas prácticas no suelen realizarse en forma exclusiva, sino como parte de todo acto sexual. Pero si esta comprobado que el hecho de deglutir semen o secreciones vaginales no implica riesgo, ya que el virus se inactiva al ponerse en contacto con los jugos gástricos y la transmisión de virus contenidos en la saliva que penetren en las mucosas rectal o vaginal de la pareja es nula.

Algunas personas se infectan de VIH-I tras una sola o pocas relaciones sexuales mientras otros se mantienen sin infectarse aún teniendo centenares de contactos sexuales sin protección. Esto sugiere que la posibilidad de infección por VIH-I puede ser afectada de manera considerable por propiedades intrínsecas de la pareja infectada, el virus mismo o la pareja de VIH-I positivo.

Transmisión Parenteral

Este tipo incluye la transmisión por medio de productos sanguíneos, así como la inyección con agujas o jeringas contaminadas con sangre.

(13) Ibidem Pag. 254

El compartir agujas u otros utensilios relacionados con las drogas da lugar a la transmisión de VIH-I entre toxicómanos que se administran drogas intravenosas, en quiénes la frecuencia de infección aumenta de una forma más rápida que en otras poblaciones de alto riesgo.

La exposición parenteral a sangre total, componentes sanguíneos y productos sanguíneos, contribuye a la infección por VIH-I en los receptores de transfusión y en hemofílicos.

La exposición parenteral a la sangre también dio lugar a un riesgo ocupacional bajo pero verdadero, es por eso que se resalta la importancia de las precauciones generales.

Transmisión Perinatal

La transmisión perinatal del VIH-I puede ocurrir dentro del útero, en el periodo perinatal al momento del parto o después del nacimiento a través de la alimentación al pecho.

La detección de VIH-I en tejidos fetales y en la placenta apoya la hipótesis de que puede presentarse la infección in útero. Así mismo, es factible la transmisión de VIH-I al nacimiento por el contacto con la sangre materna infectada o las secreciones vaginales.

Un estudio sobre casos de mujeres que fueron infectadas por el VIH-I, después del parto por transfusiones, infectaron a sus

lactantes, indica que la alimentación al pecho es una vía de transmisión del VIH-I.

Sande(1992) en su libro Manejo Médico del SIDA dice que:

Los estudios sobre la tasa de transmisión perinatal se complican por la falta de procedimientos diagnósticos fiables para detectar la infección por VIH-I en recién nacidos. Puesto que los lactantes nacidos de madres infectadas tienen anticuerpos contra VIH-I derivados de la madre, es necesario un estudio a largo plazo en lactantes seropositivos para detectar la pérdida de anticuerpos maternos así como el desarrollo de marcadores serológicos o virológicos de infección en él.(14)

1.5. PRUEBAS DE DETECCION

En 1985 la identificación del VIH y de algunos productos de respuesta humoral de la persona infectada, han originado pruebas de laboratorio que dan la oportunidad de suponer el estado que guarda la infección y de establecer criterios de detección epidemiológica, aplicables también al diagnóstico de un caso particular.

Es posible diagnosticar la infección por VIH mediante dos tipos de pruebas de laboratorio: Cultivo Viral, que demuestra la presencia del virus mismo o Pruebas Serológicas, que indican la presencia de anticuerpos en el suero del paciente.

El cultivo viral es el método más específico que existe, pero es poco sensible, su aplicación se limita a laboratorios de

investigación, en donde resulta de gran ayuda para entender la epidemiología y comportamiento biológico de los virus circulantes.

Existen diferentes pruebas serológicas de laboratorio para establecer la presencia de infección.

Sepulveda Amor (1989) habla de, las técnicas para detectar la presencia de anticuerpos en la sangre, que están basadas en un tipo de estudio llamado ELISA (Estudio Inmunoenzimático). Esta prueba detecta anticuerpos dirigidos contra proteínas P24 y gp41 y consiste en una serie de reacciones entre un anticuerpo y un antígeno, cuyo producto final proporciona una reacción con color.

La prueba cuantifica la interacción que se produce entre un antígeno y el anticuerpo específico correspondiente. Para ello, se adhiere antígeno viral, que puede ser virus completo o proteínas virales a una superficie sólida que va a servir de soporte para la reacción. Se añade el suero del individuo que se está diagnosticando, y si en ese suero hay anticuerpos producto de la infección, reaccionan con el antígeno-anticuerpo ag-ac. (15)

Una muestra negativa no presentará la formación de estos complejos ag-ac, puesto que no existen anticuerpos específicos contra el virus.

El siguiente paso es cuantificar estos complejos ag-ac, añadiendo un suero que contenga anticuerpos contra los anticuerpos humanos que forman parte del primer complejo (se provoca una reacción triple ag-ac1-ac2) en esta reacción el anticuerpo de la primera reacción funciona como antígeno de la segunda. Si a ese segundo suero se le adhiere una enzima determinada, es posible hacerla reaccionar y

obtener un producto con color. En las muestras negativas no se da la información del complejo mencionado, por lo que, no se desarrollará color mientras que en las positivas habrá un complejo ag-aci-ac2-E por cada anticuerpo anti-VIH que tenga el suero objeto de estudio.

Esta prueba de tamizaje es útil para el escrutinio en poblaciones de alto riesgo, en la exclusión de donadores sanguíneos y en la detección de infección en personas asintomáticas.

Pero todos los sueros reactivos para VIH por ELISA deben someterse a una prueba confirmatoria, ya que existen de 5 a 8.7% de reacciones falsas positivas.

Si la muestra de suero del paciente es positiva al ser sometida a la técnica de ELISA (tamizaje), debe continuarse el proceso de diagnóstico, "confirmando" el resultado con otro tipo de pruebas llamadas de confirmación, que se diferencian de los utilizados en el tamizaje por su especificidad.

Sepulveda (1989) también explica que actualmente, la prueba que más aceptación internacional ha tenido es un estudio llamado WESTERN BLOT (estudio de inmunoelectrotransferencia). Consiste en detectar individualmente los anticuerpos contra las diversas proteínas virales. Se separan las proteínas y una vez separadas se someten a una reacción del mismo tipo que la descrita para las pruebas de ELISA. Así se detectará en un individuo contra cuales proteínas virales tiene anticuerpos. Para considerar positiva esta prueba, se han establecido criterios de positividad basados en la experiencia. En este sentido, un individuo que sólo presente reacción contra la

proteína P24 no se considera positivo; en cambio reaccionar contra más de dos proteínas del virus, se le tendrá por positivo.(16)

Este tipo de pruebas arrojan dos resultados ya sean:

- negativos
- positivos

Un resultado negativo puede significar que la persona, no se ha expuesto al virus o si lo ha estado aún no ha desarrollado los anticuerpos correspondientes que permitan detectarlo, se ha demostrado que un individuo tarda un promedio de seis semanas en formar anticuerpos después de haber sido infectado por el VIH. Un resultado positivo significa que el sujeto ya tuvo contacto con el virus y que ya es persona infectante aún cuando no muestre síntomas de enfermedad.

A partir del desarrollo de métodos para la detección de VIH, se ha podido ver que la infección ocasiona una gama de manifestaciones clínicas, que va desde la ausencia de síntomas hasta infecciones y tumores que resultan fatales.

Las etapas por las que pasa la infección por VIH, correlacionándolas con los hallazgos serológicos y con las alteraciones en la cifra de linfocitos CD4 son:

- I.- Infección aguda
- II.- Latencia
- III.- Linfadenopatía
- IV.- SIDA

I.- Infección aguda.- El momento en que el VIH penetra al organismo no es detectable, ni por cuadro clínico ni por estudios de laboratorio.

Entre el 10 y 15% de los pacientes que adquieren la infección presentan síntomas en las siguientes semanas, que varían en su forma de presentación y en su intensidad. Algunos de estos síntomas son:

Crecimiento de los ganglios, malestar general, fiebre, dolor de cabeza, artritis y exantema, estos síntomas suelen desaparecer dos o cuatro semanas después de haber iniciado sin dejar secuelas.

Sepulveda (1989) dice que este cuadro se debe, al efecto de la replicación viral dentro del organismo y a la intensa reacción inmunológica que el virus desencadena a su ingreso, caracterizada por la formación de anticuerpos y de complejos antígeno/anticuerpos.(17)

El tiempo que transcurre entre el momento de la infección y la existencia de un número de anticuerpos que puedan ser detectables por las pruebas puede ser de seis a catorce semanas, pero hay casos en que pasa de varios meses hasta un año.

II.- Latencia.- Todas las personas infectadas por VIH pasan por una etapa donde no se presenta ninguna manifestación clínica y que el virus solo se puede detectar por medio de pruebas de laboratorio. Esta etapa es el reflejo de dos situaciones, que son identificadas por Sepulveda(1989):

1.- Una vez que el virus circula en la sangre, identifica a las células que poseen en su membrana la molécula CD4 (Linfocitos T Cooperadores, algunos monocitos y macrófagos, así como células

gliales del SNC), y se adhiere a ellas ; penetra en las mismas por mecanismos no definidos, y allí duplica su cadena de información genética (que se encuentra en forma de ácido ribonucleico, ARN), para formar un segmento de ácido desoxirribonucleico (ADN), que terminará por incorporarse al ADN propio de la célula. Dentro de las células, el virus puede permanecer latente, hasta que esa célula sea activada por el sistema inmunológico como respuesta a otro estímulo antigénico.

2.- Cuando el virus inicia su replicación, termina por destruir a la célula que lo ha alojado, lo cual resulta en la liberación hacia la sangre de muchas partículas virales nuevas, que les sean afines, con el fin de replicarse nuevamente. Este proceso es lento, de modo tal que debe transcurrir un periodo prolongado antes de que exista un deterioro del sistema inmunológico lo suficientemente grave como para manifestarse clínicamente.(18)

III.- Linfadenopatía generalizada persistente relacionada con VIH, se refiere a una enfermedad en los ganglios linfáticos y se manifiesta por crecimiento, dolor y cambios en su consistencia al tacto.

Para poder decir que una persona está en esta etapa tiene que tener un resultado positivo a su prueba serológica y que exista un crecimiento ganglionar mayor a 1cm en por lo menos en dos regiones anatómicas que persistan durante más de un mes.

IV.- SIDA. Sepulveda (1989), menciona que es probable que todas las personas infectadas por VIH desarrollen SIDA como parte final del proceso evolutivo que esta infección implica. Después de un periodo previo asintomático, el equilibrio entre las subpoblaciones de linfocitos se pierde, y el sistema inmunológico no puede contener la aparición de infecciones por gérmenes oportunistas, y/o el desarrollo de tumores malignos. Al mismo tiempo, aparecen manifestaciones clínicas de daño directo, extenso e irreversible, producido por el VIH en algunos tejidos, particularmente el Sistema Nervioso Central.(19)

El SIDA puede manifestarse con diarrea crónica, pérdida de peso, fiebre prolongada, infección por cándida en boca y esófago, tuberculosis, histoplasmosis, criptococosis, salmonelosis, neumonía.

1.6. SIDA Y ENFERMEDADES OPORTUNISTAS

El SIDA en sentido estricto aparece en diversas formas clínicas en que predominan las infecciones oportunistas graves, que en condiciones normales, los diferentes virus no causarían enfermedad alguna.

Es importante resaltar que todas las enfermedades que presentan los enfermos de SIDA se originan por reactivación de un microorganismo, es decir, el enfermo lo ha alojado por tiempo atrás, no es ocasionado por un microorganismo adquirido recientemente.

Existen tres principales tipos de enfermedades oportunistas que ponen en peligro la vida del enfermo. Las que afectan:

Los pulmones

Los intestinos

El sistema nervioso central

Algunas de las enfermedades que se presentan en casos de SIDA son las siguientes:

Toxoplasmosis

Causada por un protozoario; transmitida por tierra.

Los síntomas son: fiebre, debilidad, confusión, convulsiones, mareo y dolores de cabeza.

Puede infectar el cerebro, el corazón y los pulmones.

Cryptosporidium

Causada por un protozoario.

Provoca diarrea severa que puede durar varios meses.

Pneumocystis Carinii Pneumonia

Infección oportunista.

Causada por un hongo o por un protozoario (existe duda al respecto).

Muy común, se encuentra en la tierra, oficinas, casas, etc.

Sarcoma de Kaposi

No es una enfermedad oportunista, sino un cáncer, que ataca el tejido conectivo y es caracterizado por manchas rosadas, rojas, púrpuras y cafés que varían en forma y tamaño.

Se puede localizar en cualquier parte del cuerpo y puede ser externo o interno.

Las manchas no duelen ni pican y normalmente tiene una consistencia más dura que la piel que las rodea.

Mycobacterium Avium Intracellulare (MAI)

Bacteria relacionada a la tuberculosis.

Causa debilidad extrema y pérdida de masa muscular, que pueden estar acompañadas de fiebre, sudoraciones nocturnas, pérdida de peso y dolores.

Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva

Causada por un virus.

Infecta el cerebro, causando pequeños abscesos.

Los síntomas son: pérdida de memoria, pérdida de control motriz, convulsiones y cambios repentinos de estados de ánimo.

Cytomegalovirus (CMV)

Infección viral que pertenece a la familia de los herpes.

Muy común en la población general.

Usualmente no causa síntomas o causa síntomas similares a los de las gripas.

Cuando hay inmunosupresión puede causar daño severo a los pulmones, hígado, ojos y otros órganos.

Candida Albicans

Causada por un hongo.

Más común en personas con complejo relacionado al SIDA (ARC).

en todos los casos un resultado positivo produce un dolor emocional muy grande, que lastima la autoestima y el amor propio. aunado a esto recordemos que el SIDA ha estado desde su comienzo, muy vinculado a la homosexualidad y si se observa que nuestra cultura lo ha estigmatizado como: pecado, delito, enfermedad y peligro social, una persona que reciba un resultado positivo tendrá miedo a revelarlo ya que posiblemente la sociedad comienza a especular sobre su sexualidad, a culparlo sobre su infección y hacerlo sentir que se lo merecía. Miller reporta diferentes reacciones psicológicas por las que atraviesa la persona después de haber recibido un resultado positivo: Crisis ante la información del diagnóstico y la posible muerte, miedo y ansiedad por el pronóstico incierto y el curso de la enfermedad, depresión por el inevitable deterioro físico, y por las limitaciones que supone la enfermedad, culpa por haber sido vulnerable a la infección, ira y frustración por la incapacidad de superar el virus, etc.

Los problemas sociales a los que se enfrenta la persona que vive con VIH se relacionan con el desarrollo de las reacciones psicológicas en torno a la ansiedad y a la depresión.

La ansiedad es una reacción de ajuste que permite a la persona actuar ante un cambio en su vida, puede presentar síntomas físicos que la persona seropositiva llega a confundir con agravamiento de su condición médica.

Cuando la persona empieza a aceptar su enfermedad se inicia un proceso de reajuste donde la depresión juega un papel importante, ya que aparece como producto de la percepción del futuro que tiene.

A partir de esta ansiedad y depresión se desarrollan síndromes psiquiátricos que tienen que ver con la capacidad psicológica individual para adaptarse a una situación que lo llevará irreversiblemente a la muerte.

La doctora Kübler Ross (1969) habla de que una enfermedad terminal, representa en los pacientes una reacción catastrófica que pone a prueba su integridad psicológica. La doctora ha diferenciado cinco fases por las que pasa el paciente terminal, estas son:

- 1.- Negación
- 2.- Ira o Coraje
- 3.- Negociación o pacto
- 4.- Depresión
- 5.- Aceptación.

Todas estas fases tienen un carácter adaptativo y se desarrollan indistintamente, sin seguir un orden de importancia. A continuación se da una breve explicación de cada una de ellas enfocadas a personas seropositivas.

1.- Negación: La persona trata de evitar el dolor psíquico de saberse infectado; mantiene sus actitudes y conductas previas a los resultados, lo que implica que continúe con actividades de alto riesgo, olvidando que puede presentar síntomas y problemas psicológicos por lo que no ve a ningún especialista. La negación tiene una función de ajuste en el individuo.

2.- Ira: Se desplaza la angustia, envidia y agresión a las personas que los rodean; puede responsabilizar a alguien en particular de su enfermedad o a todos en general, estas dos primeras etapas son muy importantes porque en este periodo puede infectar a otras personas.

3.- Negociación: La persona pacta con alguna forma sobrenatural de existencia o fuera de su realidad inmediata, maneja concientemente parte de su conflictiva interna y pide un tiempo para intentar hacer cambios en su vida.

4.- Depresión: Cuando se obtiene un resultado positivo, la persona trata de influir en la gente que lo rodea para que le devuelvan la autoestima perdida, demostrando su desdicha y forzando su afecto. Algunos pacientes presentan ideas suicidas, estas no surgen en el momento de conocer su resultado positivo, sino que aparecen en el transcurso del tratamiento, cuando comienzan a morir conocidos, amigos o personas que creen haber infectado, o cuando se dan cuenta que son excluidos de la sociedad.

5.- Aceptación: La persona empieza a elaborar el duelo o la relación entre su realidad como enfermo y las pérdidas sufridas, ocurren cambios estructurales en su aparato mental que le permiten incorporarse a la vida diaria con nuevos hábitos de conducta, enfrentando los desafíos que el mundo le presente.

La ansiedad se encuentra presente en todas las fases descritas, manifestándose por síntomas físicos y preocupaciones por los mismos.

Estas son las fases psicológicas por las que pasan los pacientes después de haberseles dado un resultado de VIH positivo, en caso de que el aparato psíquico de alguna persona no se encuentre bien estructurado pueden presentarse graves síndromes psiquiátricos.

1.8 SITUACION ACTUAL

El Instituto Nacional de Referencia Epidemiológica (INDRE) es la institución encargada de recolectar y difundir la situación epidemiológica del SIDA, con datos totalmente actualizados y la información mundial. La situación mundial que se presentaba hasta el primer semestre de 1995, es que se habían reportado a la OMS 1,169,811 casos acumulados de SIDA.

Tomando en cuenta el sub-registro y el retraso en la notificación, se cree que el número real de casos debería ser de más de 4.5 millones.

Para ese periodo de 1995, se estimo que alrededor de 18.5 millones de adultos y más de 1.5 millones de niños, habían sido infectados con el VIH, de los cuales entre 14 y 15 millones continúan vivos.

La distribución mundial estimada es la siguiente:

- 1.- Africa Subsahariana con 11 millones de infectados y 8.5 millones vivos.
- 2.- Asia del este y sureste con 3.5 millones de infectados y 3 millones vivos.

- 3.- América Latina y el Caribe con 2 millones de infectados y 1.5 millones vivos.
- 4.- Norte América 1.1 millones de infectados y 750,000 vivos.
- 5.- Europa Occidental 600,000 infectados y 450,000 vivos.
- 6.- Africa del Norte y Medio Oriente 150,000 infectados y 100,000 vivos.
- 7.- Europa Oriental y Asia Central 50,000 infectados y 50,000 vivos.
- 8.- Asia del Este y del Pacifico 50,000 infectados y 50,000 vivos.
- 9.- Australasia 25,000 infectados y 20,000 vivos.

En cuanto al SIDA en México es muy difícil caracterizarlo de manera global, pues existen regiones que, por la magnitud del problema y los patrones epidemiológicos que las distinguen, indican la existencia de diversas subepidemias.

Se puede afirmar que a nivel nacional y a lo largo del tiempo, la epidemia ha presentado tres tipos de tendencia en cuanto su magnitud:

- * de 1983-1986 el crecimiento fué lento
- * de 1987-1990 fue de tipo exponencial
- * A partir de 1991 ha sido un crecimiento exponencial amortiguado con una tendencia a la estabilización.

En cuanto a las características de las formas de transmisión y sus tendencias en términos generales podemos decir que el SIDA en

México se continúa heterosexualizando, ruralizando y que la transmisión sanguínea se encuentra bajo control.

Hasta el 1o de Octubre de 1996, el registro nacional de casos de SIDA cuenta con 29,195 casos; pero la estimación del número real es de 41,718 al hacer la corrección por subnotificación y retraso en la notificación, habiendo sido reportados en el 3er trimestre de 1996, 903 casos existiendo una tasa por millón de habitantes de 306. De acuerdo a esta tasa las ciudades con tasas de incidencia por cien mil habitantes se encuentra en: Distrito Federal con 84.4, Baja California Norte con 67.6; Jalisco con 64.1 y Morelos con 51.7 y la ciudades con menor incidencia son: Guanajuato 10.9; Chiapas con 11.1 y Durango con 11.5.

Las entidades con mayor número de casos por habitantes son: El D.F. donde uno de cada 1,185 tiene SIDA o ha fallecido por esta causa; el estado de Baja California con uno de cada 1,479 y el estado de Jalisco con uno de cada 1,560 habitantes.

Los más altos índices de transmisión en hombres homosexuales según la entidad federativa se encuentran en Yucatán (43.5%), Nuevo León (37.4%) y Colima (36.5%), en contraste con Tlaxcala (15.2%) y Puebla (18.7%). En los casos reportados por transmisión bisexual se observa también un fuerte contraste en Yucatán (33.9%) y San Luis Potosí a (31.2%) con respecto a Tlaxcala (13.3%). Para transmisión heterosexual Chiapas, Puebla y Tlaxcala presentan los porcentajes más altos con 43.0% los dos primeros y 41.8% el tercero. En cambio, en esta categoría Yucatán es el más bajo con 8.0% y Baja California Sur con 10.5%.

Por transfusión sanguínea Tabasco, Puebla y Jalisco reportan los porcentajes más altos con 7.4% el primero, 6.7% y 6.4% los otros dos.

Sonora y Baja California Norte son los estados que reportan mayor número de casos asociados a drogadicción intravenosa con 5.1% y 4.4% de sus casos en esta categoría.

Los Estados en mayor proporción de casos en donde el factor de riesgo no fué documentado son el Estado de México (42.8) y el D.F. (35.8%).

En mujeres, los estados que reportan mayor proporción de casos asociados a transmisión heterosexual son Durango (77.8%) y Tabasco (65.0%), mientras que Zacatecas y Jalisco tienen en esta categoría las menores proporciones, con 15.8% y 18.2% respectivamente. Para transfusión sanguínea Nayarit y Jalisco reportan el 57.9% y el 48.1%, respectivamente, en contraste con Durango que presenta el 11.1% y con Tamaulipas con el 12.5%. También para las mujeres, los estados que presentan mayor proporción de casos asociados a drogadicción intravenosa son Sonora (2.9%) y Baja California (3.4%).

El Estado de México es el estado que tiene mayor proporción de casos en mujeres cuya categoría de transmisión no fué documentada, con 43.6%

Por edad y sexo los resultados indican que los hombres están seis veces más afectados que las mujeres. Uno de cada 556 hombres del grupo de edad de 30 a 34 años se ha visto afectado por la enfermedad, en comparación con una de cada 3,952 mujeres de este mismo grupo, de 35 a 39 años uno de cada 603 hombres se ha visto afectado, en comparación con una de cada 4,032 mujeres. Para los grupos más

afectados (29-39 años) esta razón varía entre 6 y 8 hombres por cada mujer afectada, mientras que es de 2:1 en el grupo de menores de 10 años.

Del total de casos acumulados tanto en hombres como en mujeres en 1996, el 80.% pertenece a los siguientes grupos de edad, correspondiendo el 31.5% al grupo de 20 a 29 años, al de 30 a 39, años el 37.8% y al de 40 a 49 años el 18.0%.

En los casos acumulados de SIDA en hombres adultos hasta el 3er trimestre de 1996, se observa una tendencia al aumento de los casos adquiridos por vía sexual de 84.8% en 1990 a 95.3% para 1996.

Hasta el 1o de Octubre de 1996 se han notificado un total de 24,635 casos en hombres adultos: 6,813 (38.5%) son homosexuales; 4,771 (27.0%) bisexuales y 4,387 (24.8%) heterosexuales. En total para la categoría de transmisión sexual, se han reportado 15,971 casos. En mujeres, el total de casos acumulados hasta el tercer trimestre de 1996 se han notificado 3,796 casos en mujeres adultas: 52.5% se atribuyen a transmisión heterosexual y 47.5% a transmisión sanguínea.

En los casos acumulados de SIDA pediátrico las tendencias por factor de riesgo son las siguientes: por vía sanguínea se presenta una disminución de 40.7% en 1990 al 15.9% en 1995; y 31.6% en 1996 por transmisión perinatal en cambio, ha aumentado de 56.8% en 1990 a 82.6% en 1995 y 57.9 en 1996, este incremento se asocia al aumento de casos de SIDA en mujeres heterosexuales.

Los casos acumulados para el 3er trimestre de 1996, en menores de 15 años son 764; 483 (63.2%) en niños y 281 (36.8%) en niñas. Esta

diferencia por sexo podría estar dada en parte por las características propias de la hemofilia.

Hasta el 1o de Octubre de 1996, el 60.1% se transmitió por vía perinatal; el 37.4% por transfusión sanguínea; el 14.0% en hemofílicos y el 2.5% por abuso sexual.

Del total de los 29,195 casos, 16,332 han fallecido y corresponde al 55.9%; continúan vivos 10,763 (36.9%) y se desconoce la evolución de 2,100 (7.2%)

La institución que acumula la mayor proporción de casos registrados es la SSA con 14,165 casos (48.5%); el IMSS ha notificado 9,601 casos (32.9%); 3,434 casos (11.8%) han sido notificados por otras instituciones y el ISSSTE ha notificado 1,995 casos (6.8%).

BLIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

CAPITULO I

(1) Grmek Mirko; Historia del SIDA. México D.F.: Siglo XXI, 1992.

(12) Sepulveda A. Jaime; SIDA, Ciencia y Sociedad en México. México D.F.: FCE, 1989.

(14) SAnde M.A., Volberding P.; Manejo Médico del SIDA. México D.F.: Interamericana. Mc GRaw Hill, 1992.

CAPITULO II

ANSIEDAD

En pleno desierto, la Peste encontró a una caravana en el camino de Bagdad y el jefe de los camelleros le preguntó: "¿Por qué tanta prisa en ir a la ciudad de los califas?" A lo que la peste contestó: "Voy por cinco mil vidas." "¿Tantos han enfermado de peste?" "Sólo cincuenta de ellos; los demás van a morir de ansiedad y miedo de contraer la peste..."

La ansiedad y el miedo son contagiosos irreflexivos impetuosos e irrazonables. Muchas personas han muerto de ansiedad y miedo en el mundo, escapando de algo que nunca sucede y por lo cual temían morir. Fenecer para escapar de la muerte, es el más grande de los contrasentidos del ser humano.

HECTOR GRIMRAC
mas allá de la muerte

2.1 DEFINICION DE ANSIEDAD

Ramiro A. Calle (1990), define la ansiedad como " una sensación displacentera de mayor o menor intensidad y, que se experimenta como desazón, intranquilidad, confusión, malestar, agitación, indecisión, profunda insatisfacción, incertidumbre, aprehensión, inquietud difusa, angustia profunda, sensación de disolución o fragmentación, desconcierto y desintegración. Puede ir desde una leve sensación de inquietud a una máxima agitación, pánico y temor a la locura o a la muerte" (1).

La ansiedad frecuentemente se encuentra en el fondo de otros sentimientos negativos, emociones o síntomas displacenteros tales como depresión, indolencia, miedo, estrés, tedio a través de los cuales busca emerger.

Cuando la ansiedad se encuentra en bajos niveles que puedan ser controlados o controlables, puede ser utilizada en forma positiva, para realizar algunas actividades y tareas e inclusive para desarrollar la creatividad; de esta forma la ansiedad puede ser: un poco de vitalidad extra para ser más activo, creativo y emprendedor. Este tipo de ansiedad a bajos niveles se le puede llamar tono vital o la normal tensión de la vida. Ya que el ser humano, mientras no se realiza, se encuentra en estado de ansiedad, al encontrarse libre de ésta logra la autorrealización, es autosuficiente y poseedor de una inteligencia de claridad máxima que no admite conflictos. Como ya se

(1) Calle A. Ramiro; Ante la Ansiedad, 1990. Urano. Barc. Esp. Pag 43

vio, el nivel bajo de ansiedad puede activar y motivar al individuo, pero un nivel alto de esta misma puede llegar a paralizar a la persona.

Los niveles altos de ansiedad no sólo producen efectos negativos, sino que incapacita al ser humano para apreciar la existencia, reconciliarse consigo mismo y con los demás y disfrutar de la vida, ya que al ser la ansiedad una sensación difusa y displacentera, provoca en la persona que la presenta, ofuscación, desfallecimiento, cansancio, desaliento, indecisión y empobrecimiento de la personalidad. Esta alteración en el comportamiento y sentimiento de la persona perturba sus vivencias, roba la armonía con uno mismo y con los demás, origina trastornos psicosomáticos; y da por resultado un estado de insatisfacción, de descontento, de alejamiento de la plenitud y de la integración; otro resultado es que el individuo piensa que la vida se va consumiendo sin lograr ningún bienestar interior.

La ansiedad a altos niveles es un obstáculo en la vida de cualquier persona, a menos que logre reorientarse y se convierta en un estímulo para salir de esa sensación negativa, y lograr una armonía con uno mismo, lo cual generalmente se realiza por medio del crecimiento interior, la maduración psíquica y la evolución consciente.

Como sabemos la ansiedad es la sensación más común y generalizada, por lo que son pocas las personas que no la sufren y más pocas las que logran superarla totalmente. Ramiro Calle (1990) menciona que "Esta sensación también se vive como sentimiento de soledad, desvalimiento, desamparo, incomunicación, sentimiento de irrealidad, temores infundados, fobias, diversas aprehensiones que algunas personas tratan de debilitar mediante manías o rituales neuróticos que son utilizados a modo de amortiguadores. La ansiedad también provoca una efervescencia del pensamiento y una serie de racionalizaciones y actitudes neuróticas que tienden a crear un equilibrio interior tan ficticio como precario"(2).

Entre los síntomas físicos que presentan las personas que tienen niveles altos de ansiedad, se pueden mencionar los siguientes: la inquietud motora, tics, rigidez, taquicardia, trastornos gastrointestinales, opresión, inquietud psíquica, confusión mental, insomnio, hipertensión, impotencia sexual y otros trastornos psicosomáticos.

Una persona que sufra una ansiedad que no logre dominar, se mostrará hostil y no podrá relacionarse adecuadamente con la gente que la rodea.

La ansiedad es multifactorial, ya que el hecho de vivir provoca ansiedad y el hecho cierto de morir desencadena ansiedad; por lo que se puede decir que existe la angustia de vida y la angustia de muerte.

(2) Ibidem Pag. 46

2.2. ANSIEDAD DE LA VIDA Y ANSIEDAD DE LA MUERTE

La ansiedad como un temor no reconocible ni fundamentado es característica solamente del hombre. Pero como el hombre ha aprendido a defenderse casi de todas las amenazas de su vida; deberían de ser el miedo y la ansiedad vivencias ya casi desconocidas para él, aún cuando ocurre lo contrario.

Como ya se mencionó anteriormente existe la ansiedad de la vida y la ansiedad de la muerte, de la segunda podemos decir desde un punto de vista médico, que la ansiedad auténtica y justificada es relativamente rara, así mismo existe una ansiedad hipotética ante la muerte, la cual es más frecuente, las personas que sufren este tipo de ansiedad, si se someten a un tratamiento terapéutico descubrirán los motivos de esa ansiedad.

Uno de los instintos más poderosos para todo ser viviente es el de la conservación; así en cualquier circunstancia el ser humano se esfuerza en permanecer vivo. Hediger (1960), recuerda que la ley más importante y superior al instinto de conservación dice que "todo ser vivo puede dar las posibilidades in situ en el mejor desarrollo posible" (3), así que la conservación de la vida no es importante, cuando el desarrollo de la vida esta impedido.

La angustia aparentemente infundada ante todo, se encuentra generalmente en personas con perturbaciones neuróticas; el hombre conoce lo que debe ser y lo que es adecuado en base a esto se plantea que si una fuente de angustia descansa sobre un conocimiento inconsciente de que se esta a punto de equivocarse decisivamente en la

(3) Hediger H; La Angustia, 1960. Jung Institut. Zurich Alem. .P.247

vida. Esta ansiedad llega a ser y tiene que ser al tiempo ansiedad de la muerte, pues, ahora amenaza el horror de tener que dejar este mundo sin haber realizado la misión que se propone al hombre.

El hombre necesita seguridad pero no solo en su contorno exterior familiar, sino también por una creencia; sin esta conciencia de seguridad el hombre se siente arrojado en la existencia y sufre ansiedad, por lo cual concluimos que la ansiedad tiene dos fuentes:

- 1.- La angustia de no seguir debidamente la ley según la cual ha empezado.
- 2.- La angustia de la inseguridad.

Pero también podemos decir que el hombre pierde esta ansiedad y mira tranquilamente a la muerte bajo dos condiciones:

- 1.- Por la completa superación del propio Yo
- 2.- Al final de una vida realmente vivida, cuando existe el sentimiento de haber cumplido debidamente su misión sobre la tierra.

Al mundo llegamos con heridas de angustia abiertas, con memorias biológicas angustiosas. El mismo nacimiento es una experiencia traumática y desde muy pequeños se produce en el niño el conflicto entre lo deseado y lo reprimido, lo anhelado y lo inhibido, lo ansiado y lo frustrado, con una carga de ansiedad y sentimientos de soledad, desvalimiento, desamparo.

A medida que el Yo se va conformando y el individuo tiene un gasto energético y psíquico para alimentarlo, cada que la imagen

ideal del mismo es amenazada surge la angustia. Por lo que vemos que el Yo es una fuente de insatisfacción, ansiedad y sufrimiento; de aquí que se concluya que no hay heridas más dolorosas que las narcisistas, ni nada que consuma más energía y preocupación que el tratar de evitar algún daño, para mantener al Yo en buen lugar.

El niño es un ser ansioso en mayor o menor grado. Dependiendo de la habilidad psicológica del niño, habrá huellas profundas y graves ó leves y fácilmente superables; también tomando en cuenta la predisposición a la salud física que tenga el infante; interviniendo en ello elementos hereditarios. Desde su inteligencia infantil y su intuición el niño, evita, mitiga o soporta la ansiedad, utilizando como defensa mecanismos neuróticos.

El subconsciente es uno de los obstáculos en el progreso interior: La angustia origina obsesiones que generan ansiedad. Estas obsesiones pueden ser permutables por otras, cambiando así el objeto de la ansiedad, pero lo importante no es eliminar el objeto, sino la actitud de ansiedad.

Desde la infancia empieza a crearse la personalidad del ser, quedando huellas latentes, impresiones (impregnaciones subconscientes); que originan las tendencias y se convertirán en condicionamientos en la vida de las personas. Estos impulsos serán los responsables de las alteraciones de personalidad y de comportamiento; los cuales originan ansiedad, malestar, preocupación. Pero del mismo modo que existe un estancamiento y una regresión en todo individuo, hay energías que invitan al crecimiento, al desarrollo a la madurez.

Para poder emerger más allá de la ansiedad, hay incluso que aprovechar la propia ansiedad, para utilizarla como energía que sirva de trampolin hacia un estado de calma.

La ansiedad es bio-psico-social, en el ser humano esta el germen de la angustia, lo heredamos, ya que en nuestro cuerpo existen dispositivos para angustiar y para tranquilizar. Además de su fundamento existencial, biológico y psíquico, la angustia es social, ya que la provocan factores ansiógenos que nos bombardean desde el exterior, tales como la cultura, la religión, la sociedad neurótica, competitiva y cruel que nos rodea.

La angustia puede alcanzar niveles muy altos provocando desórdenes físicos, alteraciones mentales confusas y displacenteras, en estos momentos el ser humano siente su ego tan amenazado que se aterra ante su propia destrucción.

Por eso hay que aprender que la angustia es un aviso, que comunica que dentro de nosotros hay un desorden a solucionar.

2.3 EL MIEDO

El miedo se presenta desde antes de nacer, incluso los miedos de la madre tienen una repercusión en sus hijos. El miedo es una respuesta ante un peligro real, pero a veces es una reacción ante peligros y temores imaginarios. La respuesta del miedo sobreviene por asociaciones y reflejos condicionados, por cada miedo real se pueden crear diversos miedos imaginarios.

El miedo racional, es aquel que desencadena un peligro real, es un miedo de autoprotección. Pero el miedo infundado no tiene ninguna finalidad útil y origina limitaciones y ansiedades.

El miedo viene alimentado por:

- * Carencias internas.
- * Ausencia de clara visión de la existencia, tal cual es.
- * Apego ciego. A mayor apego, mayor miedo.
- * Excesiva demanda de seguridad.
- * Actitudes y puntos de vista que no corresponden con la realidad tal cual es.
- * Conflictos internos y tendencias neuróticas.
- * Antiguos condicionamientos y asociaciones.
- * Imaginación descontrolada.
- * Insuficiencia emocional e insuficiente aprendizaje para encarar situaciones.

Para combatir el miedo hay que neutralizar estos factores y reintegrar la vida anímica por medio de un trabajo de auto-desarrollo y evolución consciente.

El miedo y la angustia son hermanos gemelos. El miedo genera angustia y la angustia desencadena miedo.

Ramiro Calle (1990), concluye diciendo que "Si la angustia real y el miedo real son necesarios para sobrevivir y cumplen una función como despertador y alarma de peligro real, la angustia y el miedo que no se corresponden con la realidad, que no disponen pues de ninguna capacidad preventiva, lo único que hacen es empobrecer interiormente

al individuo e incluso llegar a robarle todas sus potencialidades y aun paralizarle." (4)

2.4 CLASIFICACION DE LOS TRANSTORNOS DE ANSIEDAD

Las clasificaciones son necesarias para facilitar la comunicación entre especialistas, para poder establecer predicciones evolutivas en la práctica clínica y para servir de base insustituible a la investigación, pero sólo serán útiles si existe una fiabilidad entre evaluadores para los distintos diagnósticos y una validez de la entidad nosológica como tal, por lo que habrá de huir de apriorismos racionalistas en los que tal vez ha caído en exceso la psiquiatría.

En 1952, siguiendo las ideas de Freud se acepta el siguiente esquema nosológico:

1 Neurosis de ansiedad.- El conflicto interno no se transforma no se desplaza, ni se simboliza, aparecen sólo síntomas ansiosos. Incluye a los pacientes estrictamente ansiosos.

2 Histeria de ansiedad.- El sujeto utiliza mecanismos de defensa, como los de proyección y fijación, por lo tanto aparecen otros síntomas aparte de la ansiedad. Incluye a los pacientes fóbicos.

Manteniendo el mismo enfoque, el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I) (1952) hace la clasificación de la ansiedad utilizando la terminología de Meyer:

1 Reacción de ansiedad.- Equivalente a la neurosis de ansiedad mencionada anteriormente.

2. Reacción fóbica.-Equivalente a histeria de ansiedad, es la primera vez que reconocen a las fobias como una entidad nosológica independiente.

Posteriormente en 1968, el DSM-II muestra una subdivisión de las neurosis donde aparecen clasificadas de la siguiente forma:

- 1.- Neurosis de ansiedad (reacción de ansiedad).
- 2.- Neurosis histérica.
- 3.- Neurosis fóbica (reacción fóbica).
- 4.- Neurosis obsesivo-compulsiva.
- 5.- Neurosis depresiva
 - hipocondriaca
 - de despersonalización
 - neurasténica.

Marks en 1969 hace la primera clasificación de los miedos adultos.

- 1.- Miedos normales, leves. (alturas, ascensores, arañas, etc...)

2.- Miedos anormales o fobias, las cuales a su vez se pueden clasificar de acuerdo a los datos clínicos, epidemiológicos, psicofisiológicos y de respuesta terapéutica en:

Clase I (miedos a estímulos externos) Agorafobia/fobia social, fobia a animales/ otras fobias específicas.

Clase II (miedos a estímulos internos) Nosofobia a fobias obsesivas.

En 1979 Torgersen aísla por medio de un análisis factorial, cinco factores diferentes los cuales son:

- 1.- Miedo a la separación (agorafobia).
- 2.- Miedo a animales (zoofobia).
- 3.- Miedo a la mutilación.
- 4.- Miedos sociales (fobia social).
- 5.- Miedos a estímulos de la naturaleza (otras fobias específicas).

El DSM-III en 1980 representa un hito fundamental en la clasificación de los trastornos neuróticos, y en especial de los trastornos ansiosos.

Los trastornos de ansiedad son clasificados de la siguiente forma:

- 1.- Crisis de angustia.
- 2.- Trastornos por ansiedad generalizada.
- 3.- Agorafobia con crisis de angustia.
- 4.- Agorafobia sin crisis de angustia.

- 5.- Transtorno por ansiedad atípico.
- 6.- Fobia social.
- 7.- Fobia simple.
- 8.- Transtorno obsesivo-compulsivo.
- 9.- Transtorno por estrés postraumático agudo.
- 10.- Transtorno por estrés postraumático crónico.

El DSM-III-R (1987), especifica nueve diferentes trastornos por ansiedad en el adulto:

- 1.- Crisis de angustia con agorafobia.
- 2.- Crisis de angustia sin agorafobia.
- 3.- Agorafobia sin historia de crisis de angustia.
- 4.- Fobia social.
- 5.- Fobia simple.
- 6.- Transtorno obsesivo compulsivo.
- 7.- Transtorno por estrés postraumático.
- 8.- Transtorno por ansiedad generalizada.
- 9.- Transtorno por ansiedad, no especificado anteriormente

El DSM-IV (1995), clasifica los siguientes trastornos de ansiedad: Transtorno de angustia sin agorafobia, transtorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de transtorno de angustia, fobia específica, fobia social, transtorno obsesivo-compulsivo, transtorno por estrés postraumático, transtorno por estrés agudo, transtorno de ansiedad generalizada, transtorno de ansiedad debido a enfermedad médica, transtorno de ansiedad no

especificado. En el contexto de todos estos trastornos pueden aparecer crisis de angustia y agorafobia, los cuales se exponen por separado.

CRISIS DE ANGUSTIA

Como característica principal tenemos la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso, que se acompaña de al menos 4 de un total de 13 síntomas somáticos o cognoscitivos, los cuales son: palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o desmayo, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, parestesias, escalofríos o sofocaciones. La crisis se inicia de forma brusca y alcanza su máxima expresión con rapidez (10 minutos o menos), acompañándose a menudo de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar. Si se llegan a presentar estos criterios, pero presentan menos de 4 de los síntomas, se denominan crisis sintomáticas limitadas.

Existen tres tipos característicos de crisis de angustia, que se diferencian por el modo de inicio y la presencia o ausencia de desencadenantes ambientales: crisis de angustia inesperadas (no relacionadas con estímulos situacionales) en las que el inicio de la crisis de angustia no se asocia a desencadenantes ambientales (aparecen sin motivo aparente; crisis de angustia situacionales (desencadenada por estímulos ambientales), donde la crisis de

angustia aparece de forma exclusiva inmediatamente después de la exposición o anticipación de un estímulo o desencadenante ambiental, y crisis de angustia más o menos relacionadas con una situación determinada, las cuales tienen simplemente más posibilidades de aparecer al exponerse el individuo a ciertos estímulos o desencadenantes ambientales, aunque no siempre existe esta asociación con el estímulo ni tampoco siempre el episodio aparece inmediatamente después de exponerse a la situación.

AGORAFOBIA

Como características principales presenta los siguientes criterios:

- A. La aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda
- B. Estas situaciones se evitan, se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.
- C. Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia (p.ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, o trastorno de ansiedad por separación. El diagnóstico diferencial entre la agorafobia y la fobia social o

especifica y el trastorno de ansiedad por separación grave puede ser difícil, ya que todas estas entidades se caracterizan por comportamiento de evitación de situaciones específicas.

TRANSTORNO DE ANGUSTIA

Los criterios esenciales del trastorno de angustia son:

- A. La presencia de crisis de angustia recidivantes e inesperadas, seguidas de la aparición, durante un periodo como mínimo de un mes, de preocupaciones persistentes por la posibilidad de padecer nuevas crisis de angustia y por sus posibles implicaciones o consecuencias, o bien de un cambio comportamental significativo relacionado con esta crisis.
- B. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica.
- C. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Para efectuar el diagnóstico de trastorno de angustia se requiere haber presentado por lo menos dos crisis de angustia inesperadas, aunque la frecuencia y la gravedad de las crisis de angustia varían ampliamente, al igual que la edad de inicio del trastorno, si bien lo más típico es que el inicio tenga lugar entre el final de la adolescencia y la mitad de la cuarta década de la vida.

TRANSTORNO POR ANGUSTIA CON AGORAFOBIA

Se cumplen los criterios de trastorno de angustia (A.B.C.), y se presenta el criterio D. Presencia de agorafobia.

TRANSTORNO POR ANGUSTIA SIN AGORAFOBIA

Se cumplen los criterios de trastorno de angustia (A. B. C.), y se presenta el criterio D. Ausencia de agorafobia.

AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRANSTORNO POR ANGUSTIA

Sus criterios son similares a los del trastorno de angustia con agorafobia, excepto en el hecho de que:

- A. Existe el temor a la aparición de síntomas similares a la angustia o crisis con sintomatología limitada incapacitantes o extremadamente embarazosos (incluyen cualquiera de los trece síntomas descritos en las crisis de angustia u otros síntomas que puedan resultar incapacitantes o embarazosos), pero nunca crisis de angustia completas. Los individuos con este trastorno presentan agorafobia.
- B. Nunca deben haberse cumplido los criterios del diagnóstico de trastorno de angustia completo.
- C. El cuadro sintomático no ha de ser secundario a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica el miedo a sentir incapacitación o embarazo por la aparición de sus síntomas es claramente excesivo en comparación con el temor habitualmente asociado a este proceso.

FOBIA ESPECIFICA (ANTES FOBIA SIMPLE)

Los criterios relacionados con la fobia especifica son:

- A. Miedo intenso y persistente a objetos o situaciones claramente discernibles y circunscritos.
- B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede adquirir la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada.
- C. La persona reconoce que este miedo es excesivo e irracional.
- D. En la mayoría de las ocasiones el estímulo fóbico es evitado, si bien a veces puede experimentarse, pero con sumo terror.
- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.
- F. En los menores de 18 años los síntomas deben de haber persistido durante al menos 6 meses antes de poder efectuar el diagnóstico de fobia especifica.
- G. La ansiedad, crisis de angustia o evitación fóbica no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Las fobias especificas tambien pueden hacer referencia a la posibilidad de perder el control, angustiarse y desmayarse al exponerse al objeto temido. En presencia del estímulo fóbico aparece de forma inmediata y casi invariablemente una respuesta de ansiedad, donde el nivel de esta puede variar en función del grado de

proximidad al estímulo fóbico y al grado en que la huida se ve limitada. Sin embargo, la intensidad del temor no siempre se relaciona de forma tan previsible con el estímulo fóbico.

Si la fobia no provoca un malestar clínico significativo o un deterioro de la actividad del individuo, no debe efectuarse el diagnóstico de fobia específica.

Pueden especificarse los siguientes subtipos para indicar el objeto del miedo o evitación en la fobia específica:

* Tipo animal. El miedo hace referencia a animales o insectos. Este subtipo suele iniciarse en la infancia.

* Tipo ambiental. El miedo hace referencia a situaciones relacionadas con la naturaleza y los fenómenos atmosféricos como tormentas, precipicios o agua. Este subtipo suele iniciarse en la infancia.

* Tipo sangre-inyecciones-daño. El miedo hace referencia a la visión de sangre o heridas, o a recibir inyecciones u otras intervenciones médicas de carácter invasivo. Este subtipo presenta una incidencia marcadamente familiar y suele caracterizarse por una intensa respuesta vasovagal.

* Tipo situacional. El miedo hace referencia a situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coches o recintos cerrados. El inicio de este trastorno sigue una distribución bimodal, con un pico de mayor incidencia en la segunda infancia y otro a la mitad de la tercera década de la vida. Su incidencia en función del sexo, su patrón de incidencia familiar y su edad de inicio son similares a los del trastorno de angustia con agorafobia.

* Otros tipos. El miedo hace referencia a otro tipo de estímulos, entre los que se incluyen las situaciones, que pueden conducir al atragantamiento, al vómito, a la adquisición de una enfermedad; fobia a los espacios, y el miedo que los niños tienen a los sonidos altos o a las personas disfrazadas.

La distribución de frecuencias de estos subtipos en los centros asistenciales para adultos, de la más a la menos frecuente, es la siguiente: situacional, ambiental, fobia a la sangre-inyecciones-daño y, por último, animal.

FOBIA SOCIAL (TRANSTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL)

Los criterios para la fobia social son:

- A. Miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas.
- B. La exposición a situaciones sociales provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad.
- C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.
- D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.
- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

F. En las personas menores de 18 años los síntomas deben haber persistido como mínimo durante seis meses antes de poder diagnosticar una fobia social.

G. El miedo o los comportamientos de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el criterio A no se relaciona con estos procesos. Cuando el individuo con fobia se encuentra en las situaciones sociales o en las actuaciones en público temidas, experimenta una preocupación constante por la posibilidad de que resulten embarazosas y teme que los demás le vean como a un individuo ansioso, débil, loco, o estúpido.

De forma característica, el individuo con fobia social evitará las situaciones temidas. Con menos frecuencia, se obligará a sí mismo a soportar estas situaciones, aunque a costa de una intensa ansiedad. También puede aparecer una acusada ansiedad anticipatoria mucho antes de que el individuo deba afrontar la situación social temida o la actuación en público.

Para establecer el diagnóstico de fobia social, los temores o los comportamientos de evitación deben interferir marcadamente en la actividad laboral o académica del individuo o en sus relaciones sociales, o generar un malestar clínicamente significativo.

TRANSTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

A. Se caracteriza por la presencia de obsesiones o compulsiones, de carácter recurrente.

Las obsesiones son ideas, pensamientos, impulsos o imágenes persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos. Esta cualidad intrusa e inapropiada que caracteriza las obsesiones se ha venido a denominar egodistónica. Este concepto hace referencia a la sensación que tiene el individuo de que el contenido de la obsesión es ajeno, fuera de su control y no encaja en el tipo de pensamientos que él esperaría tener. Sin embargo, el individuo es capaz de reconocer que estas obsesiones son el producto de su mente y no vienen impuestas desde fuera.

Las compulsiones se definen como comportamientos o actos mentales de carácter recurrente, cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o el malestar, pero no proporcionar placer o gratificación. En la mayoría de los casos la persona se siente impulsada a realizar la compulsión para reducir el malestar que lleva consigo una obsesión determinada o bien para prevenir algún acontecimiento o situación negativos.

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de una

hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (académicas) o su vida social.

D. Si existe otro trastorno de Eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él.

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica.

Existe poca conciencia de enfermedad, si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

Las obsesiones o compulsiones producen un malestar clínicamente significativo, suponen una pérdida de tiempo notable o interfieren acusadamente con la rutina diaria del individuo, su rendimiento laboral o sus actividades sociales o relaciones. Estas obsesiones o compulsiones pueden remplazar comportamientos productivos y gratificantes y desestructurar enormemente la actividad global del individuo. Dado el potencial perturbador que las caracteriza, estas obsesiones suelen ocasionar una disminución del rendimiento personal en las actividades o tareas cognoscitivas que requieren concentración, como son la lectura o el cálculo mental. Además, muchos individuos acaban evitando objetos o situaciones que suelen provocar obsesiones o compulsiones. Este comportamiento de evitación puede generalizarse y limitar seriamente la actividad global del individuo.

TRANSTORNO POR ESTRES POSTRAUMATICO

A. Se caracteriza por la aparición de síntomas específicos; después de un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; el individuo es testimonio de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas o bien, implican muertes inesperadas y violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves. El sujeto responde con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

B. Presencia de reexperimentación persistente del acontecimiento traumático: recuerdos, sueños, sensaciones de estar viviendo el momento específico, malestar psicológico intenso, respuestas fisiológicas.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo, tal y como indican tres o más de los siguientes síntomas: 1) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático. 2) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma. 4) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas. 5) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás. 6) Restricción de la vida afectiva. 7) Sensación de un futuro desolador.

D. Existen síntomas persistentes de activación (arousal), tal como lo indican dos o más de los siguientes síntomas: 1) Dificultad para conciliar o mantener el sueño. 2) Irritabilidad o ataques de ira. 3)

Dificultades para concentrarse. 4) Hipervigilancia. 5) Respuestas exageradas de sobresalto.

E. Estas alteraciones (B.C.D.) se prolongan más de un mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Las siguientes especificaciones pueden utilizarse para concretar el inicio y la duración de los síntomas del trastorno por estrés postraumático:

Agudo. Esta especificación debe emplearse cuando la duración de los síntomas es inferior a los tres meses.

Crónico. Esta especificación debe emplearse cuando la duración de los síntomas es igual o superior a los tres meses.

De inicio moderado. Esta especificación indica que entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo seis meses.

A consecuencia del acontecimiento traumático pueden aparecer enfermedades médicas.

TRANSTORNO POR ESTRES AGUDO

Los criterios esenciales para el diagnóstico del trastorno por estrés agudo son:

A. La aparición de ansiedad, síntomas disociativos y de otro tipo que tiene lugar durante el mes que sigue a la exposición de un acontecimiento de carácter extremo.

B. En el mismo momento del trastorno o con posterioridad a él, el individuo presenta al menos tres de los siguientes síntomas disociativos: sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de la realidad que le rodea; desrealización; despersonalización; y amnesia disociativa.

C. Después del acontecimiento traumático, éste es revivido de forma recurrente.

D. El individuo presenta un acusado comportamiento de evitación de aquellos estímulos que pueden hacer aflorar recuerdos del trauma.

E. Presenta síntomas significativos de ansiedad o aumento de activación.

F. Los síntomas provocan un malestar clínico significativo, interfieren acusadamente la actividad del individuo, o afectan notablemente a su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables.

G. Estas alteraciones duran por lo menos dos días y no se prolongan más allá de las cuatro semanas posteriores al acontecimiento traumático.

H. El cuadro no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica, no pueden explicarse mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve y no constituyen una mera exacerbación de un trastorno mental preexistente.

Como respuesta al acontecimiento traumático el individuo presenta síntomas disociativos. Los sujetos con trastornos por estrés agudo muestran una disminución de la reactividad emocional, lo cual suele traducirse en una dificultad o imposibilidad para

encontrar placer en actividades que antes resultaban gratificantes y con frecuencia en un sentimiento de culpabilidad.

Pueden aparecer síntomas de desesperación y desesperanza, que en ocasiones son los suficientemente intensos y persistentes como para cumplir los criterios del trastorno depresivo mayor, en cuyo caso es pertinente registrar éste como diagnóstico adicional.

TRANSTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA

Los criterios para el diagnóstico de el trastorno de ansiedad generalizada son:

- A. La ansiedad y la preocupación excesivas que se observan durante un periodo superior a seis meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones.
- B. El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación.
- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres o más de los seis síntomas siguientes: 1) inquietud o impaciencia. 2) Fatigabilidad fácil. 3) Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco. 4) Irritabilidad. 5) Tensión muscular. 6) Alteraciones del sueño.
- D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I.
- E. Los individuos no siempre reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas, manifiestan una evidente dificultad para controlarlas y les provoca malestar subjetivo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica general y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

La intensidad, duración o frecuencia de aparición de la ansiedad y de las preocupaciones son claramente desproporcionadas con las posibles consecuencias que puedan derivarse de la situación o el acontecimiento temido. A estos individuos les resulta difícil olvidar estas preocupaciones para poder dedicar la atención necesaria a las tareas que están realizando, y todavía les cuesta más eliminar aquellas completamente.

TRANSTORNO DE ANSIEDAD DEBIDO A ENFERMEDAD MEDICA

Los criterios para el diagnóstico del trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica son:

- A. La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.
- B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.
- C. Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.
- D. Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

E. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Para determinar si los síntomas de ansiedad se deben a una enfermedad médica, el clínico ha de establecer, en primer lugar, la presencia de esta enfermedad. Debe determinar asimismo el mecanismo fisiológico por el cual esa enfermedad médica puede ser considerada responsable de los síntomas de ansiedad.

Pueden emplearse las siguientes especificaciones para indicar qué tipo de cuadro sintomático predomina en el trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica:

Con ansiedad generalizada. Esta especificación puede utilizarse cuando predomina una ansiedad o preocupación excesiva centrada en múltiples acontecimientos o actividades.

Con crisis de angustia. Esta especificación puede utilizarse cuando predominan las crisis de angustia.

Con síntomas obsesivo-compulsivos. Esta especificación puede utilizarse cuando predominan obsesiones o compulsiones.

TRANSTORNO DE ANSIEDAD INDUCIDO POR SUSTANCIAS

Los criterios para diagnosticar un trastorno de ansiedad inducido por sustancias se toman en cuenta los siguientes:

A. La ansiedad de carácter prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

B. A partir de la historia clínica, de la exploración física de las pruebas de laboratorio se demuestra que: 1) Los síntomas del Criterio

A aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes siguiente. 2) El consumo del medicamento está relacionado etiológicamente con la alteración.

C. Dependiendo de la naturaleza de la sustancia y del contexto en el que aparecen los síntomas, el trastorno puede incluir ansiedad prominente, crisis de angustia, fobias y obsesiones o compulsiones. Aunque la presentación clínica del trastorno de ansiedad inducido por sustancias puede imitar la del trastorno de angustia, el trastorno de ansiedad generalizada, fobia social o el trastorno obsesivo compulsivo, no es necesario que se cumplan los criterios diagnósticos de ninguno de estos trastornos. Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de un trastorno mental no secundario al consumo de una sustancia.

D. No debe efectuarse el diagnóstico de trastorno de ansiedad relacionado con sustancias si los síntomas de ansiedad aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Sólo debe establecerse este diagnóstico en vez del de intoxicación por o abstinencia de una sustancia cuando los síntomas de ansiedad sean excesivos en comparación con los que habitualmente se asocian a estos dos trastornos o cuando los síntomas de ansiedad son de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

Pueden emplearse las siguientes especificaciones para indicar el cuadro sintomático predominante:

Con ansiedad generalizada. Esta especificación puede utilizarse cuando predomina una ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades.

Con crisis de angustia. Utilizarse cuando predominan las crisis de angustia.

Con síntomas obsesivo-compulsivos. Puede utilizarse esta especificación cuando predominan las obsesiones o las compulsiones.

Con síntomas fóbicos. Esta especificación puede utilizarse cuando predominan síntomas de carácter fóbico.

El contexto en que aparecen los síntomas de ansiedad puede indicarse mediante el empleo de las siguientes especificaciones:

De inicio durante la intoxicación. Esta especificación debe utilizarse si se cumplen los criterios diagnósticos de intoxicación por una sustancia y los síntomas aparecen durante el periodo de intoxicación.

De inicio durante la abstinencia. Esta especificación debe utilizarse si se cumplen los criterios diagnósticos de abstinencia de una sustancia y los síntomas aparecen durante o poco después del síndrome de abstinencia.

TRANSTORNO POR ANSIEDAD NO ESPECIFICADO

Deben incluirse aquí aquellos trastornos en los que son prominentes los síntomas de la ansiedad o la evitación fóbica que no reúnen los criterios diagnósticos de ningún trastorno de ansiedad,

trastorno adaptativo con ansiedad o trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo.

2.5 ANGUSTIA NEUROTICA Y SENTIMIENTO DE CULPA

La angustia neurótica la concebimos como un fenómeno psíquico normal a todos los hombres; la cual es el núcleo de todas las neurosis, así que cuando se perturba el equilibrio psíquico de una persona, le es imposible digerir las ansiedades. Según Mitscherlich, toda neurosis entraña el intento de evitar un sufrimiento. Esto significa una defensa contra la ansiedad.

Freud toma atención especial al percatarse que en todos los trastornos neuróticos tienen un papel importante la angustia y el sentimiento de culpa, por lo que deduce que la localización de la angustia está en el Yo; la libido reprimida se transforma en ansiedad: cuando el curso normal de un estímulo instintivo primario ya activado aparece comprometido o amenazado de pronto por un obstáculo, se produce la ansiedad. Sólo el Yo puede provocar y percibir la ansiedad. Y relaciona las tres clases de angustia (angustia real, neurótica y de conciencia), con las tres dependencias del Yo (del mundo exterior, del Ello y del Super yo), siendo la angustia una señal de alarma ante una situación de peligro.

La angustia real, es la angustia del Yo y la angustia normal de las personas sanas ante las amenazas del mundo exterior.

La segunda clase es la angustia libidinosa que procede del inconsciente y también se le puede llamar instintiva. Freud reconoce

dos clases de instintos de diferente naturaleza, el instinto sexual(vida) y el instinto de agresión (destrucción, muerte). A esta clase de angustia pertenece la angustia primitiva, que se origina por el trauma del parto y en el fondo, cualquier otra angustia se reduce a la repetición de esta vivencia, con la condición propia de cada edad. La angustia de separación se presenta en los primeros años de vida con una intensidad muy especial y consiste en la angustia de perder al objeto amado. En las neurosis de este tipo existe un conflicto entre el inconsciente y el Yo.

La neurosis de angustia se origina por estancamiento de los instintos y se siente como angustia y en la histeria se une a síntomas corporales, desconectándose de la conciencia. Se le llama conversión a esta facultad de desembarazarse de estímulos provocadores de angustia, en realidad en este proceso se ve una transformación de la angustia en miedo, así que las personas neuróticas, más que sentir angustia tienen miedo de algo.

En los niños mayores aparece la angustia como angustia de daño y más tarde como angustia de castigo, al principio se refiere al objeto exterior y como tal a una angustia real y después a la proyección de las consecuencias del acto real convirtiéndose en angustia de Conciencia; la cual es la autoridad interna que toma partido en cuanto a la conducta de la persona en cuestión. Esta formada por diversos factores de la naturaleza interna y externa.

En íntima relación con estas angustias neuróticas están los sentimientos de culpabilidad, que son importantes en toda neurosis Freud distingue dos tipos: Una el sentimiento de culpabilidad real

que se origina como reacción a factores externos y otro que se desarrolla en el interior bajo la influencia del Super yo.

Bertha Summer en el libro de Wilhem Bitter (1969) menciona que: "Si la neurosis es una enfermedad y se funda en una conciencia de culpa, esta culpa debe ser otra que la del hombre sano; así no se puede madurar pues, la madurez consiste en ser consciente de si mismo, estar en la idea de si mismo."(5) En estas posibilidades no vividas reside la raíz del sentimiento de culpabilidad neurótico; este sentimiento conduce a una coartación de la vida, la cual literalmente ya no puede ser vivida, no se puede llegar a tomar decisiones ni soluciones, por consiguiente no es posible la actividad creadora; pero no siempre surgen efectos al exterior, la represión tiene un papel muy importante, reprimiendo la idea y el afecto correspondiente. La causa interior más importante es la huida ante la "crítica de la conciencia".

2.6 LAS ORGANONEUROSIS EQUIVALENTES DE LA ANGUSTIA Y LA CULPA

Todos los seres humanos tienen una imagen de lo que quieren ser y hasta que no lo son no se sienten tranquilos.

El hombre en general quiere comprender la razón de su angustia, cuanto menos comprende, más trata de explicarla con las causas del mundo y combatirla con métodos racionales. Pero solo consigue aumentar su angustia, porque vive parcialmente fijo en lo que quiere

(5) Bitter Wilhem, Angustia y Pecado, 1969, Sigüeme, Salm. Esp. P.60

ser, frustrado y por esta inactividad se hace culpable ante si mismo, ante la sociedad y ante Dios.

Este sentimiento de culpa es totalmente diferente al que sufre una persona que esta consciente de haber cometido una acción ilícita. Aquí se manifiesta un fracaso ante algo esencial. Siente este fracaso en forma de intranquilidad y desasosiego interior.

El enfermo de Organoneurosis (transtorno psicofisiológico, que se caracteriza por alteraciones funcionales e incluso anatómicas. Los síntomas psicósomáticos se han descrito como equivalentes afectivos, que representan emociones perjudiciales o con sus representaciones simbólicas, que no pueden descargarse a través de la conducta o de la verbalización y que encuentran expresión en una alteracion funcional o estructural de un órgano o sistema de organos.), no sabe nada de estos sentimientos de angustia y de culpa que sufre; el tiene una enfermedad fisica y a nadie se le ocurre plantear un problema de culpa en dicha enfermedad.

Las personas que sufren de organoneurosis presentan como signo característico un pronunciado egoísmo, ellos exigen de los demás mucha consideración y arrojan demasiada importancia por su enfermedad, muestran poco interes por el mundo que los rodea y toda su energia psíquica la depositan en el órgano enfermo. Su obstinación por la enfermedad es tanta que dificulta todas las medidas del médico, esto a diferencia de una persona psíquicamente sana. Otra característica común en ellos consiste en que cuando el órgano neurótico se alivia lo sustituye por otro. Este proceso es la expresión de un acontecer patológico totalmente inconsciente, por lo

que es muy difícil reconocer sin ayuda el mecanismo psíquico patógeno. No existe algún órgano en específico en donde no pueda manifestarse la neurosis, la elección del órgano en el que se fijan los conflictos inconscientes depende tal vez de alguna enfermedad orgánica real que haya sido superada y por esta razón cae dentro del campo visual de la psique del enfermo.

Del órgano enfermo, podemos decir que es una especie de lenguaje orgánico, a través del cual se expresa lo psíquico en un lenguaje incomprensible, así que cuanto más avanza la enfermedad física menos comprensible es el problema psíquico.

Si observamos con síntomas similares a los que se presentan en la angustia ante peligros reales, tales como: taquicardia, sudoraciones, sensaciones de estar paralizado, palidez, dificultad para respirar, sensación de opresión en la caja torácica.

La angustia vital, el anhelo de amor, el odio, el deseo de notoriedad, las excitaciones sexuales encuentran expresión y cumplimiento en el síntoma, que a la vez constituye pecado y castigo para el sentimiento de culpabilidad que persiste inconscientemente.

Así que podemos resumir que en un sistema orgánico enfermo se encuentran comprendidos el placer, la angustia, la culpa, el cumplimiento de deseos, el castigo y el pecado sin que exista la menor conciencia de este fenómeno.

En el libro de Angustia y Pecado de Bitter (1969) Vera Sheffen concluye con unas palabras que Dürckheim menciona en su libro "Im Zeichen der grossen Erfahrung" el cual dice de la angustia y la culpa lo siguiente: "La angustia inmotivada nos indica que el hombre ha

olvidado en el estuche de su conciencia la relación con una vida mayor. Sin embargo, como gracias a su esencia siempre participa en ella, lo que quería o no, incluso cuando creyente en el fondo renuncia a su libre arbitrio, puede volver a sentir gran conexión. Donde quiera que el hombre afirma como perteneciente a él lo que le sucede, pronto percibe en el abandono de su obstinado sí mismo, la virtud ordenadora y sanadora de otro ser mayor en el que descansa absorbido su pequeño ser.

Los sentimientos de culpabilidad son: De más peso aún que los sentimientos de angustia y de vacío torturadores es a veces otra [disonancia de fondo]: el sentimiento de culpa que pesa sobre uno y que es del todo incomprensible para la persona que tiene en sí su punto de relación. Este sentimiento de culpabilidad es diferente de los que agobian a quien sabe que ha hecho algo ilícito o ha faltado algún deber, pues es la manifestación de un fallo frente al ser que habla en la esencia".(6)

2.7 LA GENESIS DEL SÍ MISMO EN LA ANGUSTIA

El objeto de todo tratamiento psicoterapéutico es dar al hombre su verdadera esencia, pues el síntoma nervioso es manifestación de que está apartado de ella. La curación consiste en descubrir que ha ocurrido en la infancia del hombre, para no encontrar el camino preciso del desenvolvimiento de su esencia real y en procurarle su sí mismo partiendo de los elementos ocultos. Entonces se cura. Así la esencia real, verdadera es lo que se llama el sí mismo.

(6) Ibidem Pag. 129

La angustia nace donde el hombre se siente oprimido o coaccionado. Es propio del ser humano, de la existencia en el mundo, tener angustia, pero si uno queda detenido en la situación y no resuelve la tarea requerida o la resuelve inadecuadamente, se produce una disposición interior que Kierkegaard llama desesperación.

Johannes Neumann menciona a Kierkegaard (1948) en el libro de Bitter (1969) recordando que "el hombre escapa de este estado de desesperación inconsciente de dos formas: o deseperandose por lo terrenal, por la pérdida de lo terrenal, pero en el fondo también por si mismo, o por reflexión, por meditación sobre si mismo. En este caso entra el espíritu en funciones, pero si marchan por el camino de la toma de conciencia, se da la desesperación en dos formas: desesperan de no querer ser uno mismo(desesperación de la debilidad) o desesperan de querer ser uno mismo."(7)

En estas formas de desesperación, por inconscientes que sean, el hombre se basa en si mismo. Este querer ser si mismo en las más diversas formas es la esencia de la neurosis, según la concepción de la psicología individual.

A este querer ser si mismo, el psicoanálisis lo llama narcisismo, la psicología individual egocentrismo y Nietzsche voluntad de poder.

Esta fórmula de Nietzsche, dice que lo que le interesa al hombre es su poder ser. Pero el hombre no puede ser entendido en puro ser, se interesa por poder ser un valor propio.

Dentro de las consideraciones actuales existen tres lados con límites de la comprensión del hombre.

(7) Ibidem Pag. 165

1.- El valor propio no sólo procede de la angustia sino también de la plenitud, que el inconsciente colectivo lleva en si mismo y crea el si mismo.

2.- Kierkegaard sólo ve un lado porque sólo tenía uno y reprimía en si el otro. Sólo conoce la angustia y la desesperación, no reconoce lo positivo.

La "Y" es el secreto de la vida, sólo es tanto que deviene. Y sólo mientras deviene es.

Kierkegaard (1948) dice que el hombre tiene que vivir en la realización de posibilidad y realidad, de infinitud y finitud, de temporalidad y eternidad, tiene que vivir yo y tú, consciente e inconsciente, luz y sombra. El hombre sólo está vivo en la realización de "Y".

3.- La angustia es un polo, el polo que en el aislamiento lleva al hombre a la desesperación y facilita el nacimiento del si mismo.

En resumen: La comprensión de si mismo del hombre aislado lleva a la desesperación: ante el trascender a lo desconocido de una vida siempre nueva, a refugiarse en el estancamiento del principio del placer o en el extravío de las depresiones, las toxicomanías o las organoneurosis, conduce de nuevo en el círculo a la angustia y produce angustia. El refugio en el tú, la visión y sensación de la alegría, la orientación vital afirmadora y afirmada, dan paso a un si mismo libre de angustia que ya no precisa protección.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

CAPITULO II

(1) Calle A. Ramiro; Ante la Ansiedad. Barcelona España.: Urano, 1990.

(3) Hediger H; La Angustia. Zurich Alemania.: Jung Institut, 1960.

(5) Bitter Wilhem; Angustia y Pecado. Salamanca España.: Sigueme, 1969.

CAPITULO III

DEPRESION

*Hamlet.- ¡Oh, si esta demasiado sólida
masa de carne pudiera ablandarse y
liquidarse disuelta en lluvia de
lágrimas, o el Todo poderoso no
asestara el cañón contra el homicida de
sí mismo! ¡Oh Dios! ¡Oh Dios mío! ¡Cuán
fatigado ya de todo juzgo molestos,
insípidos y vanos los placeres del mundo!
Nada, nada quiero de él; es un campo inculto
y rudo, que sólo abunda en frutos groseros y
amargos.*

WILLIAM SHAKESPEARE
Hamlet

3.1. DEFINICION DE DEPRESION

Se define la depresión como un trastorno del estado de ánimo caracterizado por alteraciones del afecto, equivalentes fisiológicos y psicológicos; presentando de manera característica:

I Talante bajo

- a) deprimido, triste y melancólico
- b) accesos de llanto

II Equivalentes fisiológicos

- a) alteraciones de los hábitos

- 1.- Variación diurna; exageración de los síntomas en la mañana y alivio parcial en el transcurso del día.
- 2.- Despertar del sueño temprano y frecuentemente.
- 3.- Pérdida de apetito.
- 4.- Pérdida de peso
- 5.- Disminución de la libido.

- b) Otras alteraciones

- 1.- Constipación
- 2.- Taquicardia
- 3.- Fatiga

III Equivalentes Psicológicos

- a) Actividades psicomotoras

- 1.- agitación
- 2.- identificación

- b) Ideacionales

- 1.- confusión
- 2.- sensación de vacío
- 3.- desesperanza
- 4.- indecisión
- 4.- irritabilidad
- 6.- insatisfacción
- 7.- devaluación personal
- 8.- ideación suicida

3.2. CAUSAS DE LA DEPRESION

La etiología de la depresión es multifactorial, con la existencia de algunos agentes predisponentes y determinantes; estos agentes estarán en función del diagnóstico el cual divide a los cuadros depresivos en tres: Psicóticos, neuróticos y simples. El estado constitucional y los factores ambientales deben ser mutuamente complementarios; pues esto influirá en el tipo de depresión que se desarrolle en el enfermo.

Aún cuando no existen factores etiológicos específicos, las causas de la depresión se dividen en:

- 1) Genéticas: Las cuales predominan en las depresiones psicóticas.
- 2) Psicológicas: Que predominan en las depresiones neuróticas.
- 3) Ecológicas y sociales: Que predominan en las depresiones simples.

CAUSAS GENÉTICAS: Son de mayor importancia en las depresiones psicóticas, aquí se habla de la teoría de que algunas personas son portadoras de una vulnerabilidad específica a la psicosis maniacodepresiva, se ha tratado de demostrar que la tendencia a presentar alguno de estos cuadros aumenta en proporción al grado de parentesco con alguna persona enferma.

CAUSAS PSICOLÓGICAS: Pueden aparecer en cualquier tipo de depresión, pero son muy importantes en la depresión neurótica. Como en casi todas las neurosis, los factores emocionales tienen un papel preponderante presentandose desde los primeros años de vida, determinando rasgos de personalidad o constitucionales.

Existen las causas determinantes y estas se basan en la teoría de que casi todos los patrones neuróticos se derivan de conflictos y actitudes afectivas que aparecen en la niñez.

En la infancia se presentan algunos trastornos que se conceptúan como problemas de personalidad y de conducta, estos trastornos (sonambulismo, fobias, enuresis, timidez, etc..) deben considerarse como signos de conflictos específicos y de factores situacionales que han producido angustia y que han determinado la aparición de síntomas neuróticos o de rasgos caracterológicos neuróticos. también es necesario advertir la presencia de sentimientos de culpa, de conflictos creados por necesidades inconscientes, incidentes significativos en la vida de la persona. Además hay que distinguir entre si estas causas son factores etiológicos determinantes o elementos desencadenantes. Guillermo Calderón (1989) dice que: "Entre las causas inmediatas de las neurosis, se encuentran: la necesidad de reprimir, distorsionar o desplazar sentimientos de hostilidad y los impulsos coercitivos de sexualidad y dependencia. Cuando intervienen estos factores entran en conflicto con la personalidad del paciente, produciendole angustia, que es la fuente más común e importante de los trastornos psiconeuróticos. Esta angustia, engendrada por un Super Yo demasiado severo y exigente, al ser estimulada por una situación externa, puede movilizar defensas de la personalidad que constituyen los síntomas neuróticos."(1)

En la depresión neurótica el elemento "pérdida" es de suma importancia, esta pérdida puede ser real y reciente, haberse presentado en el pasado o ser de algo intangible.

La pérdida del objeto durante la etapa del desarrollo podría relacionarse con la psicopatología de la vida adulta. La pérdida del objeto durante la edad adulta es más fácil de identificar para establecer la relación causa-efecto. Puede ser la pérdida de un ser querido, de una situación económica, del poder o de la salud. La intensidad de la respuesta ante cualquier pérdida así como la duración del cuadro, son los factores que ayudan al médico o a la familia a diferenciar un estado afectivo normal y una enfermedad.

Con esto nos damos cuenta que las causas psicológicas de la depresión son diversas y afectan al ser humano en cualquier etapa de la vida.

En una forma más específica, sabemos que la depresión representa una disminución o una pérdida de la autoestima. Entre los factores que afectan la autoestima el compendio de psiquiatría de Freedman M. et al. menciona que se encuentran los siguientes:

"1.- Autoimagen.- Un desarrollo primitivo patológico de la autoimagen en una atmósfera familiar desfavorable afecta de manera inevitable la autoestima.

2.- Super Yo.- La discrepancia entre la conducta de la persona y los valores de su Super Yo se experimentan en forma de culpa con una disminución asociada de la autoestima.

Si el Super Yo permanece fijado en forma arcaica, infantil o punitiva infantil o si sufre una regresión a este nivel, la predisposición a la depresión aumenta de manera correspondiente.

3.- Yo ideal.- Cuanto más realista es el Yo ideal, más posible para una persona es alcanzar sus metas. Un Yo ideal excesivamente grandioso conduce inevitablemente a sentimientos de insuficiencia.

4.- Funciones del Yo.- Las capacidades y actitudes reales de la persona y su integración uniforme con las otras funciones del Yo, determina el grado de su éxito en vivir en conformidad a las exigencias de su Yo ideal, y por tanto también determinan el nivel de autoestima."(2)

CAUSAS ECOLOGICAS: El hombre en busca de su satisfacción personal ha venido modificando su habitat al pasar de los años, y la tierra con sus defensas había logrado mantener un equilibrio, pero durante los últimos cien años el hombre logro un desarrollo científico que cubrió la satisfacción de muchas necesidades, pero también tuvo consecuencias negativas tales como: un aumento acelerado de la población, explotación exagerada de recursos naturales, producción de sustancias contaminantes y desechos, generando una contaminación ambiental grave por consiguiente un desequilibrio ecológico. A medida que esto va sucediendo, disminuye la calidad de vida del hombre, por lo que sus aspectos psicológicos no permanecen al margen y su salud mental es afectada.

CAUSAS SOCIALES: Calderón (1987) menciona que: "Los estados afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de

(2) Freedman M. et.al.; Compendio de Psiquiatria, Slavat. Barc. Esp. P.38

unión que han sido indispensables para la supervivencia y desarrollo de nuestra especie."(3)

Durante siglos han existido tres sistemas de apoyo social que son: la familia, la iglesia y los vecinos; desde que se inició la vida urbana se ha encontrado en ellos un apoyo contra estados emocionales como la depresión, la ira y el miedo, sin embargo, es característica de la época actual la desintegración de estas tres fuentes de apoyo.

En resumen las causas determinantes se crean por la mala integración de la personalidad en la etapa formativa y los factores desencadenantes son la pérdida de un ser querido, pérdida de una situación económica, pérdida de poder, pérdida de salud. (enfermedades con peligro de muerte, enfermedades que originan incapacidad física, enfermedades que determinan alteraciones estéticas, enfermedades que afectan la autoestima).

3.3. SIGNOS Y SINTOMAS

El paciente se queja constantemente de un cambio del humor, el cual lo describe con las siguientes palabras: melancólico, triste, desgraciado y deprimido; habla de una disminución o pérdida de interés en sus actividades habituales y de dificultad de concentración. Se siente despojado de apoyo emocional, vacío, solo, culpable y sin valor.

El paciente pide apoyo emocional, afecto, confianza, simpatía y atención, sin embargo la forma en que lo pide, la mayoría de las

(3) Op. Cit. Pag. 59

veces por medio de quejas hostiles e imperiosas, frustran su propósito, exasperando o indisponiendo sus fuentes potenciales de apoyo.

Llega a aparecer la ansiedad y el temor por lo que desarrollan insomnio y sentimientos de tensiones internas, se experimenta fatigabilidad física y mental, también existe una disminución de los impulsos biológicos que produce pérdida del deseo sexual y de hambre. El temor va acompañado de una preocupación por la salud personal y dolor de cabeza.

En ocasiones el temor pasa a la desesperación con llanto, pérdida de interés en diferentes actividades, preocupación por cosas triviales, incapacidad de tomar decisiones y múltiples quejas somáticas, puede haber irritación y mal humor.

Existe autoacusación y autocondenación que van en aumento hasta el punto de desear una reparación mediante la muerte.

La obsesión del suicidio es frecuente, también presenta una falta de atención, dificultad en la concentración y pobreza de ideación. Se da una pérdida de la capacidad para el pensamiento abstracto y una falta de insight.

El paciente puede parecer desgraciado y abatido, cansado o desanimado e incluso apático. Generalmente hay una falta de vivacidad y color en su lenguaje y modales.

3.4. DIFERENTES ENFOQUES DE LA DEPRESION

ENFOQUE MEDICO

En la psiquiatría tradicional existe la opinión dicotómica, que dice que algunas depresiones son endógenas y tienen orígenes internos mientras otras son exógenas y estas dependen principalmente de orígenes externos.

Las características de la depresión endógena son que existen causas bioquímicas (hormonales, desequilibrio genético en ciertas sustancias neurotransmisoras), entre los síntomas que se presentan están, la inhibición motora, sentimientos de culpa, delirios paranoicos, despertar temprano, pérdida de peso, falta de reacción a los cambios en el medio, agitación e intento de suicidio, los ataques de depresión se presentan en intervalos regulares con duración de seis a doce meses. El enfermo reacciona específicamente a agentes antidepresivos. (fármacos y terapia electroconvulsiva).

La depresión exógena se caracteriza porque sus causas son psiquiátricas "sociales" (un suceso psiquiátrico traumático). Entre los síntomas que más a menudo se mencionan son: la ansiedad, autocompasión (se culpa a otros), dificultad para dormir, riesgo de suicidio y fijación por parte de la persona deprimida en un objeto precipitante específico, este tipo de cuadro depresivo casi nunca dura más de seis meses.

De esta manera se puede ver que el diagnóstico de la depresión es una mezcla de causa-efecto.

Lars Freden asegura que: "Los partidarios de una explicación bioquímica por lo general aluden a lo que se conoce como la hipótesis de las catecolaminas. En la transferencia de impulsos nerviosos de una célula nerviosa a otra, las sustancias neurotransmisoras actúan como un auxilio necesario".(4) Dichas sustancias podrían ser la dopamina, noradrenalina, adrenalina y serotonina, se encuentran concentradas en el tallo cerebral y funcionan como sustancias transmisoras. También se ha comprobado que un recuento bajo de catecolaminas se interrelaciona con el estado depresivo. Así mismo otro agente que provoca síntomas depresivos es la reserpina, la cual reduce el nivel de catecolaminas.

ENFOQUE PSICODINAMICO

El punto de vista psicodinámico de la depresión se deriva de "El duelo y la melancolía" de Freud de 1937.

Freud (1937) consideraba la depresión como un estado en el que el sujeto vuelve la agresión hacia adentro, sobre sí mismo, en lugar de hacerlo sobre la persona, que es en realidad el objeto de sus sentimientos agresivos. Cualquier odio o decepción que anteriormente estuvo unido a esta persona en su mente ya no puede expresarse abiertamente, estos sentimientos se han vuelto prohibidos. Sin embargo, ya que la agresión debe liberarse de alguna manera, el la vuelve hacia adentro, sobre sí mismo.

Freud habla principalmente de la diferencia entre aflicción (dolor) y la depresión (melancolía).

(4) Lars F.; Aspectos Psicosociales de la Depresión, 1982. Pag.19

Edward Bribing (1953) menciona que en la aflicción existe una pérdida real de un objeto y en consecuencia una sensación de que el mundo es "pobre y vacío", pero no hay autoacusación ni una baja de autoestima. En la depresión por lo general hay una pérdida del objeto debido a una decepción o a factores relacionados.

Lars recuerda a Jacobson (1971), que dice de la depresión que "la alteración de ánimo surge de la discrepancia entre las representaciones del Yo y del ideal del Yo (Super Yo) o la imagen anhelante del Yo" (5). Así el origen del trastorno es interno: un desequilibrio entre los impulsos agresivos y los impulsos de la libido. También menciona que las depresiones psicóticas están basadas en cambios fisiológicos que afectan el equilibrio entre impulsos internos.

Bribing (1953) representando otra rama de la escuela psicodinámica, considera la depresión como un fenómeno del Yo, el factor importante es el individuo y su relación con el medio social que lo rodea, teniendo sus raíces en la pérdida de autoestima, que puede llevar a que los impulsos agresivos se vuelvan hacia adentro.

La depresión es la expresión emocional del ego, de su desamparo y su impotencia. Es el resultado de la brecha entre un intenso deseo de ser valorado y amado, de ser fuerte, seguro y bueno, y el percatarse, de manera real o imaginaria de que estas metas son inalcanzables.

Bribing (1953) cree que el factor predisponente es la experiencia de desamparo en los primeros años de la infancia, debido a la insatisfacción de necesidades vitales.

(5) Ibidem Pag. 23

ENFOQUE CONDUCTUAL

Existen dos formas de considerar a la depresión en términos de la teoría del aprendizaje.

1.- Resultado de un acceso limitado a acciones que proporcionan un refuerzo positivo (recompensa). Se desencadena la depresión por la pérdida del refuerzo positivo o por la experiencia del castigo (refuerzo negativo).

2.- La depresión se ve como el resultado de una pérdida de control sobre los medios de obtener un refuerzo positivo o negativo. Seligman llama a este estado desamparo aprendido y corresponde a los casos de depresión reactiva.

Akiskal y Mckinney (1977) combinan la opinión conductual con un modelo bioquímico y opinan que el desamparo, junto a una reducción de sustancias neurotransmisoras, da como resultado el deterioro de sustratos neurofisiológicos de refuerzo. Este deterioro se determina como depresión.

Forrest y Hokanson (1975) afirman que los deprimidos buscan "controlar" la aversión y las amenazas de otras personas con su comportamiento de autocastigo.

ENFOQUE COGNITIVO

Burns (1971) Menciona que: " la depresión es el problema número uno de la salud pública. En realidad, la depresión se halla tan difundida que ya se conoce como el resfriado de las perturbaciones

Pero existe una diferencia terrible entre la depresión y el catarro. La depresión puede matarle.

La depresión es una enfermedad y no una parte necesaria de una vida sana, que puede superarla aprendiendo unos métodos para mejorar su estado de ánimo". (6)

Una serie de estudios recientes confirman que existe un tratamiento revolucionario que reduce los síntomas de la depresión con mucho mayor rapidez que la psicoterapia convencional o la terapia basada en medicamentos. El nombre de este tratamiento es "Terapia Cognitiva". Su origen se remonta a la labor del Dr. Aaron T. Beck, que comenzó a perfeccionar su método para la transformación de los estados de ánimo a mediados de la década de los 50's.

La "Terapia Cognitiva" es una tecnología de "acción rápida" para modificar los estados de ánimo que se pueden aprender a aplicar de forma independiente. Los síntomas tienen que desaparecer con la mayor rapidez posible.

Las técnicas de la "Terapia Cognitiva" para el control de los estados de ánimo ofrecen:

1.-Una mejoría rápida de los síntomas en un período aproximado de doce semanas.

2.-Comprensión. Se tiene que dar una explicación clara de los motivos por los cuales existe la depresión y qué se puede hacer para modificar el estado de ánimo.

3.-Autocontrol. El sujeto aprenderá a aplicar estrategias seguras y eficaces que le harán sentir mejor.

4.-Prevención y Maduración. Se basa en la reevaluación de algunos valores y actitudes básicas que se encuentran en el centro mismo de su tendencia a las depresiones dolorosas.

La terapia cognitiva es la primera forma de psicoterapia que ha resultado ser más eficaz que la terapia basada en drogas antidepressivas; es única en lo que se refiere a la obtención de una evaluación profesional y la legitimación en los más altos niveles académicos. Es práctica y se basa en el sentido común.

Los principios de la terapia cognitiva son:

1.- Las cogniciones o pensamientos crean todos los estados de ánimo. Cognición es el modo en que se ven las cosas: percepciones, actitudes mentales y creencias. Comprende la manera en que se interpretan las cosas: lo que el sujeto se dice a sí mismo sobre algo o alguien.

2.- Cuando la persona está deprimida, sus pensamientos están dominados por una negatividad que lo invade todo. El sujeto, no solo se percibe en tonos oscuros, pesimistas, sino también así percibe al resto del mundo. Y lo que es peor, llegará a creer que las cosas son realmente tan malas como las imagina.

3.- Este principio reviste enorme importancia filosófica y terapéutica. Algunos estudios han comprobado que los pensamientos negativos que provocan la agitación emocional casi siempre contienen grandes distorsiones. Aunque esos pensamientos parecen válidos, se verá que son irracionales o simplemente erróneos y que ese retorcido pensamiento es la única causa de casi todo sufrimiento.

Burns (1991) menciona que: "La depresión no se basa en percepciones exactas de la realidad sino que es el producto de un deslizamiento mental: la depresión no es una experiencia humana valiosa, genuina o importante. es una imitación falsa y sintética".(7)

David D. Burns (1991) dice: Dado que, durante toda la historia de la psiquiatría la depresión ha sido considerada como un trastorno emocional. nuestra investigación revela lo inesperado: ¡La depresión no es en absoluto un trastorno emocional! Cada sentimiento doloroso que se experimenta es el resultado de un pensamiento negativo distorsionado. Las actitudes pesimistas ilógicas son las que desempeñan la función principal en la aparición y el mantenimiento de todos los síntomas.

Es un hecho neurológico evidente que antes de poder experimentar cualquier acontecimiento debe procesarlo en su mente y darle un significado. La persona debe comprender qué le está sucediendo antes de que pueda sentirlo. Si la comprensión de lo que está sucediendo es exacta, las emociones serán normales. Si la percepción está distorsionada de algún modo, la respuesta emocional será anormal. La depresión es siempre el resultado de "interferencias" mentales: distorsiones.

Definiciones de las Distorsiones Cognitivas.

a) PENSAMIENTO TODO O NADA.- El sujeto ve todo en categoría blanco-negro. Si los resultados no llegan a ser perfectos, se considera un completo fracaso.

(7) Ibidem Pag. 27

b) GENERALIZACION EXCESIVA.- Se considera un solo hecho negativo como si fuera un completo modelo de derrota.

c) FILTRO MENTAL.- Se escoge un solo detalle negativo y se fija exclusivamente en él, de modo que su visión de toda la realidad se oscurece.

d) DESCALIFICACION DE LO POSITIVO.- Se rechazan las experiencias positivas insistiendo en que no cuentan, por una u otra razón.

e) CONCLUSIONES APRESURADAS.- Se hace una interpretación negativa aunque no existan hechos definidos que fundamenten convincentemente su conclusión.

f) MAGNIFICACION O MINIMIZACION.- Se exagera la importancia de las cosas o reduce las cosas indebidamente hasta que parecen diminutas.

g) RAZONAMIENTO EMOCIONAL.- El sujeto supone que sus emociones negativas reflejan lo que son las cosas en realidad.

h) ENUNCIACION DEBERIA.- El sujeto trata de motivarse con "deberías y no deberías", la consecuencia emocional es la culpa. Cuando se dirige este tipo de enunciación hacia los demás, se siente irritación, frustración y resentimiento.

i) ETIQUETACION Y ETIQUETACION ERRONEA.- Esta es una forma extrema de generalización excesiva. En lugar de describir el error, el sujeto se pone una etiqueta negativa al igual cuando la conducta de alguien no le parece. La atribución de etiquetas erróneas implica la descripción de un hecho con un lenguaje muy vivido y con una gran carga emocional.

j) PERSONALIZACION.- El sujeto se ve a si mismo como la causa de algún hecho negativo externo del cual, en realidad no ha sido responsable.

3.5. CLASIFICACION DE LOS TRANSTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO

Dentro de este grupo se encuentran las alteraciones del estado de ánimo que se acompañan de un síndrome ya sea depresivo o maniaco, parcial o completo, y que no es ocasionado por ningún otro trastorno mental o físico.

Un síndrome del estado de ánimo (depresivo o maniaco) comprende un conjunto de síntomas asociados que se presentan durante un determinado periodo.

Estos síndromes pueden presentarse como parte de los trastornos del estado de ánimo , de un trastorno psicótico no congruente con el estado de ánimo o como parte de un trastorno mental orgánico.

Un episodio animico (depresivo mayor, maniaco o hipomaniaco) es un síndrome del estado de ánimo sin factor orgánico que lo origine y que no forme parte de un trastorno psicótico.

Un trastorno del estado de ánimo se determina según el tipo de episodios que lo configuran

3.5.1. CLASIFICACION DE LOS TRANSTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO (DSM-IV)

Se incluyen los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Esta sección se divide en tres

partes. La primera describe los episodios afectivos. La segunda parte describe los trastornos de estado de ánimo. La tercera parte incluye las especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes.

TRANSTORNO DEL ESTADO DE ANIMO

I.- Episodios Afectivos.

Episodio Depresivo Mayor.
Episodio Maníaco.
Episodio Mixto.
Episodio Hipomaniaco.

II.- Trastornos del Estado de Animo.

a) Trastornos depresivos.- No tienen historia previa de episodio maniaco, mixto o hipomaniaco.

- + Trastorno depresivo mayor.
- + Trastorno distímico.
- + Trastorno depresivo no especificado.

b) Trastornos bipolares.- Implican la presencia o historia de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaniacos, normalmente acompañados por la presencia o historia de episodios depresivos mayores.

- + Trastorno bipolar I.
- + Trastorno bipolar II.
- + Trastorno ciclotímico.
- + Trastorno bipolar no especificado.

c) Trastornos por etiología

- + Trastornos del estado de ánimo debido a enfermedad médica.
- + Trastornos del estado de ánimo inducido por sustancias.
- + Trastornos del estado de ánimo no especificado.

III.- Episodio Afectivo más Reciente o Curso de Episodios Recidivantes.

3.5.2 DEFINICION DE LOS TRANSTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO

EPISODIOS AFECTIVOS

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un periodo de al menos dos semanas durante el cual hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de la siguiente lista: Cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora, falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Los síntomas deben de ser de nueva presentación o haber empeorado en comparación a antes que sucediera el episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante. No se realiza el diagnóstico de episodio depresivo mayor si los síntomas cumplen los criterios para un episodio mixto, los cuales se caracterizan por presentar síntomas tanto de un episodio maniaco como de un episodio depresivo mayor prácticamente a diario durante por lo menos una semana. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social,

laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

EPISODIO MANIACO

Se define por un periodo concreto durante el cual el estado de ánimo es anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable. Este periodo de estado de ánimo anormal debe durar al menos una semana o menos si se requiere hospitalización. Durante el periodo de alteración del estado de ánimo han persistido tres o más de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable) y ha habido en un grado significativo: Autoestima exagerada o grandiosa, disminución de la necesidad de dormir, más hablador de lo habitual o verborreico, fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado, distractibilidad, aumento de la actividad intencionada o agitación psicomotora, implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto, que se caracteriza por síntomas tanto de un episodio maniaco como de un episodio depresivo mayor, que se presentan casi cada día durante un periodo de al menos una semana. La alteración debe ser suficientemente grave como para ocasionar un importante

deterioro social o laboral o para precisar hospitalización, o caracterizarse por la presencia de síntomas psicóticos. El episodio no se deberá a los efectos directos de una droga, un medicamento, otros tratamientos somáticos de la depresión o a la exposición a un tóxico. El episodio no se deberá a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

El estado de ánimo elevado de un episodio maniaco puede describirse como eufórico, anormalmente bueno, alegre o alto. Si bien el estado de ánimo del sujeto puede inicialmente tener una cualidad contagiosa para el observador externo, los que conocen bien a la persona lo reconocen como excesivo. La cualidad expansiva del estado de ánimo se caracteriza por un incesante e indiscriminado entusiasmo en las interacciones interpersonales, sexuales o laborales.

EPISODIO MIXTO

Se caracteriza por un periodo de tiempo de al menos una semana de duración en el que casi cada día se cumplen los criterios tanto para un episodio maniaco como para un episodio depresivo mayor. Los síntomas de presentación suelen incluir agitación, insomnio, alteración del apetito, síntomas psicóticos e ideación suicida. La alteración debe ser suficientemente grave como para provocar un deterioro social o laboral importante o para precisar hospitalización, o está caracterizado por la presencia de síntomas psicóticos. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de una sustancia, una droga, un medicamento u otro tratamiento, ni a una enfermedad médica. Síntomas similares a los que

se producen en un episodio mixto pueden ser debidos a los efectos directos de un medicamento antidepresivo, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica luminica o a medicación prescrita para alguna enfermedad. Estos cuadros no se consideran episodios mixtos y no indican la existencia de un transtorno bipolar I.

EPISODIO HIPOMANIACO

Se define como un periodo delimitado durante el cual hay un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable que dura al menos cuatro dias. Este periodo de estado de ánimo anormal debe ir acompañado por al menos otros sintomas de una lista que incluye aumento de la autoestima o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, lenguaje verborreico, fuga de ideas, distractibilidad, aumento de las actividades intencionalas o agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras con un alto potencial para producir consecuencias graves. Si el estado de ánimo es irritable, debe haber al menos cuatro de los sintomas anteriores. El estado de ánimo debe ser claramente distinto al habitual y su actividad debe tener un cambio claro, al existir estas variantes observables, la evaluación de este criterio suele requerir la intervención de otros informadores. La historia obtenida de dichos informadores es particularmente importante en la evaluación de los adolescentes. Este episodio no es lo suficientemente grave como para ocasionar un deterioro social o laboral importante o para precisar hospitalización, ni está caracterizado por la presencia de sintomas psicóticos. En algunos sujetos el cambio de la actividad

puede tomar la forma de un importante aumento de la eficiencia, los logros y la creatividad. Sin embargo, en otros la hipomania puede causar un cierto deterioro social o laboral. La alteración del estado de ánimo y los demás síntomas no se deben a los efectos directos de una droga, un medicamento, otros tratamientos somáticos de la depresión o de la exposición a un tóxico. El episodio tampoco se debe a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. Síntomas similares a los que se dan en un episodio hipomaniaco pueden ser debidos a los efectos directos de un medicamento prescrito para algunas enfermedades médicas. Estos cuadros no se consideran episodios hipomaniacos y no deben conducir al establecimiento de un diagnóstico de trastorno bipolar II.

TRANSTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO

TRANSTORNOS DEPRESIVOS

TRANSTORNO DEPRESIVO MAYOR

Tiene como característica esencial un curso clínico de uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maniacos, mixtos o hipomaniacos. Para realizar el diagnóstico no se toman en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias ni los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica. Además, los episodios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Se pueden utilizar las siguientes especificaciones para describir el episodio depresivo mayor actual:

Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial, en remisión total

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto.

Para indicar el patrón de los episodios y la presencia de sintomatología interepisódica en el trastorno depresivo mayor, recidivante, pueden utilizarse las especificaciones siguientes:

Especificaciones de curso (con y sin recuperación tal interepisódica)

Con patrón estacional.

TRANSTORNO DISTIMICO

Se caracteriza por un estado de ánimo crónicamente deprimido, la mayor parte del día de la mayoría de los días manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años. Presencia de dos o más de los siguientes síntomas: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnias, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones, sentimientos de desesperanza. Durante el periodo de dos años de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros dos años de la alteración. Nunca ha existido un episodio mixto o un episodio hipomaniaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico. La

alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

TRANSTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO

La categoría del trastorno incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo. Algunas veces los síntomas depresivos se presentan como parte de un trastorno de ansiedad no especificado.

TRANSTORNOS BIPOLARES

Este apartado incluye el trastorno bipolar I, el trastorno bipolar II, la ciclotimia, y el trastorno bipolar no especificado.

TRANSTORNO BIPOLAR I

Se caracteriza por un curso clínico de uno o más episodios maníacos o episodios mixtos. Es frecuente que los sujetos también hayan presentado uno o más episodios mayores. Los episodios de trastornos del estado de ánimo inducidos por sustancias, otros tratamientos somáticos de la depresión una droga o a la exposición a un tóxico o debido a una enfermedad médica no se toman en cuenta para

establecer el diagnóstico de trastorno bipolar I. Además los episodios no pueden explicarse mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado. En los trastornos bipolares recidivantes la naturaleza de los episodios actuales puede ser especificada como sigue: episodio más reciente hipomaniaco, episodio más reciente, episodio más reciente mixto, episodio más reciente depresivo y episodio más reciente no especificado.

TRANSTORNO BIPOLAR II

Se caracteriza por un curso clínico donde aparecen de uno a más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaniaco, estos no se tienen que confundir con los de ciclotimia que pueden seguir a la remisión de un episodio depresivo mayor. La presencia de un episodio mixto impide que se realice el diagnóstico de trastorno bipolar II. Los episodios del trastorno de ánimo inducidos por sustancias o los que son debidos a unfermedad médica no se consideran válidos para establecer el diagnóstico de trastorno bipolar II. Además, los episodios no deben explicarse mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no han de ser superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado. Los síntomas deben provocar un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la

actividad del individuo. En algunos casos los episodios hipomaniacos no causan deterioros por si mismos. En su lugar, el deterioro puede ser consecuencia de los episodios depresivos mayores o de un patrón crónico de episodios afectivos impredecibles y de una actividad interpersonal o laboral con fluctuaciones.

Los sujetos con un transtorno bipolar II puede que no consideren patológicos los episodios hipomaniacos, a pesar de que los demás se vean afectados por su comportamiento cambiante. Con frecuencia los sujetos, especialmente cuando se encuentran en pleno episodio depresivo mayor, no recuerdan los periodos de hipomania, a no ser por mediación de los amigos o los familiares. La información de otras personas suele ser crucial para establecer el diagnóstico de un transtorno bipolar II.

TRANSTORNO CICLOTIMICO

La característica esencial es una alteración del estado de ánimo crónica y con fluctuaciones que comprende numerosos periodos de síntomas hipomaniacos y de síntomas depresivos. Los síntomas hipomaniacos son insuficientes en número, gravedad, importancia o duración para cumplir los criterios para un episodio y los síntomas depresivo mayor. Durante un periodo de dos años, todos los intervalos libres de síntomas tienen una duración inferior a dos meses. El diagnóstico de transtorno ciclotimico sólo se establece si en el periodo inicial de dos años de síntomas ciclotimicos no se presenta ningún episodio depresivo mayor, maniaco o mixto. Después de los dos años iniciales del transtorno ciclotimico, puede haber

episodios maniacos o mixtos superpuestos al trastorno ciclotímico, en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar I. Igualmente, después de los dos años iniciales del trastorno ciclotímico puede haber episodios depresivos mayores superpuestos al trastorno ciclotímico, en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el bipolar II. No se establece el diagnóstico si el patrón de las oscilaciones del estado de ánimo es atribuible a un trastorno esquizoafectivo o si está superpuesto a un trastorno psicótico como a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado, en cuyo caso los síntomas afectivos se consideran características asociadas al trastorno psicótico. El trastorno del estado de ánimo tampoco ha de ser debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia. Aunque algunas personas presentan una actividad especialmente buena durante alguno de los periodos de hipomanía, globalmente, como resultado de la alteración del estado de ánimo, tiene que haber malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. El deterioro puede presentarse como resultado de los periodos prolongados de cambios cíclicos, y frecuentemente impredecibles, del estado de ánimo.

TRANSTORNO BIPOLAR NO ESPECIFICADO

La categoría de trastorno bipolar no especificado incluye los trastornos con características bipolares que no cumplen los criterios para ningún trastorno bipolar específico.

TRANSTORNOS POR ETIOLOGIA

TRANSTORNO DEL ESTADO DE ANIMO DEBIDO A ENFERMEDAD MEDICA

La característica esencial es una notable y persistente alteración del estado de ánimo que se considera debida a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. La alteración del estado de ánimo puede consistir en un estado de ánimo depresivo, una notable disminución de interés o del placer o un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable. Aunque la presentación clínica de la alteración del estado de ánimo puede parecerse a la de un episodio depresivo mayor, maniaco o mixto, no se cumplen totalmente los criterios para estos episodios. El tipo de síntoma predominante puede indicarse utilizando uno de los subtipos siguientes: con síntomas depresivos, con síntomas similares a los depresivos mayores, con síntomas maniacos y síntomas mixtos. En la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio deben existir pruebas de que la alteración es la consecuencia directa de una enfermedad médica. La alteración del estado de ánimo no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental. Tampoco se establece el diagnóstico si la alteración del estado de ánimo sólo se presenta en el transcurso de un delirium. La alteración del estado de ánimo debe provocar malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos casos el sujeto puede ser aún capaz de desenvolverse a costa de un esfuerzo muy importante.

TRANSTORNO DEL ESTADO DE ANIMO INDUCIDO POR SUSTANCIAS

La característica esencial del trastorno del estado de ánimo por sustancias es una notable y persistente alteración del estado de ánimo, que se considera provocada por los efectos fisiológicos directos de una sustancia. Dependiendo de la naturaleza de la sustancia y del contexto en el que aparecen los síntomas, la alteración puede suponer que el estado de ánimo elevado, expansivo o irritable. Si bien el cuadro clínico de la alteración del estado de ánimo puede ser parecido al de un episodio depresivo mayor, maniaco, mixto o hipomaniaco, no es necesario que se cumplan los criterios completos para uno de estos episodios. El tipo de sintoma predominante puede indicarse utilizando uno de los subtipos siguientes: con síntomas depresivos, con síntomas maníacos, con síntomas mixtos. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo que no sea inducido por sustancias. No se efectúa el diagnóstico si los síntomas del estado de ánimo sólo aparecen en el transcurso de un delirium. Los síntomas deben provocar malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos casos el sujeto puede ser aún capaz de desenvolverse, pero a costa de un esfuerzo importante. Este diagnóstico debe establecerse en lugar del de una intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias sólo si los síntomas son excesivos comparados con los habitualmente asociados al síndrome de intoxicación o de abstinencia y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

EPISODIOS AFECTIVOS RECIENTES

Se dispone de diversas especificaciones aplicables a los trastornos del estado de ánimo, cuya finalidad es la de aumentar la especificidad diagnóstica y proporcionar subgrupos más homogéneos, facilitar la selección del tratamiento y mejorar la predicción del pronóstico. Las siguientes especificaciones se refieren al episodio afectivo actual (o más reciente):

gravedad/psicosis/remisión, crónico, con síntomas catatónicos, con síntomas melancólicos, con síntomas atípicos y de inicio en el posparto.

CURSO DE EPISODIOS RECIDIVANTES

Se dispone de diversas especificaciones para los trastornos del estado de ánimo, cuya finalidad es la de aumentar la especificidad diagnóstica y crear subgrupos más homogéneos, ayudar a la selección del tratamiento y mejorar la predicción pronóstica. Las especificaciones de curso longitudinal, patrón estacional y ciclos rápidos. Estas especificaciones no se pueden codificar.

3.5.3. OTRAS CLASIFICACIONES DE LAS DEPRESIONES

Estas clasificaciones son conocidas como no melancólicas, que son estados depresivos definidos en función de que haya o no signos endógenos, entonces se pueden considerar entidades clínicas inestables dado que carecen de las características patológicas de las

depresiones endógenas unipolares y bipolares, y por otro por la dificultad que aún supone su ubicación nosológica.

Entre ese tipo de depresiones encontramos:

HUMOR DISTIMICO O NEUROTICO.- El cual frente al humor melancólico tiene las siguientes características clínicas básicas:

- 1.- Ausencia de signos vegetativos o biológicos.
- 2.- Diversos factores precipitantes.
- 3.- Ausencia de un patrón recurrente bien delimitado.
- 4.- Respuesta imprecisa a los tratamientos biológicos.
- 5.- Problemas crónicos de la personalidad .
- 6.- Ausencia de una carga familiar de depresión.

Una de las aproximaciones más sistemáticas al humor distímico suponían una base constitucional y, por tanto hereditaria, a padecer determinados síntomas físicos y mentales.

El humor distímico no tiene una estructura psicopatológica propia, deriva de otras afecciones como las alteraciones de la personalidad, alcoholismo, enfermedades orgánicas y factores de vulnerabilidad psicosociales y genéticos, en base a esto las distimias y las depresiones no melancólicas pueden definirse como depresiones secundarias.

La estadística clásica constató la existencia de dos formas básicas de depresión, lo cual originó una nomenclatura binominal que no se ha modificado:

DEPRESION

| | |
|-------------------------|--------------------------|
| Endógena | No Endógena |
| Psicótica (delirante) | Neurótica (no delirante) |
| Autónoma | Reactiva |
| | Situacional |
| | Respondiente |
| Inhibida/agitada | Hostil/irritable |
| Biológica | Psicológica |
| Somática | Vital |
| "S" | "J" |
| Vital | Personal |
| Genética | Ambiental |
| Típica | Atípica |
| Enfermedad depresiva | Espectro depresivo |
| Depresión sin conflicto | Depresión conflictual |
| Mayor | Menor |
| Melancolia | Distimia |

Por su parte la aproximación clínica aceptando ambas categorías facilitó una nomenclatura en ocasiones complicada y confusa semánticamente y la aproximación teórica actual es igualmente variada.

| | |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Beck (1973) | Identificación de pensamientos automáticos depresivos condicionantes del cuadro clínico |
| Klein (1974) | Depresión endogenomórfica "depresión neurótica", como fenocopia de una enfermedad biológicamente determinada. |
| Seligman (1975) | Aprendizaje de la desesperanza y de otras conductas depresivas. |
| Henderson Byrney | |
| Duncan-Jones (1981) | "The social Bond Hypotesis" (La hipótesis de los lazos sociales) 1.- El factor causal del inicio de las neurosis es una deficiencia en las |

relaciones sociales.

2.- El sujeto se ve expuesto a niveles altos/bajos de adversidad.

Resulta un poco complicado realizar una descripción clínica sin caer en la comparación de los depresivos no melancólicos con los depresivos melancólicos ya que en los primeros, las manifestaciones emocionales dependen de su personalidad. Pero la psicopatología actual mantiene la siguiente agrupación de síntomas; por un lado, la disforia y por otro la irritabilidad lo que sugiere una patología afectiva no endógena.

"La disforia comprende una amplia gama de sentimientos y emociones, en general de corta duración, o bien, intermitentes.(8)

Los elementos básicos psicopatológicos que presenta son:

- 1.- Humor (depresivo) hiperreactivo.
- 2.- Ausencia de ciclo diurno.
- 3.- fluctuación del estado afectivo

Frecuentemente acompañada por un estado de ansiedad o de inquietud variable que responde bien a las benzodiazepinas.

La irritabilidad en el depresivo no melancólico es un elemento subsidiado de la disforia, a diferencia de la irritabilidad del orgánico, que puede ser un estado básico persistente.

Roth (1981) dice que la disforia-ansiedad, entra en el terreno de los trastornos afectivos, dentro de la categoría de los trastornos neuróticos, en los cuales la personalidad condiciona el cuadro clínico y la respuesta terapéutica.

(8) Jacobson; Depresión: Est. Comp., 1990. Amarrouto. Argt. P. 249

La perspectiva cognitiva dice que los sujetos se deprimen como consecuencia de la forma de procesar la información sobre ellos mismos, sobre los otros y sobre el mundo en general. Esta perspectiva representada por Beck que en 1979 postuló tres conceptos:

1.- El depresivo tiende a considerarse y a considerar sus propias experiencias y su futuro en forma idiosincrásica y negativamente distorsionada.

2.- El depresivo organiza sus pensamientos negativos en patrones estables y estructurados que pueden ser activados en momentos de extrema tensión.

3.- El depresivo posee un procesamiento de la información alterado; sus errores de pensamiento sirven para perpetuar las propias visiones negativas que se contradicen con la evidencia.

En cuanto la conducta del depresivo neurótico esta condicionada por tres factores:

1.- El malestar subjetivo crónico.

2.- Las relaciones interpersonales inestables.

3.- La repetición de situaciones sociales desventajosas.

En función de la estructura neurótica de la personalidad, Wolpe (1986) sugiere la existencia de cuatro modalidades de depresión neurótica:

1.-Depresión neurótica secundaria a ansiedad.

2.-Una que emerge de condiciones erróneas.

3.-Dependiendo de la ansiedad secundaria a relaciones interpersonales inadecuadas.

4.-Las depresiones reactivas a las pérdidas.

Las formas clínicas en que se presentan son las siguientes:

Reacción depresiva.
Depresión situacional.
Depresión neurótica.
Depresiones crónicas.
Distimia subafectiva.
Depresiones caracteriales.
Depresión atípica.
Desmoralización crónica.
Depresiones secundarias a trastornos orgánicos.
Disforia hipocondriaca.
Disforia sensitivo-paranoide.

REACCION DEPRESIVA.- Se trata de una pérdida de la capacidad de adaptación a una situación de tensión junto a un tono afectivo depresivo, acompañado de síntomas ansiosos, dificultad para conciliar el sueño y sentimientos de incapacitación e inutilidad, este episodio suele resolverse solo y presentarse cuando existen algunas situaciones de abandono o algún cambio de estado profesional.

DEPRESION SITUACIONAL.- Se refiere a la relación causal entre un estrés ambiental y el inicio de un estado depresivo, este puede ser de cualquier naturaleza, y es un concepto muy impreciso recogido en los RDC en 1977.

DEPRESION NEUROTICA O REACTIVA.- Las características clínicas que se mostrarán serán los criterios de Zimmerman (1987) y Winokur (1985) respectivamente.

DEPRESION NEUROTICA

| AUTOR | RASGOS |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Zimmerman | Alteración de la personalidad Estrés psicológico Menor de 40 años Culpar a otros Parasuicidio Historia de divorcio o separación |
| WINOKUR | Estilo de vida tormentoso Insomnio inicial Molestias somáticas múltiples Conducta demandante Hostilidad Reactividad del humor Historia familiar de alcoholismo |

La alteración se inicia de forma imprecisa, pudiendo referir o no acontecimientos estresantes y elaborando síntomas dependiendo de su personalidad y los conflictos de su entorno.

Muestran tono afectivo bajo mejorando o empeorando de acuerdo a los cambios ambientales, la cognición y la motricidad se conservan, predominan las quejas somáticas y personales, la tristeza y abatimiento que presentan dan paso a un estado de mal humor y a un ajuste social.

DEPRESIONES CRONICAS.- Cualquier tipo de depresión puede evolucionar de forma crónica, la cronicidad se establece retrospectivamente, con un paciente depresivo que reúna las siguientes características:

- 1.- Duración del trastorno de más de dos años.
- 2.- Ausencia de periodos asintomáticos espontáneos o inducidos.

3.- Tratamiento antidepresivo reiterados sin éxito.

"La cronicidad debe diferenciarse de la resistencia. Las depresiones resistentes representan un grupo muy pequeño de enfermos endógenos que no responden ad integrum a un tratamiento seriado de tricíclicos, litio, IMAO y electrochoques o combinación de éstos. Los factores condicionantes de la resistencia son biológicos (ancianidad, demencia etc.), mientras que los de la cronicidad son múltiples (personalidad, condicionantes sociales, praxis médica etc.)" (9)

La recuperación incompleta de un periodo melancólico, se establece frente a un ejemplo que tiene una mejoría parcial sintomática por medio de antidepresivos.

Las características clínicas de estas depresiones residuales son:

1.- Signos vegetativos de irregularidad biológica.

- a) alteraciones del sueño.
- b) dolor monosintomático.
- c) abstenia y anorexia objetivables.

2.- Descenso de la joie vivre.

- a) anhedonia.
- b) disminución de la capacidad de ocio y orientación excesiva en el trabajo.

3.- Abuso de sustancias estimulantes incluido el alcohol.

4.- Irritabilidad y paradójicamente conducta inhibida o retardada.

5.- Conflictos maritales.

6.- Cambio de la personalidad postdepresivos.

(9) Ibidem. 254

El trastorno bipolar puede evolucionar a un cuadro psicopatológicamente más complejo (mixto) en el cual los elementos depresivos y maníacos desaparecen, mostrando las siguientes características clínicas:

- 1.- Disforia-irascibilidad inmotivada y persistente.
- 2.- Agitación- inquietud psicomotora.
- 3.- Ansiedad refractaria a las benzodiazepinas.
- 4.- Excitación sexual.
- 5.- Insomnio intratable.
- 6.- Rumiación e impulsos suicidas.
- 7.- Expresión genuina de sufrimiento y erróneamente interpretada como conducta demente o histriónica.

DISTIMIA SUBAFECTIVA.- Alteración del humor biológicamente determinado, la raíz biológica se deduce por una respuesta completa a tratamientos biológicos y por alteraciones en los test biológicos, mostrando las siguientes características clínicas:

- 1.- Depresión subsindrómica.
- 2.- Inicio precoz.
- 3.- Curso fluctuante o intermitente.
- 4.- Hipersomnias.
- 5.- Inercia psicomotora.
- 6.- Mejoría transitoria por estimulantes.
- 7.- Periodos de hipertimia espontánea o inducida.

DEPRESIONES CARACTERIALES.- La patología del carácter predispone al humor depresivo frente a determinadas contrariedades de la vida. Los síntomas que se manifiestan pueden confundir en la valoración del estado. Generalmente se tienen en los antecedentes de estas personas:

- 1.- Alteraciones infantiles de comportamiento.
- 2.- Antecedentes familiares de alcoholismo, divorcio o separación.
- 3.- Elección de pareja precipitada o insatisfactoria.
- 4.- Dificultad para resolver problemas vitales con tendencia a la heteroculpabilidad.
- 5.- Actitud sumisa.
- 6.- Ausencia de factores biológicos precipitantes.
- 7.- Abuso de alcohol o drogas.
- 8.- Respuesta nula a los tratamientos antidepresivos y/o a la psicoterapia.

DEPRESION ATIPICA.- La presentan aquellas personas con síntomas de ansiedad-depresión que tienen una mejoría completa bajo tratamiento con IMAO, manifiestan signos de padecimientos biológicos tales como:

- 1.- Episodios discretamente delimitados de ansiedad-depresión.
- 2.- Humor reactivo en corta duración y desproporcionado al estímulo inductor.
- 3.- Alteraciones vegetativas caracterizadas por:
 - .Hipersomnia.
 - .Bulimia.
 - .Dismenorrea.
 - .Somatizaciones.

4.- Pobre respuesta ante los antidepresivos tricíclicos y respuesta nitida a los IMAO.

5.- Clara inversión de los signos típicos de la melancolía.

DESMORALIZACION CRONICA.-Se conceptualiza como una disforia clinica secundaria a transtornos psiquiátricos, enfermedades incapacitantes o estrés persistente, sobreviene en sujetos predispuestos por su estructura de personalidad a desarrollar estados de abatimiento ó desilusión fluctuantes en función de los sucesos que les toca vivir.

DEPRESIONES SECUNDARIAS A TRANSTORNOS ORGANICOS.- Se han citado (Klerman 1988) más de cuarenta transtornos médicos asociados a depresión que habitualmente se agrupan en:

- 1.- Endocrinopatias.
- 2.- Déficit vitamínicos.
- 3.- Infecciones.
- 4.- Transtornos neurológicos.
- 5.- Transtornos de colágeno.
- 6.- Enfermedades cardiovasculares.
- 7.- Cáncer.
- 8.- Transtornos metabólicos.

"El término secundario hace referencia a la relación temporal entre la enfermedad somática y el subsiguiente estado afectivo, sin referencia estricta a mecanismos psicopatológicos causales o a la

forma clínica de la depresión. El término secundario es preferible emplearlo al hacer referencia a las depresiones en sujetos con otra patología psiquiátrica no afectiva, mientras que para los enfermos orgánicos se utilizará el término "trastorno afectivo asociado".

(10)

Lloyd (1985) hace una diferenciación de tres categorías de alteraciones emocionales en relación con enfermedades médicas:

- 1.- La inadaptación.
- 2.- La patología afectiva secundaria (de tipo depresivo no melancólico, poco grave y con escaso riesgo suicida.)
- 3.- La patología afectiva sintomática.

Las enfermedades cardiovasculares, endócrinas y neurológicas son las más proclives a inducir estados afectivos.

Existen tres formas de patología del humor poco estudiadas:

- 1.- Patología del humor en el contexto de la hipocondría y somatización.
- 2.- Depresiones que suceden en la paranoia.
- 3.- Trastornos esquizoafectivos.

DISFORIA HIPOCONDRIACA.- La hipocondría es un síndrome caracterizado por la existencia de:

- 1.- Ideación persistente sobre la salud y enfermedad, que puede adquirir una forma delirante.
- 2.- Molestias somáticas localizadas o difusas.
- 3.- Disfunción asociada.

La mayoría de los hipocondriacos muestran alteraciones mentales específicas ya sea de naturaleza ansiosa, afectiva, obsesiva primaria, delirante y/o caracterial.

El patrón básico en este transtorno lo conforman dos grupos de síntomas; por un lado síntomas cognitivos caracterizados por ideas sobrevaloradas y aprehensión fóbica; por otro un temple depresivo que se manifiesta en la vertiente de la disforia-irritabilidad.

DISFORIA SENSITIVO-PARANOIDE.- Caracterizado por un estado depresivo e ideación autoreferencial, configurado por los siguientes síntomas característicos: sentimientos persecutorios con frecuencia circunscritos a determinados ámbitos y que rara vez se generalizan junto a un tono de humor depresivo. El cuadro casi siempre es reactivo y evoluciona crónicamente.

En conclusión parece no existir un acuerdo general sobre la taxonomía de las depresiones no melancólicas. El diagnóstico se establece retrospectivamente en función de diversas variables clínico-biológicas en aquellos pacientes que presentan un cuadro crónico neurótico o atípico.

3.6.- CULPA Y DEPRESION

Los sentimientos de depresión y culpa, en determinadas circunstancias coexisten en el individuo y llegan a confundirse entre sí, pero en estos casos generalmente uno de ellos se manifiesta en forma predominante en relación al otro.

En la depresión, el Yo se encuentra incapacitado por la incapacidad que siente de enfrentarse con el peligro; en ocasiones el deseo de morir suplanta al deseo de vivir, por considerarse impotente ante el riesgo que lo amenaza y suele ser consecuencia de experiencias pasadas; está junto con el sentimiento de culpa que es a la vez su causa y su sintoma fundamental, proviene de ataques reales o fantaseados realizados por el Yo contra los demás.

M. Klein diferencia dos formas de angustia: la angustia persecutoria y la depresiva; de la segunda mencionó que se relaciona con "la fantasía del daño hecho a los objetos internos y externos por los impulsos destructivos del sujeto y que está estrechamente ligada con el sentimiento de culpa y con la tendencia a la reparación." (11)

Freud (1926) sostenía que el término culpa sólo podía aplicarse a manifestaciones de conciencia que eran resultado de la actuación y desarrollo del Superyo.

Rubinfine (1968) distingue la culpa de la depresión; la culpa es la respuesta a la amenaza de un impulso instintivo que es experimentado como un peligro que lo puede conducir a satisfacciones prohibidas en la realidad y la depresión es la señal de que alguna aspiración u objetivo es peligroso no sólo por prohibido sino por inalcanzable. De modo que la culpa surge cuando hay alguna posibilidad de éxito, mientras la depresión aparece cuando hay una certeza de fracaso. Entonces la depresión es uno de los resultados de la culpa; es el estado en que ha quedado el Yo como consecuencia del conflicto.

(11) Grinberg León; Culpa y Depresión, Estudio Psicoanalítico. Pag. 69

En lo referente a la gravitación que ejerce el sentimiento de culpa en el desarrollo psíquico del individuo. Su influencia es, no sólo preponderante en la etiología de las neurosis y psicosis, sino que de la superación de la misma dependerá el estado de salud mental y física, la felicidad y el equilibrio armónico a que aspiramos como uno de los grandes objetivos de la vida.

Sin embargo el problema etiológico y su forma de participación en la evolución del individuo, aún no está totalmente dilucidado en el campo de la investigación psicoanalítica, por lo que ha surgido en algunos psicoanalistas la tendencia, según Grinberg a "centrar sus interpretaciones en la necesidad de liberar a sus pacientes de una culpa, considerada como un sentimiento de características negativas, patológicas, a la cual se encontrarían sometidos masoquísticamente. Tal culpa correspondería a la internalización del conflicto entre el Superyo y el Yo, en el cual el Yo tiene que aceptar irremediamente la injusta carga (la culpa misma) que las severas y terroríficas imágenes superyoicas le han impuesto. El paciente se siente "obligado" a aceptar esta culpa so pena de sufrir el terrible castigo por parte de tales figuras. El análisis concebido con este criterio procura esclarecer al paciente que esta culpa lo conduce exclusivamente a una represión de su vida instintiva (erótica y agresiva), y a la búsqueda masoquista de autocastigos y privaciones; en última instancia el mantenimiento de su agravación.

Por el otro lado para otros psicoanalistas, lo nuclear en todo conflicto neurótico correspondería a la negación de la culpa que se ha sentido por las propias fantasías agresivas contra los objetos. De

modo que, para los que sustentan esta posición, el objetivo terapéutico está centrado en la necesidad de que los pacientes superen dicha negación y tomen conciencia de las fantasías y del sentimiento de culpa subyacente, lo cual les permitirá elaborar la posición depresiva y lograr la curación". (12)

Es esencial tratar de diferenciar estas dos clases de culpa, para su mejor entendimiento:

Culpa Depresiva.- Requiere en Yo integrado para ser vivenciada plenamente y utilizada con sus efectos reparadores.

Culpa Persecutoria.- Se evidencia en forma precoz, aun con un Yo débil e inmaduro, y se incrementa en forma automática ante cualquier frustración o fracaso en la evolución hacia la fase depresiva.

Money-Kyrle (1957) se refiere a dos tipos de conciencia que se encuentran combinados en distintas proporciones según sea sentida la figura parental como buena o mala; y pueden existir en un mismo individuo. Aquellos cuyo Superyo sea persecutorio, experimentarán una culpa de naturaleza persecutoria en situaciones en que se sientan tentados a desafiar a dichas figuras o a algún poder externo que los represente. Si los objetos han sido considerados buenos, se sentirá la culpa de haber dañado a las personas o a los valores que los simbolizan.

Importante es la dualidad instintiva en el establecimiento de la naturaleza de los diversos mecanismos y sentimientos como el de la culpa, determinando la calidad sana o patológica de los mismos.

Dicha posición está basada en el antagonismo Eros-Tánatos. Freud estableció que los dos instintos básicos de vida y de muerte se

(12) Ibidem Pags. 80,81

funden siempre uno en el otro. Según Paula Heimann (1952) "el carácter de esta amalgama de instintos es lo que decide si una actitud o una actividad es sana o morbosa" (13)

Las diferentes funciones, mecanismos y sentimientos del Yo dependen de la calidad e intensidad de la fusión instintiva. El instinto de vida-Eros-tiende a la unión y a la procreación: su expresión psicológica es el amor; mientras que el instinto de muerte-Tánatos-está expresado por el sentimiento de odio, todas las tendencias negativas o formas de comportamiento antagónicas para crear.

De acuerdo a la fusión instintiva, los mecanismos, las actitudes y la conducta en general se orientarán hacia un objetivo útil o perjudicial para el organismo. Pues bien, tanto la culpa persecutoria, que depende del instinto de muerte defusionado, como la culpa depresiva, que está en función del instinto de vida, se encuentran comúnmente fusionadas al igual que las dos clases de instintos.

En toda experiencia de pérdida, existe cierta dosis de culpa. La proporción con que interviene esta culpa y su calidad e intensidad de la reacción que se experimente frente a la pérdida.

Perder algo significa sufrir una privación. El Yo del individuo se siente en déficit frustrado, y al mismo tiempo experimenta culpa, que aparecerá e incluso frente a la pérdida del objeto por haberlo atacado en la fantasía y existe otra culpa que está vinculada con lo que ocurre al self. Se trata de una culpa frente así mismo, por haber provocado en la fantasía esta pérdida que perjudica al self, o por no

haberla podido evitar. El Yo se siente empobrecido en su relación con el objeto. En cada pérdida objetal se sufre simultáneamente la pérdida de las partes del self que, por identificación proyectiva, habían sido puestas en el objeto.

M. Klein (1955) habla de una disociación del self en partes buenas y malas y dice que cuando estos procesos son excesivos, el self se debilita y empobrece y esto provoca la dominación por parte de los objetos internos y una excesiva dependencia de los objetos externos. Este debilitamiento y su estado de dependencia externa, forman parte de la culpa persecutoria que el Yo experimenta frente a sí mismo por haber llegado a esta situación.

No sólo ante el objeto se siente la culpa, sino también ante las porciones del self utilizadas para proyectar el instinto de muerte defusionado afuera. Como si el Yo se sintiera culpable de sacrificar porciones yoicas que, si bien salvan al resto, se pierden durante dicha operación.

Uno de los principales efectos contenidos en la experiencia vivencial de la culpa persecutoria, es el resentimiento; el cual se experimenta frente a algo o a alguien que se ha querido y a quien se reprocha el haber provocado una pérdida, ante la cual el Yo se ha sentido víctima; este se experimenta no solo con respecto al objeto, sino también en relación con el propio self.

Cuanto mayor sea el resentimiento mayores serán la culpa y la persecución y más difícil resultará la elaboración del duelo. En cambio, en la medida en que disminuye el resentimiento y, por consiguiente, la culpa persecutoria, aumentarán la pena y el dolor

por la pérdida, con una connotación más depresiva, aumento de la preocupación y de la responsabilidad y, en última instancia, de la capacidad reparatoria.

Entonces en la medida en que los procesos de integración vayan progresando, la culpa depresiva se va instalando con mayor estabilidad; la principal característica de este tipo de culpa es el anhelo de reparar al objeto que se siente dañado por los propios impulsos destructivos, esta necesidad de reparar el objeto amado conduce a estados de duelo y a sus defensas correspondientes.

Según Winnicott (1962) "el estudio del sentimiento de culpa implica un estudio del crecimiento emocional del individuo. En términos del Yo-Ello, el sentimiento de culpa es apenas una ansiedad caracterizada por una cualidad especial, ansiedad que se experimenta debido al conflicto entre el amor y el odio. La culpa implica tolerancia de la ambivalencia. Y agrega que el sentimiento de culpa significa que el Yo comienza a establecer relaciones con el Superyo. La ansiedad ha madurado en culpa. El sentimiento de culpa aún inconsciente y aparentemente irracional, implica un grado de crecimiento emocional, salud del yo y esperanza" (14).

Winnicott (1962) en este caso en particular se refiere a una culpa depresiva; sobre todo, cuando establece su relación con la salud del Yo y el crecimiento emocional; también plantea que existe la falta de capacidad para sentir culpa en algunos individuos, debido no solo a razones constitucionales sino al proceso de integración efectuado en las primeras épocas de su desarrollo emocional.

M. Klein (1949) estableció algunos conceptos enunciados en lo que ella denominó la posición depresiva, porque contiene básicamente los afectos más importantes que configuran la culpa depresiva.

"La posición depresiva como totalidad, es una serie de procesos normales que llevan desde actitudes aisladas y objetos orbitales aislados, hasta una actitud ambipotencial y objetos orbitales buenos, y la restauración de objetos, también una serie semejante de procesos normales que involucran la ambivalencia y la reparación bajo la forma de identificación proyectiva" (15).

M. Klein (1949) señala que en el surgimiento de la angustia depresiva y con el comienzo de la posición depresiva el Yo es llevado a proyectar, desviar y distribuir los deseos y emociones así como la culpa y la necesidad de reparar, en nuevos objetos e intereses. Este desplazamiento a otros objetos refuerza el proceso que incrementa las sublimaciones y las nuevas relaciones objetales: en realidad constituye el origen principal de las sublimaciones a lo largo de toda la vida.

Se ha estado mencionando la reparación como uno de los objetivos de la posición depresiva. Según M Klein, el reparar implica un proceso interno a través del cual intenta arreglar el daño ocasionado a los objetos internos y externos por sus propios impulsos destructivos. Dicha tendencia a reparar surge del instinto de vida y forma parte de las sublimaciones; es el medio que mantiene a raya la depresión. Para ello, cierto grado y tipo de culpa (depresiva) y ansiedad estimulan la reparación y alientan la sublimación.

3.7.- INVESTIGACIONES SOBRE SIDA, DEPRESION Y SISTEMA INMUNOLOGICO

3.7.1.- LA DEPRESION Y EL SISTEMA INMUNOLOGICO.

Existen diversos indicios de que las situaciones de ansiedad, como los trastornos depresivos van asociados a una mayor morbilidad y mortalidad. Diversas investigaciones han considerado que las alteraciones inmunológicas puedan relacionarse con los trastornos y síntomas depresivos que acompañan a las situaciones estresantes.

Dichas alteraciones inmunológicas se han concebido como nexo entre la depresión y el estrés, por un lado, y el mayor riesgo de contraer enfermedades relacionadas con el sistema inmunológico, como el cáncer o los trastornos de infección por el virus de inmunodeficiencia humana por el otro. Sin embargo, se carece de pruebas sustanciales que apoyen la asociación entre la depresión y el aumento de morbilidad o mortalidad debida a trastornos que afectan al sistema inmunitario

Dado que la asociación entre el cerebro, la conducta y el sistema inmunitario puede considerarse desde al menos tres marcos conceptuales: 1.- Gran parte de la investigación sobre el sistema inmunitario en la depresión ha estado integrada en el marco conceptual del papel que tienen las funciones inmunológicas en el mantenimiento de la salud y el desarrollo de trastornos físicos. 2.- La neuroinmunología a las alteraciones de la función inmunitaria que afectan a la actividad del sistema nervioso central (SNC) 3.- Las alteraciones neurológico-inmunitarias, en el que los fenómenos

inmunológicos periféricos pueden servir de modelo para fenómenos del SNC a nivel bioquímico o molecular.

Aún faltan más conocimientos sobre las interacciones del SNC y el sistema inmunitario para comprender la depresión como un trastorno y su relación con la inmunocompetencia y la salud y las enfermedades físicas.

3.7.2.- PACIENTES CON SIDA SUICIDAS, CUANDO LA DEPRESION SE VUELVE MORTAL.

Puede resultar imposible tratar de determinar cuando una amenaza de suicidio de un paciente con SIDA, puede realizarse y terminar en desastre y cuando no. Esta es la causa por la que cualquier alusión al suicidio, debe tomarse en cuenta.

La amenaza no siempre tiene que expresarse por medio de palabras; existen muchos signos de síntomas de depresión tales como:

SIGNOS Y SINTOMAS DE DEPRESION IMPORTANTES

- + Anorexia o pérdida de peso.
- + Cambio en el modelo del sueño.
- + Cambio en el nivel de actividad.
- + Disminución del interés o placer. en las actividades normales o disminución del impulso sexual.
- + Fatiga o disminución de la energía.
- + Sensación de inutilidad o culpa.
- + Incapacidad para concentrarse.
- + Pensamientos de muerte o suicidio.

INDICADORES DE DEPRESION ENTRE LOS PACIENTES CON TRANSTORNOS MEDICOS

- + Depresión grave, sentimientos de fracaso, pérdida de interés por, las personas. Sentimientos de estar siendo castigado, ideas suicidas.
- + Depresión leve, sentimientos de insatisfacción, dificultad para tomar decisiones, llanto frecuente.

Se considera que una persona está deprimida si tiene cuatro o más síntomas diario o semanalmente durante por lo menos dos o tres semanas.

Estos síntomas y signos, pueden ser clave indicatoria de que el paciente está en riesgo de suicidio, pero el diagnosticar una depresión puede causar complicaciones ya que los síntomas y signos del SIDA pueden solaparse con los de la depresión.

El hacer una valoración de riesgo de suicidio en el paciente con SIDA, consiste en examinar sus situaciones vitales preguntando que es lo que está sucediendo actualmente en sus vidas; identificar sus intenciones, que es lo que pretende hacerse a si mismo, averiguar si tiene algún plan y ver su capacidad para evaluar la muerte, detectar si tiene los medios para llevar a cabo el plan.

Hacer una evaluación de los factores de riesgo (sentimientos de desesperación o impotencia, abuso de drogas o alcohol, modelos de comportamiento de los que ya cometieron suicidio o previos, algún familiar, amigo o conocido que se haya suicidado.) y recursos (relaciones significativas, dinero y posesiones suficientes para cubrir los gastos).

El hacer esta valoración no aumenta las posibilidades de que se consuma el suicidio. La mayoría de las personas que piensan en el suicidio responderán sinceramente ya que les alivia el poder hablar con alguien sobre ello.

Si después de la valoración se concluye que el peligro no es inmediato, su investigación puede ayudar a recabar información sobre

la forma en el que el paciente con SIDA ve su situación vital y sus problemas más actuales y sobre todo como puede ayudarsele.

La idea del suicidio es una de las formas en que los pacientes con SIDA intentan mantener el control sobre una situación que amenaza no solo su vida, sino también su forma de vivirla. Se puede ayudar al paciente a mantener el control de distinta forma: Haciendoles participar en todo lo posible en las decisiones, proporcionandoles la información que necesitan para la toma de decisiones y ayudandoles a explorar sus opciones.

También se contempla la negación como un signo de que el paciente se adapta mal a su diagnóstico. Pero la negación es un proceso complejo. Ya que algunos pacientes, pueden negar alguna parte de la realidad, mientras que aceptan otra. Otros pueden aceptar el diagnóstico, pero negar que van a llegar al final habitual: la muerte. Esta negación parcial puede tener una función importante; quizá motivar al paciente para seguir viviendo una vida plena. Por tanto cuando se enfrente a un paciente que manifiesta signos de negación, sólo necesita determinar que es lo que está negando y que es lo que acepta.

Cuando los pacientes terminales mueren, se puede suponer que la muerte se produjo de forma natural. Sin embargo algunos pacientes pueden haber cometido lo que se conoce como "suicidio racional".

Para que un suicidio entre en esta categoría deben estar implicados tres factores:

- 1.- La persona ha hecho una valoración realista de su situación.
- 2.- Tiene un motivo comprensible.

3.- Es capaz de pensar claramente, sin obnubilaciones por las molestias que experimenta o la depresión

Pero no hay que olvidar que las personas que pretenden cometer un suicidio racional con mucha dificultad se abren ante los demás.

Es importante para los profesionales de la salud que examinen sus propios sentimientos y temores antes de intentar ahondar en las emociones de los pacientes con SIDA suicidas, ya que los pacientes no analizarán las cuestiones significativas si sienten que se les juzga.

Puede encontrarse con que los pacientes que amenazan con cometer un suicidio en realidad no desean poner fin a su vida, sino sólo al dolor que sienten. Si el dolor es físico, puede ayudarles un aumento de medicación. Si es emocional, usted puede ser capaz de encontrar una solución. Quizas el paciente esta ansioso por entrar en contacto con los miembros de la familia, usted puede proporcionar este encuentro. Quiza lo que le preocupa es convertirse en una carga económica para sus seres queridos, usted puede sugerir opciones.

Suponga que el paciente tiene dificultad para compartir sus sentimientos con usted, puede ponerle en contacto con un sacerdote o con un grupo de ayuda a los pacientes con SIDA.

Y a todo esto, quiza no se alargue la vida de estos pacientes, pero puede hacerse mucho para volver a dar sentido a lo que les queda de vida.

3.7.3.- DEPRESION EN EL CONTEXTO DE LA INFECCION DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

Se realizó una investigación con 90 pacientes del sexo masculino que fué conducida a la categoría de depresión sintomatológica, asociada a la infección de VIH y al revisar la naturaleza del tratamiento de antidepresivos, con 45 pacientes seropositivos al VIH y 45 pacientes VIH negativos.

A pesar de que los síntomas de depresión, fueron similares en los dos grupos, las personas VIH positivos reportaron mayor crecimiento en sueño y apetito que el grupo de personas VIH negativos.

La Imipramina y Fluoxetina, ganaron el más favorable nivel de eficacia y produjeron un mínimo de efectos secundarios en ambos grupos.

Acerca de los pacientes VIH positivos el grupo asintomático tuvo mejor respuesta al tratamiento con medicamentos antidepresivos, que los grupos de pacientes sintomáticos o con SIDA.

Los individuos afectados con el VIH/SIDA desarrollan generalmente un espectro de condiciones psiquiátricas que pueden ser: ansiedad, demencia y depresión; existiendo un alto índice de relación entre depresión y VIH, la cual es compleja y poco entendida. Un número de factores asociados con el VIH puede producir cambios reactivos ocasionando mayores desórdenes depresivos; por ejemplo: Los infectados con VIH se deben enfrentar a una variedad de estrés psicológico, incluyendo estigmatización, discapacidad ocupacional, alteración en la imagen corporal y pérdida de amigos, en adición al

dolor, existen evidencias que sugieren que los homosexuales hombres pueden desarrollar más fácilmente síntomas depresivos. A parte de estas cuestiones, varios factores neuromédicos pueden ser aplicados en cambios de humor.

El paciente VIH positivo es susceptible a infecciones oportunistas y malignas que pueden producir lesiones cerebrales con efectos de humor secundarios y con enfermedades asociadas con supresión inmune que pueden afectar al humor y cognición a través de mecanismos como hipoxia, fiebre, ceguera, anemia y dolor. Los diferentes agentes farmacológicos utilizados para tratar esas enfermedades oportunistas, pueden actuar recíprocamente en una manera que altera significativamente el humor y la cognición.

La interacción de los factores psicológicos y neuromédicos pueden determinar como y cuando tratar la depresión en el paciente VIH positivo; el tratamiento antidepresivo parece ser indicado, dada la alta frecuencia de depresión asociada a VIH y una elevada clasificación de suicidio que en parte puede ser debido a la existencia de "los potencialmente tratables desórdenes depresivos". Aunque han sido pocos los estudios controlados que evalúan si la depresión es segura y efectivamente tratada con los medicamentos antidepresivos comunes.

Los resultados de una investigación hecha en dos universidades afiliadas, mostraron en escalas de eficacia del tratamiento comparadas en ambos grupos fueron el sueño, la energía, la funcionalidad ocupacional y social. En general las personas VIH

negativas estuvieron más altas en el radio de eficacia del tratamiento que las personas VIH positivas.

Con las personas VIH positivas dentro del grupo de asintomáticos demostraron una alta escala de eficacia en comparación con las personas que tienen un diagnóstico de complejo relacionado con SIDA, los cuales demostraron menos respuesta al tratamiento.

En este estudio las personas VIH positivas que fueron tratadas con antidepresivos recibieron diagnóstico de desórdenes afectivos y síntomas y signos similares a un grupo de comparación de personas VIH negativas.

También ha sido propuesto que las alteraciones de Sistema Nervioso Central en adición a los cambios en metabolismo esteroide y la inmunidad responsiva puede aumentar la sintomatología depresiva en pacientes medicamente enfermos.

Así, en un sistema inmune deteriorado ocurre la depresión, el resultado sería una aceleración de la enfermedad.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

CAPITULO III

(1) Calderón N. Guillermo; Depresión: Causas, Manifestaciones y Tratamiento. México D.F.: Trillas, 1987.

(2) Freedman M. Alfred, Kaplan, Sadok; Compendio de Psiquiatria. Barcelona España.: Salvat Editores.

(4) Lars Freden; Aspectos Psicosociales de la Depresión. México D.F.: FCE, 1982.

(6) Burns David; Sentirse Bien: Una Nueva Fórmula Contra las Depresiones. México D.F.: Paidós, 1991.

(8) Jacobson Edith; Depresión: Estudios Comparativos de Condiciones Normales, Neuróticas y Psicóticas. Buenos Aires, Argentina.: Amorruto, 1990.

(11) Grinberg León; Culpa y Depresión, Estudio Psicoanalítico.

CAPITULO VI

METODOLOGIA

*Debo mirarte de frente y acostumbrarme a ti.
Debo mirarte a los ojos tranquilo y
reconocer que eres mi compañera pues en toda
mi vida al comienzo -o a la mitad como ahora
me encuentro- y también hasta la vejez estas
tú.*

Quiero que no me sorprendas...

*Quiero familiarizarme contigo pues cierto
es, que en nuestro inevitable encuentro me
ofrecerás nuevos horizontes.*

*Pensar en ti es reconciliarme con lo más
profundo de mi interior, con lo que no tiene
sentido, con lo imaginablemente cruel y lo
desesperado de nuestro encuentro.*

A la muerte
DR. RICARDO HERNANDEZ

VI.- METODOLOGIA

A) PROBLEMA

Se ha observado que aquellas personas a las que se les entrega un resultado VIH Positivo, generalmente presentan un cuadro de depresión y ansiedad. Por lo que se pretende que al darles la información médica y psicológica referente al VIH /SIDA este cuadro disminuya. El objetivo de esta investigación es comprobar que realmente dicho curso de información logre disminuir tanto la ansiedad como la depresión en estas personas.

B) HIPOTESIS

H1 Existe diferencia significativa en el grado de depresión que tienen las personas VIH Positivas después de haber asistido a un curso de información sobre VIH/SIDA.

H0 No existe diferencia significativa en el grado de depresión que tienen las personas VIH Positivas después de haber asistido a un curso de información sobre VIH/SIDA.

H2 Existe diferencia significativa en el grado de ansiedad que tienen las personas VIH Positivas después de haber asistido a un curso de información sobre VIH/SIDA.

H0 No existe diferencia significativa en el grado de ansiedad que tienen las personas VIH Positivas después de haber asistido a un curso de información sobre VIH/SIDA.

C) VARIABLES

Variables Dependientes: DEPRESION
ANSIEDAD

Variables Independientes: CURSO DE INFORMACION

DEFINICION CONCEPTUAL

Depresión.- "Desórdenes del humor en los que se expresan la tensión y la ansiedad en forma de abatimiento y subestimación de si mismo, alteraciones somáticas y quejas repetidas de sentirse inferior, desesperado y despreciable; existe tono de tristeza acompañado de amor propio reducido y sentimientos de desamparo, siente su seguridad amenazada y que es incapaz de enfrentarse a sus propios problemas y que otros no pueden ayudarle."(24)

Ansiedad.- "Estado emocional transitorio del organismo humano, mostrando sentimientos de aprehensión y tensión interna subjetivos, incrementando la actividad corporal, pudiendo tener diferencias individuales en la forma de responder a situaciones percibidas como amenazantes."(24)

Curso de Información.- "Evento que se efectua con el fin de proporcionar la información pertinente a un conjunto de personas interesadas en conocer algún tema específico."(29)

DEFINICION OPERACIONAL

Depresión.- Los resultados obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck.

Ansiedad.- Los resultados obtenidos en el Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado.

Curso de Información.- Cuatro sesiones de 150 minutos cada una. La información será proporcionada por personal capacitado, con el objetivo de proporcionar la información sobre la seropositividad y sus cuidados que permiten alargar el periodo asintomático y la información que necesiten y que permita disminuir los estados de ansiedad y depresión.

E) INSTRUMENTOS

IDARE Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado

Iniciado en 1964 en la Universidad de Vanderbilt, por Charles D, Spielberger y Richard L. Gorsuch; la idea original fué elaborar un instrumento de investigación objetiva de autoevaluación que midiera dos dimensiones distintas de la ansiedad en adultos "normales".

ANSIEDAD RASGO

ANSIEDAD ESTADO

Ansiedad Rasgo (A-Rasgo) Se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad.

Como concepto psicológico la A. Rasgo, tiene las características del tipo locuciones que Atkinson (1964) llama "motivos" y que Campbell (1963) conceptualiza como "disposiciones conductuales adquiridas". Los motivos son definidos como: Disposiciones que permanecen latentes hasta que las señales de una situación las activan.

Las disposiciones conductuales adquiridas involucran residuos de experiencias pasadas que disponen al individuo tanto a ver el mundo en la forma especial, como a manifestar tendencias de respuesta "objeto consistente".

Ansiedad Estado (A-Estado) Conceptualizada como una condición transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetivos conscientemente percibidos, por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo.

En 1967 se combinaron las actividades del desarrollo del instrumento a la Universidad Estatal de Florida y las metas por alcanzar con el inventario, fueron ampliadas para incluir su utilización con individuos emocionalmente perturbados tanto para propósitos clínicos como de investigación.

A partir de esta fecha la responsabilidad fundamental para el desarrollo del inventario, quedo en manos de C.D. Spielberger y de R. Lushene.

La escala A-Rasgo consiste en 20 afirmaciones en las que se pide a lo sujetos describir como se sienten generalmente y esta escala esta designada como SXR.

La escala A-Estado consiste en 20 afirmaciones, las instrucciones requieren que los sujetos indiquen como se siente en un momento dado y es designada como SXE.

Ambas escalas se encuentran impresas en una hoja, cada una en una página, en el anverso y reverso.

El IDARE fué diseñado para ser autoadministrable y puede ser aplicado ya sea individualmente o en grupo. Las instrucciones completas estan impresas en el protocolo de ambas escalas.

El inventario no tiene limite de tiempo.

El examinador no deberá utilizar el término ansiedad al aplicar el inventario, deberá referirse al mismo y a sus escalas como "El Inventario de Autoevaluación".

Para su calificación la dispersión de posibles puntuaciones varia desde una puntuación minima de 20, hasta una puntuación máxima de 80, tanto en la escala A-Rasgo como en la escala A-Estado. Los

sujetos responden a cada reactivo, valorandose ellos en una escala de 4 puntos.

Las categorías para la escala A-Estado son:

- 1.- No en lo absoluto
- 2.- Un poco
- 3.- Bastante
- 4.- Mucho

Las categorías para la escala A-Rasgo son:

- 1.- Casi nunca
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Casi siempre

Algunos de los reactivos del IDARE se formularón de tal manera que una valoración (4) indica un alto nivel de ansiedad, mientras que otros reactivos se formularón de tal manera, que una valoración alta indica muy poca ansiedad.

Hay plantillas para la calificación manual de las dos escalas, para calificar cada escala se coloca la plantilla sobre el protocolo y se dan los valores numéricos de las respuestas que aparecen impresos en la clave de cada reactivo.

BDI Inventario de Depresión de Beck

Creado por Aaron T. Beck (1961), es un mecanismo fiable para medir los estados de ánimo, con lo que se detecta la presencia de la depresión y se mide exactamente su gravedad.

El test consiste en 21 reactivos, con 4 opciones cada uno de ellos. Algunas de las preguntas se refieren a si se han experimentado

recientemente determinados síntomas como, por ejemplo, irritabilidad o insomnio, más de costumbre o más que antes.

Es un test que se aplica en forma individual o en grupo.

Las indicaciones para la aplicación son las siguientes: "Lea cada punto con atención y rodee con un círculo el número que se encuentra junto a la respuesta que mejor se adapta a lo que usted ha estado sintiendo ultimamente.

Asegurese de marcar sólo una respuesta de cada una de las veintiuna preguntas. No deje ninguna sin contestar.

Para la interpretación del BDI, se suman los puntos correspondientes a cada uno de los 21 reactivos y se obtiene el total.

El total más alto posible de todo el test será de sesenta y tres y la puntuación más baja posible del test será cero.

Ahora se puede evaluar la depresión tomando como guía la siguiente tabla.

| PUNTUACION TOTAL | NIVELES DE DEPRESION |
|------------------|-------------------------------------------|
| 1 - 10 | Estos altibajos son considerados normales |
| 11 - 16 | Leve perturbación del estado de ánimo |
| 17 - 20 | Estados de depresión intermitentes |
| 21 - 30 | Depresión moderada |
| 31 - 40 | Depresión grave |
| Más de 40 | Depresión extrema |

Cuanto más elevada sea la puntuación total, tanto más grave será la depresión. En cambio, cuanto más bajo sea, mejor se sentirá el sujeto.

Aunque el test no es difícil ni lleva mucho tiempo contestar a todas las preguntas y obtener la puntuación total, es un instrumento muy refinado para el diagnóstico de la depresión.

Si la puntuación que arroja el BDI es inferior a 17 la depresión por lo menos en ese momento es leve.

Si la puntuación es más de 16, se sufre una depresión más fuerte. Los estados de ánimo pueden ser muy molestos y posiblemente peligrosos.

Además de evaluar la puntuación total del BDI no se debe dejar de prestar atención a la pregunta 9, que se refiere a tendencias suicidas. Si se obtuviese un 2 o 3 en esta pregunta puede ser que exista una peligrosa tendencia al suicidio.

La mayoría de los individuos con graves depresiones creen que están desahuciados mas allá de toda duda. esta ilusión destructiva es un *sintoma de la enfermedad*.

Ver Anexo 1

E) POBLACION

Se contó con una población de 300 sujetos pacientes de CONASIDA con las siguientes características:

- Los pacientes fueron de sexo masculino
- Tuvieron un resultado en su exámen VIH Positivo
- El resultado se les entregó en los últimos 12 meses antes de las sesiones.
- No habían recibido ayuda terapéutica desde que se les dió el resultado.

F) MUESTRA

La muestra fué de 60 personas escogidas al azar, que cumplieron con los requisitos descritos en el inciso F), de las cuales 30 asistieron a las cuatro sesiones del curso de información sobre SIDA y a los otros 30 sólo se les aplicó el pre-test y cuatro semanas después el post-test.

G) ESCENARIO

La investigación se realizó en un Centro de Información y detección de VIH/SIDA (CONASIDA).

H) DISEÑO

Tipo de Investigación Experimental

Experimento de Campo, que es un estudio de investigación en una situación real, donde una o más variables independientes son manipuladas por el experimentador bajo condiciones controladas con el máximo cuidado que permita la situación.

En cuanto al diseño, este tiene como objetivo imponer restricciones controladas a las observaciones de fenómenos naturales. Uno de los diseños en los que nos basamos es:

| | | | |
|---|----|---|----------------------|
| R | X | Y | (Grupo Experimental) |
| | -X | Y | (Grupo Control) |

La R antepuesta al paradigma indica que los sujetos han sido asignados aleatoriamente al grupo experimental (hilera superior) y al grupo control (hilera inferior).

Si se extiende a más de dos grupos este diseño ofrecerá las siguientes ventajas:

- 1.- tendrá el mejor sistema de control interno teórico.
- 2.- Será flexible, porque es susceptible de extensión a cualquier número de grupos con cualquier número de variables.
- 3.- Si se extiende a más de una variable permitirá demostrar varias hipótesis a la vez.
- 4.- Estará dotado de elegancia estadística y probabilística.

A este diseño se le introduce la característica de preprueba, que se emplea para estudiar el cambio, pudiendo abarcar más de dos grupos.

El diseño queda así:

| | | | | |
|---|-------|-----|-------|----------------------|
| R | Y_b | . X | Y_a | (Grupo Experimental) |
| | | | | |
| | Y_b | -X | Y_a | (Grupo Control) |

Se aplica una prueba en la medida de Y, la variable dependiente. Se procede a verificar la igualdad de ambos grupos en Y. Se aplica la manipulación experimental X, y luego se vuelven a medir los grupos en Y. Con pruebas estadísticas se comprueba la diferencia entre ellos.

En este diseño se puede establecer la comparación y verificar la diferencia, $Y_a - Y_b$, por medio del grupo control, con un solo grupo jamás se sabría si la manipulación experimental X produce el cambio en Y.

1) PROCEDIMIENTO

Una vez que se escogieron las 60 personas seropositivas, al azar, se dividieron en 2 grupos de 30 personas cada uno.

Al primer grupo grupo (control) se le cito y se les aplicó un pre-test (IDARE y BDI); después de haberlo contestado se les cito en cuatro semanas para aplicarles un post-test de las mismas pruebas psicológicas.

Al segundo grupo (experimental) de 30 personas se les dividió en 3 subgrupos de 10 personas cada uno. a cada subgrupo se les aplicó un pre-test (IDARE y BDI), y pasaron a integrar un Grupo de Información el cuál tuvo una duración de cuatro semanas.

Grupos de Información para personas seropositivas.

Se trata de una breve intervención de cuatro sesiones, se busca dar información de tal manera que logre una penetración psicológica lo más profunda posible.

Podríamos decir que se trata de un modelo de autodidactismo guiado, considerando que el mejor antidepresivo es la acción y que "sujetar" a los pacientes a un rol pasivo receptivo de información no haría de este Grupo de Información sino un reforzador de tal actitud negativa.

Se plantea la alternativa de que los participantes generen colectivamente sus dudas y colectivamente encuentren respuestas para finalmente, precisarlas con el apoyo de los conductores. Se propone organizar el trabajo de cada sesión bajo el siguiente modelo:

1) Lluvia de preguntas en torno al tema

Presupone una presentación del tema, inquietando a los participantes para que expresen sus dudas. Conviene que este momento sea realizado en plenaria, y que todas las aportaciones sean escritas en alguna parte del recinto (pizarrón, rotafolios, etc.) a fin de ponerlas al alcance de todos.

En una primera sesión puede utilizarse como disparador de este momento la habitual presentación que se hace de los participantes, invitándolos a expresar sus expectativas del grupo, sus necesidades de información, sus dudas, etc., a fin de integrarlas dentro de los temas que se revisarán.

En sesiones posteriores, conviene utilizar como catalizador una evocación hecha por los mismos participantes de lo sucedido en la sesión anterior. Esto permitirá evaluar en cierta medida el grado de fijación/penetración alcanzado y saber "in situ" que puntos es preciso reforzar.

TIEMPO ESTIMADO: 30'

TIEMPO ACUMULADO: 30'

CRITERIOS DE EVALUACIÓN:

- número de preguntas.
- resonancia que provocan en el grupo.

2) Búsqueda de respuestas mediante equipos de trabajo

Una vez que se cuenta con un listado de preguntas, el coordinador puede agruparlas en diversas temáticas para facilitar su trabajo. Conviene que el auditorio sea dividido al azar. Cada grupo elegirá su representante y el bloque de preguntas que más les

interese a fin de dar sus propias respuestas, de acuerdo con sus propios conocimientos.

No importa si queda algún bloque de preguntas sin elegir, o si alguno es elegido más de una vez, finalmente es responsabilidad de los conductores el llevar al grupo a la búsqueda de las respuestas.

Es imprescindible allegar a los participantes material bibliográfico adecuado a la temática de cada sesión, para facilitar la consulta, diálogos, soluciones y respuestas a sus preguntas.

Importa resaltar la idea de que el grupo parta de sus propias preguntas y llegue a sus propias respuestas de acuerdo con sus conocimientos pues este es el resorte terapéutico más fuerte dentro de esta propuesta. Con esto se busca un proceso mínimo pero auténtico de reconocimiento de las propias capacidades: Es más importante despertar en los pacientes la conciencia activa, que saturarlos de información captada sólo por la memoria inmediata; sin embargo, a la vez se satisface su demanda de saber, sin acercarse demasiado al tema.

TIEMPO ESTIMADO: 30'

TIEMPO ACUMULADO: 60'

CRITERIOS DE EVALUACION:

- minutos utilizados para organizarse.
- relación entre respuestas propias y respuestas consultadas.

3) Exposición en plenaria de los resultados de cada equipo

Toda vez que los participantes agoten la discusión de sus respuestas, posturas y creencias, se compartirán en plenaria las respuestas que hayan encontrado, pero sobre todo importa que

reflexionen sobre el proceso del pequeño grupo de trabajo: "¿Desde donde han hablado?"; cuáles son las condiciones de su discurso, en función de qué valores expresan sus opiniones frente al mundo, cómo determina esta escala de valores la elección de los temas con que han estado trabajando, etc.

Para esto se pedirá que cada representante exponga frente al grupo el proceso de su equipo. Cuando hayan hablado todos los representantes, el coordinador planteará los anteriores cuestionamientos a fin de ser trabajados en plenaria.

TIEMPO ESTIMADO: 30'

TIEMPO ACUMULADO: 90'

CRITERIOS DE EVALUACION:

- niveles de cuestionamiento del propio discurso.
- apertura frente a diferentes posturas.
- disposición al cambio.

4) Reflexión (devolución de información) conducida por el psicólogo.

Con el material vertido por el grupo, el psicólogo señalará, sin remitirse al nivel personal ya que no es una intervención terapéutica ni hay tiempo de cerrar dimensiones que se abran, cuáles son los aspectos más sobresalientes de la relación que este grupo en particular mantiene con la enfermedad, qué connotaciones psicológicas parece tener y sugerir; y, como cierre de esta fase, que todo es posible y del mismo modo se podría pensar una cosa que su opuesto.

La idea de esta fase es cuestionar y aportar elementos para la ruptura de condicionamientos y valores que puedan intervenir en el proceso del paciente, facilitarles la decantación de los aspectos de

su problemática para que pueda valorarla con menos estigma, marginación, etc., preparándolo para una recepción profunda y certera de la última fase de la sesión.

TIEMPO ESTIMADO: 20'

TIEMPO ACUMULADO: 110'

CRITERIOS DE EVALUACION:

- niveles de cuestionamiento percibidos por el grupo.
- tendencias discursivas sobre el eje presente-pasado.

5) Puntualización sobre la temática que se está trabajando conducida por el responsable del tema (médico o psicólogo).

Finalmente, la fase más importante es el confirmar aquellos puntos del trabajo grupal que correspondan a lo aceptado por la medicina alopática y por las instituciones, ya que esta es la única posición que como sector salud corresponde manejar dentro de un grupo de esta índole. Sin embargo, se piensa inconveniente estigmatizar o negar cualquier otra posición de los asistentes (preferencia por medicina alternativa, etc.); se sugiere partir de un total respeto a este respecto. Los coordinadores harán un resumen sistemático de las aportaciones del grupo, durante el cual irán complementando y precisando la información y respuestas que el grupo haya elaborado.

Es conveniente que esta fase no sea manejada de manera cerrada, que no se transmita la sensación de que se dicho la verdad última, a fin de no eliminar en los pacientes la actividad de búsqueda y todos los beneficios de crecimiento que les puede reportar.

TIEMPO ESTIMADO: 30'

TIEMPO ACUMULADO: 140'

CRITERIOS DE EVALUACION

- contraste con el número y tipo de preguntas de la fase 1.
- niveles de ansiedad-depresión.

Se sugiere que este esquema de trabajo sea manejado de la forma más plástica posible, considerando que todos los grupos son diferentes y que un mismo grupo constantemente esta cambiando su forma y dinámica.

Los temas que se proponen para cada una de la sesiones son:

I FASES DEL PADECIMIENTO O PROCESO DE LA ENFERMEDAD

- que significa el SIDA
- fases de la seropositividad.

II CUIDADOS QUE DEBE TENER UNA PERSONA SEROPOSITIVA

- cuidados físicos
- cuidados psicológicos
- cuidados sociales

III TRATAMIENTOS (aclarando cuáles están disponibles en CONASIDA)

- alternativas médicas: alopata (análisis y medicamentos)
- alternativas psicológicas: psicoterapia

IV SEXO SEGURO

- reafirmar los conocimientos adquiridos en el taller de Sexo Seguro.

Ver Anexo 2

Al finalizar las actividades de dicho grupo se les aplicó un post-test, esto con la finalidad de hacer una comparación entre el

grupo experimental y el grupo control, en cuanto si existió un cambio significativo en la ansiedad y la depresión en el grupo que tomo el curso.

I) SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

Para realizar las comparaciones de los grupos se eligió la curva "t de Student", ya que por el tamaño de la muestra los datos podrían ser engañosos si se interpretan de acuerdo al área señalada bajo la curva normal (Curva Z), además de que la desviación estándar de la población no se conoce y por lo tanto el error estándar de la población fue calculado a partir de los datos de la muestra; los datos son medidos a nivel intervalar y el muestreo fue aleatorio.

Para el caso de las comparaciones de la misma medida dos veces "Antes-Después" se utilizó la fórmula:

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sigma_{DIF}}$$

Donde:

\bar{X}_1 = El valor promedio del grupo en el tiempo 1

\bar{X}_2 = El valor promedio del grupo en el tiempo 2

σ_{DIF} = Error estándar de la diferencia

$$\sigma_{DIF} = \frac{S}{\sqrt{N-1}}$$

t = Razón t de Student

S = Desviación estándar para la diferencia entre el tiempo y el tiempo 2

D = Diferencias de \bar{X}_1 y \bar{X}_2

$$S = \sqrt{\frac{\sum D^2}{N} - \left(\bar{X}_1 - \bar{X}_2\right)^2}$$

Para las comparaciones entre muestras diferentes se utilizó la misma fórmula pero con las siguientes correcciones:

$$\sigma_{DIF} = \sqrt{\sigma_{\bar{X}_1}^2 + \sigma_{\bar{X}_2}^2}$$

$$\bar{X}_1 = \frac{S_1}{\sqrt{N_1 - 1}} \quad \text{Error estándar de la medida del grupo en el tiempo 1}$$

$$\bar{X}_2 = \frac{S_2}{\sqrt{N_2 - 1}} \quad \text{Error estándar de la medida del grupo en el tiempo 2}$$

$$S_1 = \sqrt{\frac{\sum X_1^2}{N_1} - \bar{X}_1^2} \quad \text{Desviación estándar de la muestra en el tiempo 1}$$

$$S_2 = \sqrt{\frac{\sum X_2^2}{N_2} - \bar{X}_2^2} \quad \text{Desviación estándar de la muestra en el tiempo 2}$$

En todos los casos la "t" crítica se obtiene considerando un nivel de confianza del 5%, es decir, se decide rechazar la hipótesis nula si hay 5 oportunidades entre 100 de que la diferencia muestral sea un producto del error de muestreo.

Se utilizó una prueba bidireccional "Dos colas" ya que en caso de existir alguna diferencia en los niveles de ansiedad y/o depresión, estos podrían tanto incrementarse como disminuir después de que los integrantes de la muestra participaron en el curso.

v (NU) es el grado de libertad; para los casos de comparaciones pre-test y post-test $v=29$ y la "t" crítica es igual a ± 2.045 para los casos de las comparaciones entre grupos diferentes

$$v = 58 \text{ y la "t" crítica igual a } \pm 2.000$$

$$v = N - 1$$

$$v = N_1 + N_2 - 2$$

CAPITULO V

RESULTADOS, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

*Bajo la luz de la conciencia
clara, todo,
incluso el miedo y el dolor
puede transformarse.
El amor y la conciencia curan
lo que tocan.
Recuerda que estás totalmente
vivo hasta el último instante
de tu vida.*

RESULTADOS Y SUGERENCIAS

RESULTADOS

Las reglas de decisión para los resultados en cada caso dirán:

a) Se acepta H_0 si el valor de la razón "t" obtenido es menor que "-2.045" o mayor que "+2.045".

b) Se rechaza H_0 y se acepta H_1 si el valor de la razón "t" obtenido es mayor que "-2.045" pero menor que "+2.045".

En base a las reglas de decisión, se obtuvo que:

H1 Se acepta la H_0 , por lo cual no existen diferencias significativas en el grado de depresión que tienen las personas VIH positivas después de haber asistido a un curso de información sobre VIH/SIDA.

H2 Se acepta la H_0 , por lo cual no existen diferencias significativas en el grado de ansiedad que tienen las personas VIH positivas después de haber asistido a un curso de información sobre VIH/SIDA.

PUNTUACIONES SIN Y CON CURSO, GRUPO 1 Y GRUPO 2

| | SIN CURSO | CON CURSO | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--------------|--------------|-------------|-------------|--------|--------|----------------|----------------|----------------|--------|----------------------|-------------------|
| | $\sum X_1^2$ | $\sum X_2^2$ | \bar{X}_1 | \bar{X}_2 | S_1 | S_2 | σ_{X_1} | σ_{X_2} | σ_{DIF} | t | t _{CRÍTICA} | Existe diferencia |
| BECK PRE-TEST | 32061 | 17123 | 29.9 | 22.433 | 13.217 | 8.216 | 2.454 | 1.526 | 2.889 | 2.584 | ±2.000 | SI |
| IDARE RASGO PRE-TEST | 93982 | 101924 | 55 | 57.333 | 10.379 | 10.506 | 1.927 | 1.951 | 2.743 | -0.850 | ±2.000 | NO |
| IDARE ESTADO PRE-TEST | 139523 | 119776 | 67.433 | 61.80 | 10.176 | 13.164 | 1.889 | 2.445 | 3.089 | 1.823 | ±2.000 | NO |
| BECK POST-TEST | 26236 | 17192 | 27.66 | 21.733 | 10.446 | 10.037 | 1.939 | 1.864 | 2.690 | 2.203 | ±2.000 | SI |
| IDARE ESTADO POST-TEST | 131805 | 121036 | 65.433 | 62.133 | 10.582 | 13.190 | 1.965 | 2.449 | 3.140 | 1.050 | ±2.000 | NO |

CUADRO 1

La interpretación de los resultados arrojan que en ambos grupos la media de depresión se ubica en el rango de depresión moderada, la cual aunque no llega a ser grave o extrema, si es de suma importancia tomarla en cuenta ya que es significativa.

Ahora como se puede observar en el cuadro 1 , en el grupo de personas que tomaron el curso, existe una diferencia en el pre-test y en el post-test de Beck; aún cuando no llega a ser significativa, considero oportuno mencionar dos aspectos para tratar de dar una explicación probable a esta:

1.- La diferencia se podría deber a que las personas que tomaron el curso, se encontraban menos deprimidas y fue por esto que aceptaron formar parte de él, a diferencia de las personas que no participaron, esto lo menciono ya que la diferencia que se muestra en el pre-test, es la misma que se mantiene en el post-test, una depresión menor aunque no significativa, en relación a las personas que no asintieron al curso.

Si tomamos en cuenta que en el capítulo de depresión en el 3.3. (Signos y Sintomas) se menciona que en la persona deprimida disminuye o se pierde el interés en diferentes actividades; se presenta una incapacidad de tomar decisiones, experimenta fatigabilidad física y mental y puede parecer cansado o desanimado e incluso apático, podemos decir que para que hayan tenido el interés, la fuerza física y mental para tomar la decisión de asistir a un curso de información sobre VIH/SIDA probablemente tuvieron que estar menos deprimidos que los que no aceptaron.

2.- Que las personas que participaron en el curso de información, desde el momento en que aceptaron formar parte de él su proceso de reajuste pudo hacerles imaginar que en dicho curso se les diría que hacer para no enfrentarse a el futuro que han percibido y que quizá no logren aceptar; esto es que de alguna forma encubierta y como también se menciona en el capítulo 3.3 (Signos y Sintomas), están solicitando apoyo emocional, afecto, confianza y atención y que desde que tuvieron conocimiento del grupo de información, ¿Que es?, ¿Quiénes lo integran? y ¿Quiénes lo darían?, sintieron que era lo que buscaban y esto pudo provocar una baja de depresión para el día que se aplico el pre-test y la misma se mantuvo para el post-test, ya sin existir variación entre uno y otro.

En lo respecta al IDARE Rasgo este solo se aplicó en una ocasión, el objetivo fue el de observar si existia diferencia significativa en la ansiedad como rasgo, entre el grupo de sujetos que tomaron el curso y los que no lo tomaron, como se puede observar no existe diferencia significativa, por lo que podemos decir que en lo que corresponde a la ansiedad rasgo iniciamos de una calificación standar.

En cuanto al pre-test y post-test del IDARE estado podemos decir que no existe deferencia significativa entre ellos, ni tampoco la existe entre las personas que tomaron el curso y las que no lo tomaron.

PUNTUACIONES PRE-TEST Y POST-TEST, CON CURSO Y SIN CURSO

| | PRE TEST | POST TEST | | | | | | | | |
|-------------------------------|------------|------------|-------------|-------------|------------|--------|----------------|--------|----------------------|-------------------|
| | $\sum X_1$ | $\sum X_2$ | \bar{X}_1 | \bar{X}_2 | $\sum D^2$ | S | σ_{DIF} | t | t _{CRÍTICA} | Existe diferencia |
| BECK SIN CURSO | 897 | 830 | 29.9 | 27.66 | 6295 | 14.312 | 2.657 | 0.841 | ±2.045 | NO |
| BECK CON CURSO | 673 | 652 | 22.433 | 21.733 | 3209 | 10.319 | 1.9161 | 0.3653 | ±2.045 | NO |
| IDARE ESTADO SIN CURSO | 2023 | 1963 | 67.433 | 65.433 | 7258 | 15.425 | 2.864 | 0.6982 | ±2.045 | NO |
| IDARE ESTADO CON CURSO | 1854 | 1864 | 61.8 | 62.133 | 6638 | 14.871 | 2.761 | -0.126 | ±2.045 | NO |

CUADRO 2

En el cuadro 2 se puede observar que no existe una diferencia significativa, en el pre-test y el post-test de ningún grupo.

Al observar que en general no existen diferencias significativas en el resultado que arrojaron los test al final del grupo de información, se podría pensar que el grupo cumple su función de informar, ya que al término de éste se aplicó un post-test y de acuerdo a los resultados observados, aún no se había dado cambio significativo alguno en la depresión o en la ansiedad de estos pacientes.

Cabe mencionar que el estudio que se llevo a cabo en esta tesis sólo abarca hasta que culminó el curso y se aplicó el post-test, no hubo seguimiento para poder corroborar si existió o no algún cambio significativo tiempo después.

Pero en base a los resultados obtenidos y a las lecturas realizadas, puedo deducir que este curso es totalmente adecuado y completo para informar al paciente VIH/SIDA sobre el proceso de la enfermedad en cuestión, los cuidados que se deben tener y tratamientos que existen para lograr una buena calidad de vida y algunas alternativas para su sexualidad, pero considero que se podrían agregar algunos elementos terapéuticos, para lograr el principal objetivo del Grupo de Información sobre VIH/SIDA para bajar la ansiedad y depresión en aquellas personas que participen en él.

PUNTUACIONES DEL TEST DE BECK

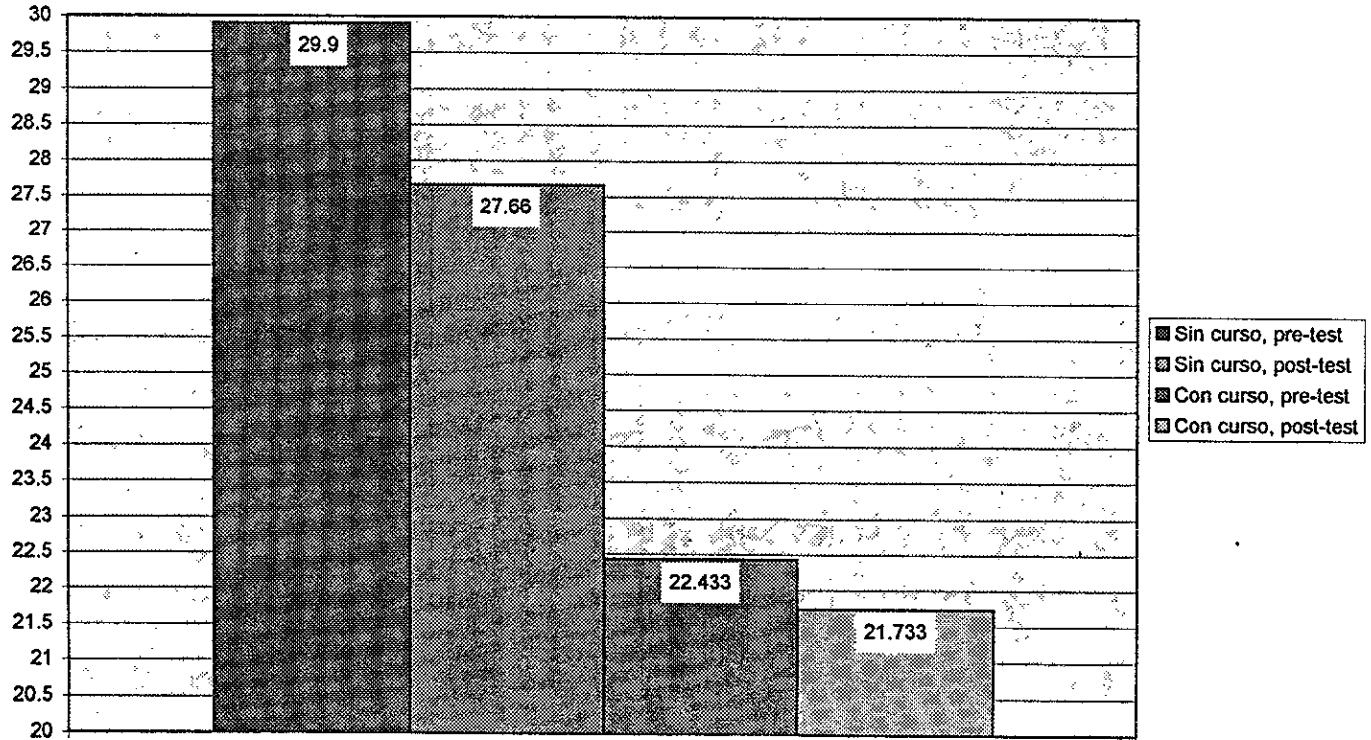


Gráfico 1

PUNTUACIONES DEL TEST IDARE

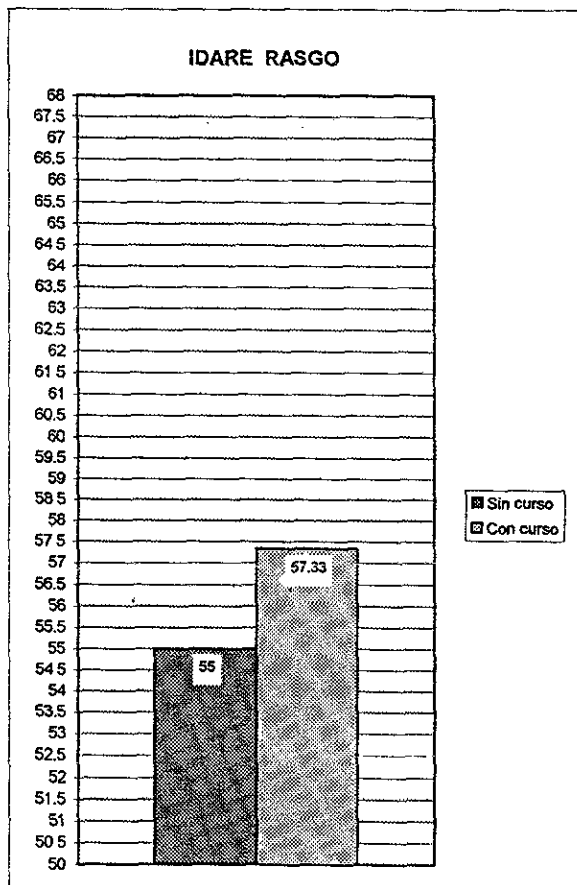


Gráfico 2

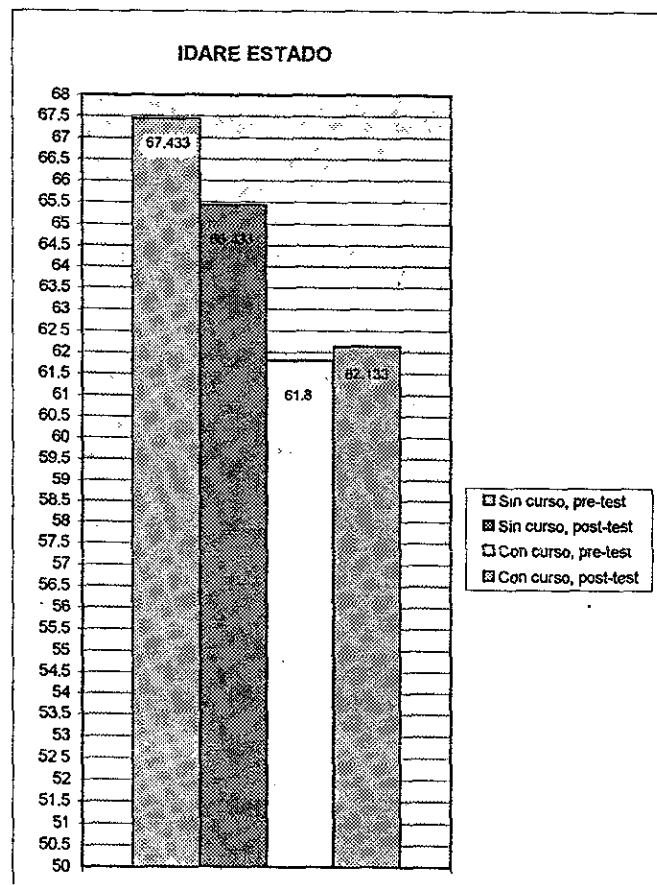


Gráfico 3

SUGERENCIAS

A lo largo de la realización de este estudio, se llevo a cabo la revisión de diversos textos, en los cuales pude observar la importancia que tiene la Intervención en Crisis y la Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia (P.B.I.U.), en este tipo de pacientes.

Remitiendodos al comentario que se encuentra en los Resultados, sobre de integrar algunos elementos terapéuticos al Grupo de Información sobre VIH/SIDA, creo que es conveniente que:

1.- CUANDO ALGUN PACIENTE VIH/SIDA SUFRE ALGUNA CRISIS DEBE HABER UNA INTERVENCION INMEDIATA POR PARTE DE LOS TERAPEUTAS.

El problema principal de una persona que sufre una crisis es que se siente incapaz de enfrentar la situación que provoca la misma en ese momento. La finalidad de prestar ayuda, es incitar a la persona a que tome medidas concretas hacia el enfrentamiento de la crisis, que incluye el manejo de sentimientos o componentes subjetivos de la situación, e iniciar el proceso de solución de problemas.

Esta primera intervención en crisis se puede dar de primer orden (primera ayuda psicológica) y de segundo orden (terapia multimodal en la crisis).

En lo que se refiere a la primera ayuda psicológica existen tres subobjetivos que son:

- * Proporcionar apoyo.
- * Reducir la mortalidad.
- * Proporcionar enlace a recursos de ayuda.

De la revisión de diversos modelos representativos de la intervención en crisis, se deduce que existe un elemento básico en ellos que es el de solución de problemas, rectificando las emociones intensas de las situaciones de crisis y surge un enfoque de cinco pasos que incluye:

I Hacer contacto psicológico.- Escuchar cuidadosamente, reflejar sentimientos y hechos, comunicar aceptación.

II Examinar las dimensiones del problema.- Formular preguntas abiertas, pedirle a la persona que sea concreta, evaluar la mortalidad.

III Explorar las soluciones posibles.- Estimular la inspiración súbita, abordar directamente los obstáculos, establecer prioridades.

IV Ayudar a tomar alguna acción concreta.- Tomar una medida a un tiempo, establecer objetivos específicos a corto plazo, confrontar cuando sea necesario, ser directivo si y sólo si debe serlo.

V. Registrar el proceso de seguimiento.- Realizar un contrato para el recontrato, evaluar etapas de acción.

2.- DESPUES QUE UN PACIENTE PASA POR LA INTERVENCION EN CRISIS, ES CONVENIENTE TENER UNA INTERVENCION DE SEGUNDO ORDEN O TERAPIA MULTIMODAL, CONSIDERO QUE PODRIA DARSE EN FORMA GRUPAL, SIEMPRE Y CUANDO NO HAYA MAS DE CINCO PERSONAS EN EL GRUPO.

La terapia multimodal en la crisis, recoge al paciente donde la primera ayuda psicológica lo deja de ayudar, en el proceso de reconstrucción de una vida destrozada por un suceso externo. Ahora hay que enfrentar a la persona al suceso de crisis de forma que se llegue

a integrar funcionalmente dentro de la estructura de la vida, dejando al paciente dispuesto a enfrentar el futuro, así resolviendo la crisis.

Aquí hay que realizar una valoración de los pacientes apreciando el funcionamiento de cinco subsistemas (perfil CASIC):

Conductual.

Afectivo.

Somático.

Interpersonal.

Cognoscitivo.

También es importante obtener información sobre:

- * Los sucesos precipitantes de la crisis.
- * Problema presente.
- * Contexto de la crisis.
- * Funcionamiento CASIC pre-crisis.
- * Funcionamiento CASIC crisis.

Se puede utilizar un cuestionario, para recolectar y resumir la información de la evaluación de forma estructurada.

En el tratamiento existen cuatro áreas para la resolución de la crisis:

- a) Supervivencia física en las consecuencias de la crisis.
- b) Expresión de sentimientos relacionados con la crisis.
- c) Dominio cognoscitivo de la experiencia completa.
- d) Adaptaciones conductuales/interpersonales requeridas para la vida futura.

El objetivo es ofrecer ayuda al instante aumentando la posibilidad de que la reorganización se dirija al crecimiento; preparando las energías terapéuticas para ayudar al paciente a prosperar a través de la crisis, integrar el suceso de crisis dentro de la estructura de la vida y continúe con el deber de vivir.

Para conocer las actividades del paciente y las posibles estrategias terapéuticas ver anexos 2 y 3.

Se debe estimar el progreso de la tarea en cada sesión, y el esfuerzo para realizar algún progreso para cada tarea durante cada sesión.

para designar las energías terapéuticas debe ser considerado lo siguiente:

- * Los problemas sobresalientes en ese momento para el paciente.
- * Que es lo más fácil de tratar, iniciar con éxito puede aumentar la autoconfianza y movilizar la energía para enfrentar otras áreas más difíciles.
- * Buscar la actividad de la resolución de la crisis ya que explica la mayor variación en la desorganización del paciente; puede darse la necesidad de un cambio conductual por parte del paciente.
- * Atención dedicada en las primeras sesiones de la terapia en crisis a cualquier actividad que, si se olvida, puede reducir la opción del paciente en las semanas, meses y años subsiguientes.

El seguimiento puede ser de unas semanas a seis meses o un año.

3.- SERIA IMPORTANTE UTILIZAR ALGUN ENFOQUE COMO LA TERAPIA DE MODIFICACION COGNOSCITIVA PARA AYUDAR AL PACIENTE A LLEVAR A CABO ALGUN ASPECTO PARTICULAR DE UNA DE LAS TAREAS DE LA RESOLUCION DE CRISIS.

La perspectiva cognoscitiva, proporciona la vía más clara para la comprensión del porque un suceso conduce a la crisis, enfocandose sobre tres tipos de actividades del paciente:

1.- Obtener una comprensión basada en la realidad del suceso de crisis, está actividad actúa como una medida importante hacia la comprensión y, en algunos casos de sublimar el suceso, con el propósito de conseguir el material doloroso pasado.

2.- Comprensión del significado del sujeto, como choca con las expectativas y los mapas cognoscitivos, propósitos de la vida/sueño, y creencias religiosas. El terapeuta se debe dirigir a generar información considerable sobre la evidencia cognoscitiva de modo que se incremente la probabilidad de que el paciente extraiga conclusiones por él mismo, o ser receptivo a la interpretación del terapeuta, para tratar de conseguir algún Insight dentro del porque el suceso se experimento como crisis.

3.- La tercera actividad involucra reconstruir, reestructurar y reubicar conocimientos, imágenes y sueños que se destruyeron por el suceso de crisis.

Todo esto es en lo referente a la Intervención en Crisis.

4.- AHORA EN LO QUE SE REFIERE ESPECIFICAMENTE AL GRUPO DE INFORMACION SOBRE VIH/SIDA Y LA P.B.I.U., SE SUGIERE SE COMPLEMENTEN ENTRE SI PARA LOGRAR UN RESULTADO MAS POSITIVO DEL QUE PODRIAN OBTENER POR SEPARADO, ESTO ES, HACIENDO ALGUNOS CAMBIOS EN CADA UNO DE ELLOS PARA OBTENER EL OBJETIVO PRINCIPAL DE ESTE TRABAJO; DISMINUIR LA ANSIEDAD Y LA DEPRESION EN PACIENTES VIH POSITIVOS.

Estamos hablando de que queremos un tratamiento que impida que la crisis evolucione a una desadaptación grave que puede crear

conflictos serios y/o crónicos; sugiero que:

1.- La persona que maneje este Grupo tiene que ser un profesional experimentado, porque requiere el empleo total e inmediato de todas sus capacidades y estar conciente de lo valioso de su trabajo.

2.- Ya que en el grupo participan diversos profesionales de la salud, sería indispensable la presencia del terapeuta en cada una de las sesiones.

3.- Que los grupos no sean mayores de cinco participantes, ya que al incluir elementos terapéuticos, con este tipo de pacientes se pueden pasar por alto diversos aspectos si los grupos son más grandes.

4.- Que el curso se imparta en ocho sesiones, de cincuenta minutos cada una y que exista un seguimiento, ya que si observamos que el grupo de información consta de cuatro sesiones y la P.B.I.U. de una a seis, en ocho sesiones se tendría el tiempo adecuado para que el terapeuta perciba todas las cosas significativas que se hablen y

casi simultaneamente decida cual es la intervenci3n m3s adecuada para el grupo, evaluando las fuerzas, las circunstancias de la vida real y las condiciones del Yo de cada uno de los participantes y en torno a esto tratar de crear el Insight en ellos.

5.- Ir conjuntando tanto la informaci3n del grupo, como los elementos terap3uticos para que en cada sesi3n el terapeuta, el m3dico y los otros profesionales de la salud que participen, sepan a que puntos dar m3s fuerza en la sesi3n que continua.

6.- hay que delinear el curso tomando en cuenta que:

* Lo m3s importante es entender a los pacientes desde todos los puntos de vista e introducir las variables que lograr3n la adaptaci3n m3s eficaz.

* Saber el porque decidieron asistir al curso y cuando inicio su problema en su pasado inmediato.

* Tomar en cuenta que los sntomas son intentos de resolver el problema, conformados de ansiedad, conflicto y deficit; entonces el tratamiento es un intento de ayudar a la persona a lograr recursos para enfrentar la realidad con los conflictos que existen entre esta y las fantasias.

* Enfocarse en lo que ha sido aprendido en forma deficiente y que necesita ser desaprendido y reaprendido.

7.- Ya hablando de las sesiones en particular, de acuerdo al mismo esquema que tiene el grupo de informaci3n, sugiero una sesi3n de informaci3n, con integraci3n de elementos terap3uticos y la siguiente que sea reafirmaci3n de conocimientos, enlace de sesiones y manejo terap3utico.

No olvidando lo importante de una transferencia positiva; de la alianza terapéutica, explicando a los participantes que el éxito del grupo depende en gran medida de la habilidad por parte de ellos, para trabajar en alianza con el terapeuta y el contrato terapéutico que se establece en la primera sesión delineando y formulando a los participantes los puntos importantes de la terapia, lo que va a hacer, como se va a hacer, que va a hacer el paciente y que el terapeuta, en cuanto tiempo, que se espera del grupo y en caso de necesitar otro tipo de ayuda como se va a contactar con esta, entre otras cosas.

8.- En la sexta y séptima sesión habría que hablar sobre la terminación del grupo y la reacción de los participantes a esta, se irán llenando espacios necesarios y enfocando áreas específicas.

9.- En la octava sesión, sería importante hacer un repaso total y trabajar con algún material adicional que se obtenga, en especial en lo referente a la terminación del grupo y a otros planes. Se haría la petición al grupo de que continúen en contacto para el seguimiento.

10.- El seguimiento tiene que efectuarse para revisar los logros terapéuticos y hacer algunos cambios dependiendo de las necesidades del o los pacientes, este seguimiento puede ser de forma individual o un grupo, según el terapeuta lo crea conveniente.

VI. — ANEXOS

ANEXO 1 TEST BECK E IDARE

IVENTARIO DE LA DEPRESION DE BECK

1. 0 No me siento triste.
1 Me siento triste.
2 Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza.
3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.

2. 0 No me siento especialmente desanimado/a ante el futuro.
1 Me siento desanimado/a con respecto al futuro.
2 Siento que no tengo nada que esperar.
3 Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

3. 0 No creo que sea un fracaso.
1 Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
2 Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
3 Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

4. 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
1 No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
2 Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada.
3 Estoy insatisfecho/a o aburrido/a de todo.

5. 0 No me siento especialmente culpable.
1 Me siento culpable una buena parte del tiempo.
2 Me siento bastante culpable casi siempre.
3 Me siento culpable siempre.

6. 0 No creo que esté siendo castigado/a.
1 Creo que puedo ser castigado/a.
2 Espero ser castigado/a.
3 Creo que estoy siendo castigado/a.

7. 0 No me siento decepcionado/a de mí mismo/a.
1 Me he decepcionado/a a mí mismo/a.
2 Estoy disgustado/a conmigo mismo/a.
3 Me odio.

8. 0 No creo ser peor que los demás.
1 Me critico por mis debilidades o errores.
2 Me culpo siempre por mis errores.
3 Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. 0 No pienso en matarme.
1 Pienso en matarme pero no lo haría.
2 Me gustaría matarme.
3 Me mataría si tuviera la oportunidad.
10. 0 No lloro más que de costumbre.
1 Ahora lloro más de lo que solía hacer.
2 Ahora lloro todo el tiempo.
3 Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.
11. 0 Las cosas no me irritan más que de costumbre.
1 Las cosas me irritan un poco más que de costumbre.
2 Estoy bastante irritado/a o enfadado/a una buena parte del tiempo.
3 Ahora me siento arritado/a todo el tiempo.
12. 0 No he perdido el interés por otras personas.
1 Estoy menos interesado/a en otras personas que de costumbre.
2 He perdido casi todo mi interés por otras personas.
3 He perdido todo mi interés por otras personas.
13. 0 Tomo decisiones casi como siempre.
1 Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
2 Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
3 Ya no puedo tomar más decisiones.
14. 0 No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
1 Me preocupa el hecho de parecer viejo/a sin atractivos.
2 Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo/a.
3 Creo que me veo feo/a.
15. 0 Puedo trabajar también como antes.
1 Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo.
2 Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
3 No puedo trabajar en absoluto.
16. 0 Puedo dormir tan bien como siempre.
1 No duermo tan bien como solía hacerlo.
2 Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormirme.
3 Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormirme.

17. 0 No me canso más que de costumbre.
1 Me canso más fácilmente que de costumbre.
2 Me canso sin hacer casi nada.
3 Estoy demasiado cansado/a para hacer algo.
18. 0 Mi apetito no es peor que de costumbre.
1 Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
2 Mi apetito está mucho peor ahora.
3 Ya no tengo apetito.
19. 0 No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo,
últimamente.
1 He rebajado más de dos kilos y medio.
2 He rebajado más de cinco kilos.
3 He rebajado más de siete kilos y medio.
20. 0 No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
1 Estoy preocupado/a por problemas físicos como, por ejemplo,
dolores, molestias estomacales o estreñimientos.
2 Estoy muy preocupado/a por problemas físicos y me resulta
difícil pensar en cualquier otra cosa.
3 Estoy tan preocupado/a por mis problemas físicos que no puedo
pensar en ninguna otra cosa.
21. 0 No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el
sexo.
1 Estoy menos interesado/a en el sexo de lo que solía estar.
2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
3 He perdido por completo el interés por el sexo.

COMO INTERPRETAR EL INVENTARIO DE LA DEPRESION DE BECK.

Se suman los puntos correspondientes a cada uno de los 21 reactivos y se obtiene el total.

El total más alto posible de todo el test será de sesenta y tres y la puntuación más baja posible del test será cero.

Ahora se puede evaluar la depresión tomando como guía la siguiente tabla.

| PUNTUACION TOTAL | NIVELES DE DEPRESION |
|------------------|-------------------------------------------|
| 1-10 | Estos altibajos son considerados normales |
| 11-16 | Leve perturbación del estado de ánimo |
| 17-20 | Estados de depresión intermitentes |
| 21-30 | Depresión moderada |
| 31-40 | Depresión grave |
| Más de 40 | Depresión extrema. |

Inventario de Autoevaluación

por

C. D. Spielberg, A. Martínez-Urrutía, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

| | NO EN LO ABSOLUTO | UN POCO | BASTANTE | MUCHO |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------|----------|-------|
| 1. Me siento calmado | ① | ② | ③ | ④ |
| 2. Me siento seguro | ① | ② | ③ | ④ |
| 3. Estoy tenso | ① | ② | ③ | ④ |
| 4. Estoy contrariado | ① | ② | ③ | ④ |
| 5. Estoy a gusto | ① | ② | ③ | ④ |
| 6. Me siento alterado | ① | ② | ③ | ④ |
| 7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo | ① | ② | ③ | ④ |
| 8. Me siento descansado | ① | ② | ③ | ④ |
| 9. Me siento ansioso | ① | ② | ③ | ④ |
| 10. Me siento cómodo | ① | ② | ③ | ④ |
| 11. Me siento con confianza en mí mismo | ① | ② | ③ | ④ |
| 12. Me siento nervioso | ① | ② | ③ | ④ |
| 13. Me siento agitado | ① | ③ | ③ | ④ |
| 14. Me siento "a punto de explotar" | ① | ② | ③ | ④ |
| 15. Me siento reposado | ① | ② | ③ | ④ |
| 16. Me siento satisfecho | ① | ③ | ③ | ④ |
| 17. Estoy preocupado | ① | ② | ③ | ④ |
| 18. Me siento muy excitado y aturdido | ① | ② | ③ | ④ |
| 19. Me siento alegre | ① | ② | ③ | ④ |
| 20. Me siento bien | ① | ② | ③ | ④ |

IDARE

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

| | CASI NUNCA | ALGUNAS VECES | FRECUENTEMENTE | CASI SIEMPRE |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------|----------------|--------------|
| 21. Me siento bien | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Me canso rápidamente | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Siento ganas de llorar | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Me siento descansado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada" | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Tanto que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Soy feliz | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. Tomo las cosas muy a pecho | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Me falta confianza en mí mismo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Me siento seguro | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. Me siento melancólico | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. Me siento satisfecho | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. Soy una persona estable | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado | 1 | 2 | 3 | 4 |

IDARE

CLAVE DE CALIFICACION

Forma SXE

| | CASI NADA | ALGO | MODERADO | MUCHO |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------|----------|-------|
| 1. Asegúrese que tiene el lado correcto de ésta clave sobre la hoja de la prueba. Después simplemente sume las calificaciones de pesos que se muestran sobre la clave para cada categoría de respuestas. Una simple calculadora de escritorio o contador manual harán la labor más sencilla, pero puede hacerse mentalmente. Refiérase al manual para datos normativos apropiados | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 20. | 4 | 3 | 2 | 1 |

© El Manual Moderno, S.A., 1975

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en un sistema de recuperación o transmitida en cualquier forma o por cualquier medio electrónico, mecánico, fotocopia, grabación, etc., sin permiso por escrito de la editorial.



All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise without permission in writing from the publisher.

IDARE

CLAVE DE CALIFICACION

Forma SXR

| | CASI NUNCA | A VECES | A MENUDO | CASI SIEMPRE |
|-----|------------|---------|----------|--------------|
| 21. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 22. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 27. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 28. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 31. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 34. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 37. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 40. | 1 | 2 | 3 | 4 |

ANEXO 2

GUIA DE ACTIVIDADES

PRIMERA SESION: FASES DEL PADECIMIENTO.

Presentación.

Dado que esta es la primera sesión, conviene aprovechar la presentación de los participantes para abrir el tema. La presentación deberá hacerse motivándolos a expresar sus expectativas en cuanto al trabajo que desarrollarán. Conocer las expectativas grupales es un material sumamente útil para los coordinadores, pues podrán saber qué forma hay que dar al contenido para que el grupo pueda reconocerlo como aquello que está buscando.

El psicólogo motivará al grupo, mientras el médico toma nota de las participaciones.

Una vez que los participantes han mencionado sus expectativas, el psicólogo indicará las reglas del juego (encuadre) bajo el que se sugiere trabajar:

ENCUADRE:

- Duración aproximada de las sesiones: 2:30 hrs.
- Tema de cada sesión.
- Metodología de trabajo: participación grupal. Sólo en la medida en que el grupo participe se logrará un funcionamiento adecuado. El grupo depende del grupo, no de los coordinadores.
- Confidenciabilidad: lo que suceda dentro del grupo no saldrá del grupo mismo. Un grupo se fortalece mientras más secretos y códigos grupales maneja de manera exclusiva.

- Anonimato: La necesidad de dar un nombre corresponde a requisitos grupales y de comunicación, pero no están obligados a dar su nombre verdadero.

- Respeto: Se evitarán nociones de correcto-incorreto y juicios de valor sobre las posturas de otra persona. Se considerará que todas las opiniones son válidas. También se considerará válido el que no se logre un acuerdo grupal entre diferentes concepciones.

- Comunicación: El valor más grande que un grupo de tan poca duración puede construir es una comunicación fluida, abierta, sin represas y directa.

1) Lluvia de preguntas.

Una vez que el grupo tenga claro el encuadre bajo el que trabajará, el psicólogo pasa a la primer fase de la sesión invitándolos a formular todas las preguntas que tengan en torno al tema Fases del Padecimiento, bajo la siguiente consigna:

"No queremos aburrirlos hablando de cosas que a lo mejor ustedes ya conocen, así que sería bueno saber, a través de sus preguntas, qué temas son los más inquietantes, qué cosas sería importante conocer o checar en cuanto al tema de hoy: Proceso de la enfermedad."

Cuando un grupo inicia su proceso suele suceder que haya cierta resistencia. En caso de ser así conviene plantear, sin tonos persecutorios, preguntas tales como:

- A ver, revisemos un poco los conocimientos que tenemos en torno al tema. ¿Estamos seguros de tener clara toda la información?.

- De entre los comentarios que a veces nos llegan, ¿no hay información contradictoria?

- ¿Sabemos distinguir entre síntomas de otro origen y síntomas causados por el proceso de la enfermedad?.

Los comentarios del grupo deben ser organizados por el médico de acuerdo a las diferentes fases de la enfermedad. Mientras el psicólogo conduce la participación del grupo, el médico coloca los comentarios y preguntas dentro de los seis listados que se tengan de acuerdo con la fase a la que pertenezcan, a fin de agilizar el trabajo grupal.

Conviene tener en cuenta que el grupo puede llegar a vertir aspectos no sólo médicos, sino también psicológicos e incluso de cualquier otra índole. Dentro de esta sesión , sólo se tratarán las facetas médicas y psicológicas; cualquier otra aportación (legal, familiar, social, etc) quedará anotada para la sesión 2 o 3

TIEMPO: 30'

2) Búsqueda de respuestas.

Una vez agotadas las aportaciones grupales, se dividirá al grupo en seis equipos, solicitando que cada uno de ellos escoja un listado de preguntas y comentarios para trabajar.

Aunque lo ideal es conformar equipos de trabajo cuyo número de miembros sea impar, y que todas las fases sean escogidas una sola vez, es preferible dejar al grupo en libertad de cambiar estas condiciones. Por lo tanto, no importa si una fase no es escogida o si otra es seleccionada más de una vez. En todo caso, este hecho resultará revelador de la relación grupal con las implicaciones de esa fase.

El equipo se organizará interiormente para realizar el trabajo. Es posible que nombre un coordinador de la discusión, un redactor que tome nota de las aportaciones y las sistematice, un representante que las lea en plenaria, etc.

TIEMPO: 30'

3) Exposición en plenaria. 5) Puntualización de la temática.

Los representantes de cada equipo leerán en plenaria las conclusiones de su trabajo. El médico irá interviniendo para precisar, aclarar o corregir las aportaciones de cada equipo.

La información pertinente para este momento de la sesión es la siguiente:

Información Médica: Fases biológicas de la enfermedad, sintomatología general y criterios para diferenciar entre la sintomatología de la enfermedad y la causada por otras razones, repercusiones psicológicas del proceso físico, fases psicológicas de la enfermedad.

El psicólogo tomará nota del tipo de participación a fin de aportar elementos que faciliten el asumir con mayor profundidad la información durante la fase siguiente:

TIEMPO: 60'

4) Devolución de la información.

El psicólogo señala aquellos puntos que el grupo no ha enfrentado de manera directa, aquellos que ha encarado fácilmente, etc., resumiendo el actuar grupal durante la sesión.

TIEMPO. 10'

SEGUNDA SESION: CUIDADOS QUE DEBE TENER UNA PERSONA SEROPOSITIVA.

La sesión dará inicio a los participantes que hagan un recuento verbal de lo sucedido durante la reunión anterior. Es importante observar qué puntos han quedado fijados con mayor profundidad y firmeza, cuales necesitan ser apuntalados y cómo ha recibido el grupo la información (que impacto profundo ha sucedido). Una vez que los participantes hayan expresado sus comentarios, los coordinadores sistematizan (ordenan cronológica o temáticamente) y devuelven al grupo sus aportaciones, cuidando de aclarar aquellos puntos que no estén precisos.

TIEMPO: 20'

1) Lluvia de preguntas.

Desde la sesión anterior se ha conformado un listado de las fases de la enfermedad. Retomando este material, el coordinador motivará al grupo para que exprese qué se puede hacer frente a cada uno de los síntomas de la enfermedad. Toda participación deberá ser anotada en la parte correspondiente a fin de formar un mosaico síntoma-precauciones.

La efectividad de tal o cual actitud no será discutida en este momento; simplemente el grupo vierte la información con que cuenta. Es importante delimitar que los cuidados, tema de esta sesión, se consideran diferentes de los tratamientos, tema de la siguiente sesión.

TIEMPO. 30'

2) Búsqueda de respuestas.

De acuerdo con los cuatro subtemas de cuidados: Físicos, psicológicos, familiares-sociales y legales; el grupo se dividirá

según los intereses de cada uno de los participantes. Los equipos organizarán su trabajo bajo la siguiente:

GUIA DE DISCUSION

A) Ordenar progresivamente de mayor a menor importancia las formas de cuidado (tiempo 10').

B) Especificar en cada una que aspectos es importante considerar para tomar decisiones al respecto (tiempo 20').

C) Enlistar aquellas organizaciones (gubernamentales o no) que puedan brindar cualquier tipo de apoyo (tiempo 10').

TIEMPO: 40'

3) Exposición en plenaria y 5) Puntualización de la temática

Cada equipo expondrá en plenaria su trabajo, cuya información será precisada por los coordinadores. La guía básica de los coordinadores en cuanto a cuidados es:

Físicos:

Aseo.

Hábitat.

Hábitos.

Revisiones médicas.

Alimentación.

Descanso.

Ejercicio.

Alcohol-droga-tabaco.

Medicación-automedicación.

Psicológicos:

Estrés.

Depresión.

Cambio de actitudes y perspectivas.

Importancia del "aquí y el ahora".

Apoyos psicoterapéuticos.

Familiares-sociales: Como saber con quien compartir.
Pros y contras de que la familia se entere.
Pros y contras de que los amigos, compañeros
de trabajo, sociedad se enteren.
Grupos de apoyo.

Legales: Derechos humanos.
Derechos inalineables de los mexicanos.
Art.119 bis.
Fraudes e injusticias más comunes contras las
personas que viven con VIH.
Listado de asesores legales.

Los participantes recibirán un listado de las organizaciones y personas que puedan brindar algún tipo de apoyo (Área en que podría apoyar, nombre, dirección, teléfono, horario y persona con quien dirigirse.)

TIEMPO: 50'

4) Devolución de información.

El psicólogo devuelve la información al grupo, señalando los posibles significados de haberse detenido con mayor o menor profundidad ante

determinado tema, y haciendo notar los emergentes surgidos durante esta sesión.

TIEMPO: 10'

TERCERA SESION: TRATAMIENTOS

La sesión dará inicio a los participantes que hagan un recuento verbal de lo sucedido durante la reunión anterior. Es importante observar que puntos han quedado fijados con mayor profundidad y firmeza, cuales necesitan ser apuntalados y cómo ha recibido el grupo la información (que impacto profundo ha sucedido). Una vez que los participantes hayan expresado sus comentarios, los coordinadores sistematizan (ordenan cronológica o temáticamente) y devuelven al grupo sus aportaciones, cuidando de aclarar aquellos puntos que no estén precisos.

TIEMPO: 20'

1) Lluvia de preguntas.

Se pedirá a los participantes que enumeren todos los tratamientos que conocen, sean alopáticos, o de cualquier otra escuela médica (medicina tradicional, alternativa, homeopatía, etc.) Los coordinadores los escribirán agrupándolos en la medida de lo posible en conjuntos definidos de acuerdo con las diferentes escuelas de medicina. A continuación se pedirá a los participantes que definan someramente la lógica fundamental que anima a cada escuela de medicina.

TIEMPO: 30'

2) Búsqueda de respuestas.

Se dividirá al grupo en equipos de trabajo de acuerdo con las escuelas de medicina para llenar el siguiente formato:

EJEMPLO:

Escuela De Medicina: Alopática, homeopática, naturista, macrobiótica, acupuntura, hidroterapia, tradicional, etc.

Lógica Fundamental: Homeopatía= inocular la enfermedad para incrementar las defensas naturales, etc.

Tratamiento I: AZT

Aplicación: 2 mgr. cada 8 hrs.

Efecto Principal: antiviral

Efectos Secundarios:

Observaciones:

Precio:

Lugar donde se consigue:

Nivel en que se encuentra su experimentación:

Resultados observados en pacientes:

Tratamiento II: (idem) etc.

TIEMPO: 45'

3) Exposición en plenaria y 5) puntualización de la temática.

Cada representante de equipo expondrá frente al grupo los resultados de su trabajo. Los coordinadores precisan la información resultante del trabajo grupal.

TIEMPO. 45'

4) Devolución de la información.

El psicólogo devuelve la información al grupo, señalando los posibles significados de haberse detenido con mayor o menor profundidad ante determinado tema, y haciendo notar los emergentes surgidos durante esta sesión.

TIEMPO: 10'

CUARTA SESION: SEXO SEGURO

La sesión dará inicio pidiendo a los participantes que hagan un recuento verbal de lo sucedido durante la reunión anterior. Es importante observar qué puntos han quedado fijados con mayor profundidad y firmeza, cuales necesitan ser apuntalados y cómo ha recibido el grupo la información (que impacto profundo ha sucedido). Una vez que los participantes hayan expresado sus comentarios, los coordinadores sistematizan (ordenan cronológica o temáticamente) y devuelven al grupo sus aportaciones, cuidando de aclarar aquellos puntos que no estén precisos.

TIEMPO: 20'

1) Lluvia de preguntas

Se invita a los participantes a que formulen todas sus dudas en torno a lo que es el Sexo Seguro. Conviene "leer" la actitud grupal frente al tema, ya que es probable que haya cierta reticencia profunda para aceptar esta estrategia como alternativa de continuar con una vida sexual activa.

TIEMPO: 20'

2) Búsqueda de respuestas, 3) Exposición en plenaria, 4) Puntualización de la información y 5) Devolución de la información.

Se sugiere que en esta sesión no haya división en equipos, ya que es la última, además de haber trabajado las tres anteriores bajo este modelo. En caso de que el grupo lo requiera, se adaptará la propuesta a sus necesidades, pudiendo realizarse nuevamente un trabajo por equipo bajo los lineamientos señalados para las otras sesiones. La propuesta para esta sesión es que grupalmente se discutan los siguientes tópicos:

¿Qué es la sexualidad?

¿Conviene a una persona que vive con VIH continuar su vida sexual activa?

¿Qué cuidados es importante observar?

¿Cuál es la lógica fundamental del sexo seguro?

¿Cómo ha cambiado su relación con la sexualidad a partir de saber su seropositividad?

¿Cuales son las técnicas básicas del sexo seguro?

¿Cómo se usa el condón?

¿Cuales son las estrategias más comunes para convencer a una pareja sexual reticente a usar condón?

TIEMPO: 60'

EVALUACION FINAL DEL GRUPO DE INFORMACION

Se invita al grupo a llenar un pequeño cuestionario individual de evaluación cuantitativa donde calificarán de 1 a 10 diversos aspectos del taller. Una vez que ha sido llenado, se les invita a verbalizar su experiencia durante las cuatro sesiones. Los coordinadores toman nota de esta información cualitativa para su

posterior análisis conjunto de los resultados de la evaluación cuantitativa.

TIEMPO: 25'

CIERRE DEL GRUPO

Cierre de todos aquellos aspectos psicológicos que hayan podido salir a la luz (emergentes).

Canalización terapéutica (médica y/o psicológica) de aquellos participantes que lo requieren, realizada con la discreción pertinente.

Invitación a que los mismos participantes promuevan entre sus conocidos el siguiente Grupo de Información (dar fecha, horario y lugar).

Agradecimientos.

TIEMPO: 25'

ANEXO 3:

CUATRO TAREAS DE LA RESOLUCIÓN DE LA CRISIS

| Tarea | Modalidad | Actividades del paciente | Estrategias terapéuticas |
|-------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Supervivencia física | Somática | a. Preservar la vida (Prevenir el suicidio, homicidio) b. Mantener la salud física | a. Ofrecer la primera ayuda psicológica b. Consultar con el paciente sobre nutrición, ejercicio y relajamiento (Por ejemplo: entrenamiento autogénico, biorretroalimentación, control de la respiración, relajamiento muscular profundo, dieta y nutrición, masaje, control del dolor, ejercicio físico y yoga) |
| Expresión de sentimientos | Afectiva | a. Identificar y b. Expresar sentimientos relacionados con la crisis de una manera socialmente adecuada | a. Discusión del suceso de crisis, con particular atención en cómo se siente el paciente en diversos aspectos de la crisis (Por ejemplo: escuchar activo, establecer una relación terapéutica, afecto inducido) b. Educar al paciente sobre el papel de los sentimientos en el funcionamiento psicológico completo y estimular formas adecuadas de expresión (Por ejemplo: control de la cólera, expresión, desafíos, manejo de la ansiedad, "silla vacía", meditación, entrenamiento para la inoculación del estrés) |
| Domínio cognoscitivo | Cognoscitiva | a. Desarrollar la comprensión basada en la realidad del suceso de crisis b. Comprender la relación entre el suceso de crisis y las creencias del paciente, expect., "asuntos incompletos", imágenes, sueños y objetivos para el futuro c. Adaptación/cambio de creencias, autoimagen y planes futuros bajo la luz del suceso de crisis | a. Revisión del suceso de crisis y circunstancias circundantes (Por ejemplo: solución del problema) b. Discutir los pensamientos pre-crisis y expectativas, planes e impacto del suceso en cada una de estas áreas (Por ejemplo: terapia racional emotiva) c. Ayudar al paciente en la adaptación de creencias, expectativas y diálogo interno (Por ejemplo: biblioterapia, reestructuración cognoscitiva, toma de decisiones, tareas, diálogo interno dirigido, hipnosis, imaginación, implosión, técnicas paradójicas, autoayuda, detención de pensamientos) |
| Adaptaciones conductuales/interpersonales | Conductual, interpersonal | a. Realizar cambios en los patrones diarios de trabajo, juego y relaciones con la gente bajo la luz del suceso(s) de crisis | a. Revisar con el paciente los cambios que puedan requerirse en cada una de las principales tareas; utilice sesiones de terapia, asignación de tareas y cooperación del sistema social, facilitar el cambio en cada tarea (Por ejemplo: orientación anticipada, entrenamiento asertivo, conducta de ensayo, terapia familiar, retroalimentación, asignación de tareas, "asiento caliente", entrenamiento de habilidades interpersonales, terapia marital, modelamiento, encadenamiento, técnicas paradójicas, "role-playing", autoayuda, desensibilización sistemática) |

VII.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Beck A:T:, Hollon S.D., Teoría Cognitiva de la Depresión. Bilbao.: Desclee de Brouwer,1983.
- 2.- Bitter Wilhelm; Angustia y Pecado. Salamanca España.: Sigueme, 1969.
- 3.- Burns David; Sentirse Bien: Una Nueva Fórmula Contra las Depresiones. México D.F.: Paidós, 1991.
- 4.- Calderón N. Guillermo; Depresión: Causas Manifestaciones y Tratamiento.: 1984.
- 5.- Calle A. Ramiro; Ante la Ansiedad: Técnicas de Autoayuda Para Superar la Angustia y el Estrés. Barcelona España.: Urano,1990.
- 6.- Cameron Norman Alexander; Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad. México D.F.: Trillas, 1990.
- 7.- Carrillo Elvira, Carrillo H; Información Básica Para Voluntarios. México D.F CONASIDA; EEUU San Fco. SFAF.
- 8.- Castro Luis; Diseño Experimental sin Estadística. México D.F.: Trillas, 1990.
- 9.- Conde B. Franz; Análisis Funcional de la Ansiedad. Caracas Venezuela.: Tesis UCV, 1975.
- 10.- Courcoce M.; Evaluation of Eight ELISA Kits for the Defection of Anti-LAV/HTLV-III Antibodies. The Lancet.: 1986.
- 11.- Cruz P., Martínez L., Pelayo.; Actitud Sexual Ante el SIDA. Mexico D.F. : Tesis UNAM, 1991.

- 12.- Del Rio Ch., Henández T., Uribe Z.; Guía Para la Atención Domiciliaria de Personas que Viven con VIH/SIDA. México D.F.: CONASIDA, 1993.
- 13.- Derechos Humanos; Informe de una Consulta Internacional Sobre SIDA y los Derechos Humanos. Ginebra Suiza.: Naciones Unidas, 1989.
- 14.- Fernandez L. Antonio; Tesina El Comportamiento Sexual en Estudiantes Universitarios: de la Revolución Sexual a la Era del SIDA. México D.F.: UIA, 1992.
- 15.- Freedman M. Alfred, Kaplan, Sadock; Compendio de Psiquiatría. Barcelona España.: Salvat Editores.
- 16.- Freud,S; Duelo y Melancolía Obras Completas. Buenos Aires Argentina.: Amorrortu,1979.
- 17.- Grinberg León; Culpa y Depresión, Estudio Psicoanalítico.
- 18.- Grmek Mirko; Historia del SIDA. México D.F.: Siglo Veintiuno, 1992.
- 19.- Hediger H; La Angustia. Zurich Alemania.: Jung-Institut, 1960.
- 20.- Hintz Sonya, Kuck, Peterkin, et al.; Depression in the Context of Human Immunodeficiency Virus Infection: implications for treatment. Journal Clinique Psychiatry, 1990.
- 21.- Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica; Situación del SIDA en México, Boletín Mensual de SIDA/ETS. México D.F.: 1996.
- 22.- Jackson Stanley; Historia de la Melancolía y la Depresión: Desde los Tiempos Hipocráticos a la Epoca Moderna. Madrid España.: TURNER,1989.

- 23.- Jacobson Edith; Depresión: Estudios Comparativos de Condiciones Normales, Neuróticas y Psicóticas. Buenos Aires Argentina.: Amorroutu, 1990.
- 24.- Laplanche J., Pontalis J.B.; Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona España.: Labor, 1983.
- 25.- Lars Freden; Aspectos Psicosociales de la Depresión . México D.F.: FCE, 1982.
- 26.- Lea Ann,Kagan; Tesina Respuesta Inmune y Grado de Depresión. México D.F.: UIA,1993.
- 27.- Lifshitz, Quiñones A., Romero G.; Diagnóstico de las Infecciones por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. México D.F.: Gaceta Médica Mexicana, 1987.
- 28.- López M. Alma Azucena; Tesis Mecanismo de Negación y su Relación con la Infección por el VIH. México D.F.: UNAM, 1991.
- 29.- Merani L. Alberto; Diccionario de Psicología. Barcelona España.: Grijalbo, 1986.
- 30.- Mexicanos Contra el SIDA; Estilos de Vida y Cuidados Especiales para Personas que Viven con VIH. México D.F.: 1993.
- 31.- Miller David, Viviendo con SIDA y VIH. México D.F.: Manual Moderno, 1989.
- 32.- Miller David, Weber, Green; Atención de pacientes de SIDA. México D.F.: Manual Moderno, 1989.
- 33.- Mirabet M. Antoni; SIDA Y Homosexualidad, 8tvo. Congreso Latinoamericano de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA. STO Domingo. Rep. Dominicana.: 1991.

- 34.- Polaino A. Lorente; La depresión. Barcelona España.: Martinez Roca, 1985.
- 35.- Sande M.A., Volberding P; Manejo Médico del SIDA. México d.f.: Interamericana.Mc Graw Hill, 1992.
- 36.- Saunders M Judith, Buckingham; Pacientes con SIDA suicidas. Cuando la Depresión se Vuelve Mortal. EEUU Calif.: Nursing, 1989.
- 37.- Slaikeu a. Karl; Intervención en Crisis. Mexico D.F.: Manual Moderno, 1988.
- 38.- Sepúlveda A. Jaime; SIDA, Ciencia y Sociedad en México. México D.F.: FCE, 1989.
- 39.- Spielberg Charles; Tensión y Ansiedad. México D.F.: Tierra Firme, 1979.
- 40.- Stein M, Miller; La Depresión y El Sistema Inmunitario, la Salud y la Enfermedad. Focus on Depresión. Amsterdam Alemania.: RMW Smeets,1991.
- 41.- Ulstrup J., Skaug K., et al; Sensitivity of Wester Blotting (Compared with ELISA and Immunoflorescence) During Seroconversion After HTLV-III Infeccion. The Lancet.: 1986.
- 42.- Valdes M. Manuel, Pichot, López-Ibor, et. al; DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Barcelona España.: Masson, 1995.
- 43.- Vallejo R., Gasto; Transtornos Afectivos: Ansiedad y Depresión. Barcelona España.: Salvat, 1990.