

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

“ Incidencia de síntomas obsesivo-compulsivos reactivos a la condición VIH en pacientes ambulatorios que son atendidos en un hospital privado”.

**Hugo Miguel Santos Mérida
Luis Albert Santisteban**

Guatemala, octubre de 2004.

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**“ Incidencia de síntomas obsesivo-compulsivos reactivos a la
condición VIH en pacientes ambulatorios que son atendidos en un
hospital privado”.**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN
PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO DE LA ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS POR:**

**Hugo Miguel Santos Mérida
Luis Albert Santisteban**

PREVIO A OPTAR AL TITULO DE:

**PSICÓLOGOS
EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIATURA**

Guatemala, octubre de 2004.

CONSEJO DIRECTIVO

Licenciado Riquelmi Gasparico Barrientos
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licenciada Karla Emy Vela Díaz de Ortega
SECRETARIA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licenciada María Lourdes González Monzón
Licenciada Liliana del Rosario Álvarez de García
REPRESENTANTES DEL CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licenciado Evodio Juber Orozco Edelman
REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES EGRESADOS
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Estudiante Elsy Maricruz Barillas Divas
Estudiante José Carlos Argueta Gaitán
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

PADRINOS

Dr. René Vladimir López
Col. 9296

Lic. Iván Rocael Monzón
Col. 6441

Lic. Luis Raúl Sánchez
Col. 8449

ACTO QUE DEDICO

A DIOS: Principio y fin. Porque a través de su voluntad alcanzamos nuestras metas. Ni la hoja del árbol se mueve si no es su voluntad.

A MIS PADRES: **JOSE LUIS SANTOS Y
MANUELA DE JESÚS MERIDA DE SANTOS**
A quienes debo todo lo que soy y lo que puedo lograr.

A MIS HERMANOS / AS: **LUIS ERNESTO, ANGEL MARIO, EDWIN
ARMANDO (Q.E.P.D), NIDIA MARIA DE
JESÚS (Q.E.P.D.)**
Este logro es nuestro.

A MIS SOBRINOS: **ANGEL MARIO Y ERNESTO**
Con cariño.

A MIS ABUELOS: **ADRIAN MERIDA Y CECILIA DE MERIDA
BERNABÉ SANTOS (Q.E.P.D.) CORONA
HERNÁNDEZ (Q.E.P.D)**
Cimientos de la vida.

A MIS AMIGOS: **GONZALO GIRON, NESTOR MOSCOSO,
LUDWIN JIMÉNEZ, ROGELIO PALACIOS,**

EN ESPECIAL A:

**PADRE EDGAR DEL CID, CAROLINA SILVA
PAOLA CANEL, LIC. RAUL SANCHEZ**

Por su apoyo incondicional, amistad y cariño, en los momentos trascendentales del crecimiento en mi vida universitaria y personal. Por los momentos especiales compartidos, que permanecerán presentes en todo momento de mi vida profesional. Por siempre, gracias.

A MIS MAESTROS:

Por compartir abierta y sinceramente sus conocimientos, experiencias, amistad, sabiduría, desde los inicios de mi vida estudiantil y que hoy se ven culminados en este logro. Gracias por ser mis amigos.

EN ESPECIAL A:

**DR. VLADIMIR LÓPEZ RAMÍREZ
LIC. EDGAR LARIOS**

AGRADECIMIENTOS:

A:

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

FUNDACIÓN MARCO ANTONIO

**HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLÁN
CENTRO DE SALUD DE ESCUINTLA
UNIDAD DE BIENESTAR ESTUDIANTIL**

A NUESTRO ASESOR:

DR. RENE VLADIMIR LOPEZ

Por su amistad y orientación en el largo proceso de la investigación, gracias.

A NUESTRO REVISOR:

LIC. IVAN MONZON

Por su esfuerzo, atención y dedicación en la revisión, para la realización de este trabajo que fue mucho más que el cumplimiento de su trabajo.

LICDA. ANA CASTILLO

Por su apoyo e instrucción

Dentro de la Fundación Marco Antonio

**A TODO EL PERSONAL MEDICO,
ADMINISTRATIVO Y DE SEVICIO DE
FUNDACIÓN MARCO ANTONIO**

A LAS JEFAS DE ENFERMERIA

SILVIA GUAMUCH Y SEÑO LETICIA

Por su colaboración y paciencia en nuestra investigación.

MUY ESPECIALMENTE:

A LOS PACIENTES DE FUNDACIÓN MARCO ANTONIO

Por permitirnos a través de esta prueba en su vida, aportar sus experiencias en beneficio de los demás.

ÍNDICE

Prólogo.....	1 - 4
--------------	-------

CAPITULO I

Introducción.....	5 -7
-------------------	------

Marco Conceptual

I.1 El SIDA.....	7 - 9
I.1.2 Causas, incidencias y factores de riesgo.....	9 - 11
I.1.3 Complicaciones.....	11 - 15
I.1.4 Síntomas Psicopatológicos del VIH/SIDA.....	15 - 21
I.1.5 Factores que influyen en el desarrollo de manifestaciones neuropsiquiátricas.....	22
I.1.6 Factores sociales que afectan la salud mental	
Infección por VIH.....	22 - 23
I.1.7 Infección por VIH en el Sistema nervioso central.....	23 - 24
I.1.8 Síndromes psicológicos.....	24 - 26
I.1.9 Síndromes clínicos.....	26 - 28
I.1.10 Abordaje terapéutico.....	28 - 32
I.2 Trastorno Obsesivo – Compulsivo.....	32 - 34
I..2.1 Antecedentes históricos.....	34 - 38
I.2.2 Clasificación de las compulsiones.....	38 - 39
I.2.3 Trastornos asociados TOC.....	39
I.2.4 Dimensión cuantitativa del problema.....	39 - 40
1.2.5 La relación funcional entre obsesiones y compulsiones.....	40 - 41
I.2.6 Naturaleza y relación de las obsesiones y compulsiones.....	41 - 42
I.2.7 Reconoce el paciente su síntomas.....	43
I.2.8 Manifestaciones clínicas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo.....	43- 44
I.2.9 Relevancia del problema en psicología.....	45- 46
I.3 Una explicación del TOC desde una perspectiva Biológica.....	46 - 47

I.4 Una explicación del TOC desde la perspectiva cognitivo- Conductual.....	47 - 48
I.4.1 El sistema cognitivo.....	48 - 49
I.4.1 El modelo cognitivo y el TOC.....	49 - 51
I.5 Premisas y postulados.....	51 - 52
I.6 Hipótesis	52
I.7.1 Variables e Indicadores.....	52

CAPITULO II

Técnicas e Instrumentos.....	57
------------------------------	----

CAPITULO III

Presentación, análisis e interpretación de resultados.....	61 72
---	-------

CAPITULO IV

Conclusiones y Recomendaciones.....	73 - 75
Bibliografía.....	78 - 80
Anexos.....	81
Resumen.....	85

PRÓLOGO

Al hablar sobre VIH/SIDA casi inmediatamente nos encontramos con expresiones de sorpresa, angustia, compasión, mismas que generalmente son momentáneas y a la larga predomina la indiferencia, ya que difícilmente se podrá comprender los efectos que causa el diagnóstico positivo de la infección por VIH hasta encontrarse en esa situación.

Desde nuestros campos de acción debemos aportar para luchar contra este terrible mal que aqueja a nuestro país y que sigue cobrando vidas en muchas ocasiones de manera silenciosa o con la complicidad de la marginación y la total falta de sensibilidad por el sufrimiento ajeno.

La presente investigación **“Incidencia de síntomas Obsesivo – compulsivos en pacientes ambulatorios con VIH/SIDA que son atendidos en un hospital privado”** se refiere a un estudio exploratorio para verificar la existencia de pensamientos obsesivos y conductas compulsivas como consecuencia de la infección por VIH, estudio realizado gracias a la oportunidad que nos brindó la FUNDACIÓN MARCO ANTONIO y sobre todo a la población de pacientes seropositivos que son atendidos en dicha institución y que con espíritu de perseverancia accedieron a participar en dicha investigación compartiendo además sus experiencias a lo largo de su enfermedad.

Trazándonos el objetivo de evidenciar la importancia que se le brinda a las conductas patológicas, específicamente los pensamientos obsesivos y conductas compulsivas del paciente seropositivo en relación con los síntomas médicos que presentan durante el desarrollo de la infección. Así también, Visualizar la importancia del papel que tiene la Psicología, en el tratamiento multidisciplinario de los pacientes con VIH.

Hemos tenido la oportunidad de conocer testimonios de muchos pacientes entrevistados quienes a pesar de su condición relatan su experiencia con el deseo común de que nadie más pase por esa dura prueba. Este contacto con personas que en algún momento han perdido todas sus esperanzas y deseos de seguir adelante nos hace reflexionar lo importante que es dar gracias por cada día que se nos regala y sobre todo ponerlo al servicio de los demás y en este caso de las personas seropositivas que necesitan tanto de medicamento como de apoyo moral, espiritual y psicológico es necesario dejar de lado la indiferencia y no esperar a que el destino o la misma falta de valores nos haga pasar por una difícil experiencia como esta.

Se necesita adoptar una actitud de total empatía para comprender las dimensiones de la infección por VIH y el SIDA propiamente así como los pensamientos que vienen a la mente de los pacientes seropositivos y las conductas que éstos motivan además tomar en cuenta que hasta hoy es relativamente poco lo que se habla de las secuelas psicológicas que acompañan a esta terrible epidemia.

Es por ello que presentamos un breve resumen de lo que el lector podrá encontrar en esta investigación.

En el capítulo I se aborda la descripción general del SIDA, su situación actual en nuestro país, causas y factores de riesgo, los síntomas médicos y psicológicos, factores sociales, definición de trastorno obsesivo – compulsivo, obsesiones y compulsiones recurrente, relaciones funcionales, el sistema cognitivo y la relación de obsesiones y compulsiones con el VIH.

En el capítulo II se describe las técnicas e instrumentos utilizados para recabar la información de la presente investigación. Se describe por quienes está conformada la muestra, la hipótesis planteada, así como las variables y sus indicadores. También se describe la escala Yale-Brown que es el instrumento por medio del cual determinamos la incidencia de síntomas obsesivo-compulsivos en los pacientes a los que se les administró y que nos permitió recabar la información, que más tarde sirvió para el análisis e interpretación de los resultados.

En el Capítulo III, se expone a través de graficas el producto de trabajo de campo efectuado, compuesto por su análisis e interpretación.

En el capítulo IV se exponen las conclusiones más importantes, así como las recomendaciones pertinentes a la institución y a la Escuela de Ciencias Psicológicas, con el propósito de aportar bases para el surgimiento de nuevas investigaciones en el área del tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia humana; además la bibliografía y anexos, como un ejemplar de la escala Yale Brown y entrevistas con los pacientes sobre cuáles son los pensamientos recurrentes y las conductas compulsivas y algunos relatos sobre su experiencia con la infección por VIH.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación **“Incidencia de síntomas Obsesivo – compulsivos en pacientes ambulatorios con VIH/SIDA que son atendidos en un hospital privado”** se aborda un aspecto que desafortunadamente ha estado constantemente marginado en la atención de pacientes portadores del virus del VIH. Las conductas patológicas originadas del diagnóstico y proceso de la enfermedad, así mismo la activación de trastornos presentes anteriormente a la infección pero que son desencadenados por esta condición.

Aunque la epidemia de VIH/SIDA en Guatemala ha sido calificada de menor magnitud, el VIH/SIDA es un problema que va en aumento entre los 11,5 millones de personas que habitan este país. Pero quizás, se ha olvidado mencionar otro aspecto, que es poco conocido por la opinión pública y, de igual importancia, estas son: Las consecuencias psicológicas que produce tal diagnóstico en el paciente, en su entorno familiar, social y laboral / escolar.

Al realizar nuestro trabajo de campo hemos podido comprobar lo que fue planteado en nuestra hipótesis ya que efectivamente es alta la incidencia de pensamientos obsesivos en los pacientes seropositivos, por lo que la infección representa y los inconvenientes que conlleva, en primer lugar encontramos la incertidumbre por el futuro de la familia, el temor a que algún miembro de la familia pase por la misma experiencia, asimismo en el aspecto laboral y la administración de los medicamentos necesarios para esta condición. Las conductas compulsivas se presentan en un porcentaje menor considerando dentro de la Fundación Marco Antonio los pacientes cuentan con una atención integral y generalmente sus necesidades son cubiertas y se les proporciona el acompañamiento necesario desde su

medicación hasta las recomendaciones para su hogar. Es de hacer constar que no incluimos gráficas de los pacientes por fase de la infección, ya que todos se encuentran en el estadio 4 según la OMS. Asimismo la muestra se compuso por pacientes ambulatorios y pacientes reclusos temporalmente en la institución, debido al reducido número de pacientes ambulatorios y para contar con una población representativa se decidió tomar este tipo de pacientes.

Con este trabajo de investigación científica, se plantean nuevos retos para la Psicología, que ya se encuentra lista para incorporarse a una de las necesidades requeridas para el tratamiento de pacientes seropositivos; ampliando la visión de los casos a los médicos y personal que atiende a esta población, sirviendo como auxiliares en el abordamiento del proceso de enfermedad. Los profesionales que trabajan en la atención de esta epidemia deben estar conscientes de las implicaciones de su labor profesional en los destinos del paciente y sus reacciones ante:

- El diagnóstico
- Reacciones propias en cuanto a la asimilación del diagnóstico
- La manera de comunicar la noticia a sus familiares o allegados
- Reacción de la familia ante la infección de uno de sus miembros
- Repercusiones sociales y laborales ante el diagnóstico

Por lo anterior se presenta un informe basado en la documentación y estructuración de una serie de elementos previstos para determinar la importancia de incursión de la psicología en la atención a la epidemia del SIDA en Guatemala, asimismo se pretendió responder a las preguntas de nuestra investigación que fueron las siguientes: El contagio con VIH conlleva necesariamente la aparición de conductas compulsivas?

Las conductas compulsivas contribuyen en el aceleramiento del desarrollo del mecanismo de acción del virus VIH.? Se abordan con la misma importancia los síntomas físicos y los trastornos psicológicos del paciente con VIH. Cuáles son los pensamientos obsesivos recurrentes de los portadores del VIH? ¿Cuáles son las conductas compulsivas recurrentes de los portadores del VIH?

Con los cuestionamientos anteriores se investigó cuáles son los principales aspectos, influencias y reacciones del paciente que presenta síntomas obsesivo-compulsivos, para que de ésta manera se pueda contar con información que sirva de base para apoyar cada una de las tareas que le son requeridas al profesional de la psicología.

I.1 EL SIDA

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

El SIDA es ocasionado por el VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana). EL SIDA es el final y la etapa más seria de la enfermedad producida por el VIH. Está caracterizado por signos y síntomas de inmunodeficiencia (falta de defensa contra infecciones) muy intensos.¹

Aunque la epidemia de VIH/SIDA en Guatemala ha sido calificada de menor magnitud, el VIH/SIDA es un problema que va en aumento entre los 11,5 millones de personas que habitan este país. El Ministerio de Salud Pública de Guatemala anunció que los mayores índices de transmisión de VIH en la actualidad se observan en las zonas urbanas, y que la epidemia está concentrada especialmente en la población de 20 a 34 años de edad. En

¹ ONUSIDA y OMS Informe Final. Estado y tendencias de la pandemia mundial del VIH-SIDA. Julio de 1996 pág. 2

las primeras etapas de la epidemia en Guatemala, descubierta en 1984, la proporción de infección de VIH hombre-mujer era de 7 a 1; en la actualidad es de 2,5 a 1. Según el Programa Común de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA (UNAIDS):

Según las prácticas de supervisión en los centros de atención prenatal, la predominancia del VIH entre mujeres en estado de embarazo es de menos del 1 por ciento. Hay muy poca información sobre la predominancia del VIH entre pacientes infectados por relaciones sexuales y personas que usan drogas por vía intravenosa. Tampoco hay mucha información sobre la predominancia de la enfermedad entre trabajadores sexuales comerciales.

Sin embargo, según algunos estudios de supervisión recientes, todo parece indicar que la predominancia del VIH fluctúa entre el 2,3 por ciento entre trabajadores sexuales comerciales en Ciudad de Guatemala, y hasta el 10 por ciento entre un número menor de trabajadores sexuales en Izabal y El Petén.

El Código Sanitario de Guatemala asigna al Ministerio de Salud Pública la responsabilidad de evaluar y supervisar los esfuerzos de prevención y control del VIH/SIDA² con la cooperación de varios sectores. Mediante una ley en la que se declara el VIH, el SIDA y las infecciones de transmisión sexual como un problema de "urgencia nacional" se ha designado una suma de 5 millones de quetzales para el programa nacional contra el VIH, el SIDA y las infecciones de transmisión sexual. Esta ley también incluye provisiones para amparar a las personas que viven con VIH/SIDA o con infecciones de transmisión sexual, y pone a cargo del Ministerio de

² Boletín informativo Programa Nacional contra el SIDA: Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA, Dirección General de Servicios de Salud, **Guatemala, Guatemala**. 2002

Educación la integración de información sobre VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual en el programa escolar, empezando por el quinto año de escuela. Sumado a lo anterior, el Ministerio de Salud Pública, en conjunto con el Ministerio de Educación, el Ministerio del Interior, organizaciones civiles e internacionales y UNAIDS, ha creado el plan estratégico nacional 1999-2003 contra el VIH, el SIDA y las infecciones de transmisión sexual para definir objetivos tácticos y pasos de acción prioritarios para las instituciones participantes. La Ley de Desarrollo Social ratificada en 2001 garantiza el acceso de la población a servicios, educación e información sobre la salud reproductiva, entre ellos la prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, VIH y SIDA.

I.1.2 CAUSAS, INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO

Este virus ataca al sistema inmune y deja el cuerpo vulnerable a una gran variedad de enfermedades. Estas enfermedades suelen estar ocasionadas por bacterias, hongos y virus muy comunes que ordinariamente no ocasionan enfermedad.

EL VIH ha sido encontrado en la sangre, esperma, saliva, lágrimas, tejido nervioso, leche materna, y secreciones del tracto genital. Sin embargo está probado que de éstos son la sangre, el esperma, las secreciones del tracto genital, y la leche materna las que transmiten la infección a otros. La transmisión del virus ocurre mediante el contacto sexual incluyendo el sexo anal, vaginal y oral; por medio de la sangre mediante transfusiones o aguja infectada; y en mujeres embarazadas al feto, o al dar de mamar al bebé.

Otros métodos más raros de transmisión incluyen el pinchazo accidental con una aguja, la inseminación artificial, en la que la transmisión ocurre a través

del espermatozoides donado, y el trasplante de riñón, en el que el transmisor es el riñón donado.

La infección no se transmite por contacto casual tal como abrazar o tocar, ni por objetos inanimados tales como asientos de servicio o platos, ni por mosquitos. No se transmite a las personas que donan sangre (aunque puede transmitirse desde la sangre contaminada a la persona que recibe la transfusión). Es por esto por lo que los bancos de sangre analizan a los donantes y su sangre. Tampoco se transmite a una persona que, por ejemplo, dona un riñón para un trasplante.

El SIDA es precedido por la infección VIH, que puede no producir síntomas incluso durante 10 años antes de que la persona sea diagnosticada de SIDA. La infección aguda por VIH progresa a través del tiempo hasta llegar a ser infección por VIH asintomática y luego avanza terminando por convertirse en SIDA o enfermedad por VIH. En un estudio realizado entre 1977 hasta 1980 sobre portadores del VIH, algunos de ellos no mostraban ninguna señal o síntomas de infección, mientras que otros sólo tenían los nódulos linfáticos inflamados. Se sospecha que todas las personas infectadas por VIH, desarrollan el SIDA después de un tiempo determinado. Esta teoría no se ha probado definitivamente.³

Los grupos de riesgo históricos eran varones homosexuales o bisexuales, adictos a drogas vía intravenosa que compartían las agujas, parejas sexuales de aquellos que están en los grupos de alto riesgo, bebés que nacen de madres con VIH. Pero hoy en día se desplazan a los contactos sexuales heterosexuales y sobre todo en adolescentes. La infección del VIH está incrementándose más rápido entre la gente joven.

³ Ibid. Pág. 5

Una de cada cuatro infecciones ocurre entre gente joven menores de 22 años. . Debido a que la infección puede ocurrir hasta 10 años antes de ser diagnosticada como SIDA, esto significa que la mayoría de las personas se infectaron con el VIH durante la adolescencia o en la pre-adolescencia.

Desde 1985 los controles para derivados de la sangre son muy rígidos y ya los hemofílicos no están en los grupos de alto riesgo.

I.1.3 COMPLICACIONES

El SIDA se presenta con manifestaciones de deficiencia inmune, también llamadas infecciones oportunistas. Son enfermedades que los enfermos de SIDA adquieren frecuentemente. En ocasiones habrá más de una de infección a la vez. Muchas de estas infecciones son difíciles de tratar, y se requiere una terapia indefinida para evitar la recaída.

Cada minuto, el VIH infecta seis menores de 25 años. Mas de la mitad de las personas que contraen esta infección cada año en el mundo tiene entre 15 y 24 años, edad en la que la mayoría de personas inicia su vida sexual.⁴

La búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias, la sensación de invulnerabilidad frente a los peligros o la muerte y la inmadurez característica de la adolescencia, exponen especialmente a los jóvenes a la infección por VIH. Los expertos responsabilizan el índice creciente a la constante exposición al sexo en los medios de difusión que envían mensajes confusos a la juventud. A los chicos se les advierte del SIDA y de las

⁴ PULSOMED www.tuotromedico.com/vih-sida
copyright PULSOMED2001

enfermedades sexualmente transmisibles, pero a la vez están expuestos diariamente a la televisión y otros medios.

Los adolescentes más jóvenes tienen contacto sexual mucho antes que en otras épocas. Esto es peligroso para los adolescentes que aún están en desarrollo y que no están preparados para las consecuencias emocionales de la sexualidad. La escuela desempeña un importante papel en la promoción de actitudes responsables y conductas saludables entre los niños y los adolescentes. Por ello debe colaborar con la familia en el ámbito de la promoción de valores como el respeto, la igualdad entre sexos y los derechos humanos. La educación sexual contribuye a aplazar la edad de inicio de las relaciones sexuales y, en los adolescentes sexualmente activos, ayuda a disminuir los embarazos no deseados y la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

Es necesario tomar en consideración que los programas de prevención fracasarán si solo tienen en cuenta una forma de prevención como la fidelidad y la abstinencia y no tienen en cuenta el contexto de la vida de las personas. Fracasarán en las sociedades donde hay pocas o ninguna oportunidad de hablar de sexo y la sexualidad ya sea en un contexto público, en la privacidad del hogar o del dormitorio. En muchas sociedades, los niños y los adultos no reciben educación sexual. Se argumenta frecuentemente que la educación sexual empuja a los jóvenes a iniciarse en el sexo a una edad temprana. Sin embargo las investigaciones sobre educación sexual en el mundo confirman lo contrario.

La falta de oportunidad de hablar sobre el sexo lleva a propagar la ignorancia y las falsas percepciones. En algunos países la posibilidad de los gobiernos de proveer a sus poblaciones de información y consejos

clarificadores han sido fuertemente limitado por la influencia de organizaciones como la iglesia. Podría decirse en este sentido "Si piensas que hablar de sexo es peligroso, mira el costo del silencio".

La desinformación en materia de salud, es la mejor aliada de la enfermedad. Si de SIDA se trata, no estar al tanto de las vías de transmisión es una de las ignorancias más frecuentes. Desconocer como opera el virus y como puede dársele batalla, es una de las lagunas culturales más habituales de las personas.

El conocimiento que el enfermo deberá tener de temas como antivirales, nutrición, infecciones oportunistas, recuento celular, transcriptasa reversa, inhibidor de la proteasa, terapias alternativas –por nombrar algunos- formará parte de su terapia y de su bagaje de conocimientos que le permitirán no solo qué le está pasando, sino también le dará la posibilidad de elegir. En efecto, el paciente deberá intervenir activamente a través de sus conocimientos, en el diseño de una terapéutica en la cual pueda creer. Para eso, se necesita información.

Debe recurrir a otras disciplinas para sostener sus aspectos espirituales, fundamentales para el sistema inmunológico. Para eso, necesita información. Tendrá que saber que debe comer y que debe evitar, como prevenir y reaccionar ante una enfermedad oportunista. Para eso, también necesita información.

Se requeriría más de 15 litros de saliva o lágrimas para que quien vive con el virus del SIDA pudiera eventualmente traspasar el patógeno o alguien cercano⁵. Por lo tanto, no es justificable el rechazo a abrazar, besar y

⁵ Ibid. Pág. 23

acompañar a los enfermos, más víctimas de la sociedad que de su propia pena. La discriminación y la segregación actúan como factores contraproducentes. Por el contrario, el respeto y el apoyo social tanto de familiares como de amigos, permiten recuperar el autoestima y la dignidad, como asimismo luchar contra la depresión y la angustia permanente de sentirse estigmatizados.

Está comprobado que la contención psíquica y el apoyo afectivo de los familiares y amigos del enfermo actúan de manera importante en el resultado de los tratamientos. Del mismo modo, las condiciones socio - económicas de los pacientes tienen fuerte incidencia en el desarrollo de la enfermedad.

Acciones y reacciones positivas en este sentido, inspiradas pese a la prevalencia de una sociedad consumista y de indiferencia humana, por los demás, son las que retardan la aparición de los síntomas y signos del SIDA, como así también las que disminuyen las patologías colaterales y las infecciones oportunistas. Recién hace poco tiempo en algunos países desarrollados han abrazado programas educativos de salud pública para enseñar a la gente como el virus se disemina y cómo hay que evitarlo. Pero estos países todavía deben enfrentar conductas sexuales profundamente arraigadas y rígidas tradiciones culturales que han contribuido a diseminar la enfermedad.

El trabajo eficaz con respecto al SIDA, depende del entrono social y político y de que solo es posible en lugares donde se acepte la diversidad de comportamientos y valores y donde exista la posibilidad de una verdadera organización comunitaria y de un apoyo gubernamental frente a la acción de grupos o manejo de programas.

Por último hay que destacar que el SIDA no es una enfermedad que se limite a un contexto en particular, una clase social o grupo étnico. Por lo tanto cualquier intento serio de prevenir esta problemática no deberá quedarse solamente en los ámbitos internos de la escuela, ya que si se logra desarrollar una campaña efectiva y eficaz, dicha estrategia debe ser difundida y realizada en la comunidad que no solo cubra a la institución sino a la totalidad de sus miembros: académicos, alumnos, funcionarios, etc. Todo el blanco de un virus, el SIDA, que tipificado en cuatro sencillas letras encierra un significado mortal.

I.1.4 SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS DEL VIH/SIDA

Los problemas de conducta que presentan los pacientes HIV positivos en la interconsulta de un hospital general pueden tener relación con tres tipos de trastornos:

- a. Alteraciones neuropsiquiátricas como delirium o demencia secundarios a la afectación directa del SNC o a complicaciones secundarias al SIDA o a otras infecciones asociadas.
- b. Por los efectos directos de la sustancia psicótropa sobre el organismo en pacientes drogodependientes, ya sea intoxicación o abstinencia.
- c. Secundarios a trastornos de personalidad como impulsividad, trastorno obsesivo – compulsivo o condiciones de marginalidad, con dificultad para adecuarse a normas básicas de convivencia y a los límites que supone la propia hospitalización.

El VIH produce afectación directa e indirecta del SNC . Esto se traduce en diferentes síndromes psiquiátricos asociados a la evolución de la enfermedad o como una primera expresión de la infección. Las alteraciones cognitivas fueron descritas en 1980, las cuales aparecían en más del 50% de los casos de SIDA, y posteriormente se describió el síndrome ADC (Complejo Demencia-SIDA) como la alteración más frecuente del SNC.⁶

Este síndrome se manifiesta por:

Disfunción cognitiva, motora y conductual y suele aparecer después de la presentación de infecciones oportunistas que caracterizan la enfermedad avanzada y solo ocasionalmente se presenta en pacientes asintomáticos, como la primera manifestación de la infección por el HIV.

Clínicamente se caracteriza por inatención, pérdida de memoria, bradipsiquia, apatía, ataxia y debilidad en extremidades inferiores de curso progresivo, para posteriormente en fases avanzadas manifestarse por una disfunción cognitiva global, severo retardo psicomotor abocando a un estado aquinético, con mioclonias, convulsiones y coma. Sigue un curso fluctuante y progresivo de semanas a meses, y el pronóstico es muy desfavorable.

Las alteraciones conductuales más frecuentes en las primeras fases este cuadro son cambios en la personalidad, con apatía y aplanamiento de la respuesta emocional que puede ser confundido con un síndrome depresivo. También pueden aparecer alteraciones de la conducta en relación con sintomatología psicótica. En fases avanzadas los problemas de conducta son los derivados de un deterioro cognitivo global.

⁶ J. Segalás SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS DEL VIH
Bellvitge, Barcelona 1999. pág. 26

Las manifestaciones psiquiátricas más frecuentes relacionadas con la infección por VIH son los síndromes depresivos, ya sean de naturaleza orgánica o reactivos a las consecuencias psicosociales de la infección, dado su curso crónico, la ausencia de tratamiento causal, la alta mortalidad y el tipo de transmisión (vía sexual o contacto sanguíneo directo), así como el rechazo y aislamiento social que conlleva. Otros trastornos psiquiátricos descritos con menor frecuencia asociados al VIH son psicosis depresiva, manía, trastorno obsesivo-compulsivo, psicosis esquizofreniforme y psicosis paranoide. Los síntomas psicóticos más frecuentes son ideas delirantes, alucinaciones auditivas, ansiedad y agitación. Su aparición requiere una rápida intervención terapéutica, junto a la evaluación de un posible trastorno intercurrente.

También se describe con frecuencia delirium asociado a SIDA como manifestación de una demencia o debido a infecciones oportunistas o neoplasias. El delirium es un síndrome cerebral orgánico agudo causado por sufrimiento cerebral de etiología orgánica (infecciones, neoplasias, alteraciones generales, VIH, fármacos...) que puede ser provocado por multitud de sustancias y se caracteriza por deterioro del nivel de conciencia y atención, trastorno cognitivo global con alucinaciones, ideas delirantes y, alteraciones de la memoria inmediata y reciente, trastornos psicomotores, con hiper o hipo actividad, alteraciones del ciclo sueño-vigilia, y trastornos emocionales con ansiedad, euforia, miedo, irritabilidad o perplejidad. El curso puede ser agudo o sub agudo, fluctuante, con empeoramientos vespertinos. Suele ser reversible, pero puede evolucionar hacia un deterioro progresivo y muerte. Su tratamiento es etiológico, y si se precisa se utilizará sujeción mecánica y neurolépticos.

Así, las manifestaciones psiquiátricas del VIH son muy variadas, no guardan relación directa con el estadio de la enfermedad ni con su evolución,

y se solapan con otros síndromes psiquiátricos como la intoxicación o abstinencia de drogas que pueden dificultar su diagnóstico.

Otra causa de demanda de atención psiquiátrica en la infección por VIH son las reacciones adaptativas que pueden aparecer al conocer su seropositividad o durante el desarrollo de la enfermedadⁱ que pueden cursar con ansiedad, tristeza, y desesperanza. Pueden aparecer conductas autodestructivas e ideación suicida que requieren tratamiento urgente. Estas conductas son más frecuentes en pacientes con psicopatología previa o con antecedentes de auto lesiones, conductas agresivas y anormativas.

Otro problema se plantea cuando la demanda de alta voluntaria la realiza un paciente no contagioso por vía aérea, anulando todos los esfuerzos de tratamiento realizados, y conociendo a veces que la situación física va a obligar al paciente a volver al hospital en horas o días reiniciando otra vez el mismo proceso. Los psiquiatras son consultados para valorar en ocasiones el estado mental del paciente que solicita el alta voluntaria, con la finalidad de descartar que alteraciones del nivel de conciencia o sintomatología cognitiva o psicótica incapaciten al adicto para decidir sobre su conducta. En los casos que así ocurre es obligada la retención involuntaria, precisándose a veces la sujeción mecánica. La realización de ésta es siempre una situación peligrosa para el personal que puede recibir golpes, arañazos, mordiscos, etc. del paciente no colaborador, a lo que se añade el consiguiente riesgo de contagio.

Una de las situaciones más peligrosas que puede presentarse en la demencia asociada a VIH es la provocación de un incendio. Esta conducta se ha descrito asociada a los trastornos de personalidad antisocial y límite. Cohen y Cols describen tres fuegos provocados en pacientes con demencia asociada a VIH⁷. Uno de ellos se quemó accidentalmente el pijama mientras

⁷ wwpsiquiatria.com Síntomas psicológicos del SIDA/Argentina 2002

fumaba, muriendo a consecuencia de las quemaduras. Otro paciente se prendió fuego deliberadamente, y el tercero presentaba demencia-SIDA, junto con un trastorno antisocial de personalidad y había provocado diversos fuegos en sus ingresos en el contexto de otras conductas agresivas.

Estas tres situaciones pueden darse en la práctica en nuestro medio. La mayoría de los adictos fuman, y el riesgo de accidentes por fumar en la cama o excesivamente sedados es importante.

Una situación dramática es la de aquellos pacientes con fluctuaciones del nivel de conciencia, que en ocasiones precisan sujeción mecánica por desorientación temporoespacial (principalmente por la noche) y que han tenido acceso y escondido mecheros o cigarrillos en los momentos en que no precisaban la sujeción, y que provocan un incendio estando con la sujeción (ya sea accidentalmente al fumar, o deliberadamente al intentar liberarse de la sujeción).

La prevención de estas conductas pasa por un diagnóstico precoz de la demencia, junto con medidas institucionales de precaución como vigilar cuidadosamente a los fumadores y el acceso a tabaco y encendedores, y la utilización de ropas y demás materiales no inflamables.

Las repercusiones terapéuticas específicas en los trastornos de personalidad y en la dependencia de sustancias derivan de los obstáculos originados por los pacientes que pueden tener dificultades para reconocer sus problemas (falta de conciencia de enfermedad y escasa motivación para cambiar hábitos), con desconfianza inicial hacia sus terapeutas, que suele ser mutua, manipulación y demandas de asistencia ambivalentes en forma de urgencia (seudo urgencia) caracterizada por: vehemencia, ansiedad, demanda de solución inmediata de algo crónico, utilización primero de la persuasión y posteriormente del chantaje y coacción si no consigue sus

objetivos. Provocan una contra transferencia agresiva dado que con frecuencia ponen a prueba nuestras habilidades asistenciales.

El terapeuta evitará un patrón agresivo de relación con el paciente, y aprenderá a tolerar los aspectos personales menos atractivos, manteniendo la distancia terapéutica suficiente para poder trabajar, sin reaccionar con excesiva positividad ante el paciente, evitando asumir un exceso de responsabilidad y sin ser demasiado pasivos.

El fallo más negativo es el de tipo empático, o de excesiva identificación con el paciente. Es necesario establecer límites, para controlar el "síndrome de puerta giratoria", encaminando el tratamiento a facilitar la responsabilidad de los pacientes en sus acciones con reglas claras y explícitamente delimitadas, tanto para el paciente como para los profesionales, que sean consideradas lógicas y coherentes por todos y permitan la confrontación con un elemento de realidad (la norma y lo pactado). Es importante auto preservar la coherencia terapéutica y evitar la polarización de los miembros del equipo y los enfrentamientos que origina el paciente a través de informaciones contradictorias. El manejo de estos pacientes puede llevar al terapeuta a pensar que sus recursos están agotados, frustrándose y culpabilizando al adicto de su situación. Con el tiempo puede empeorarse toda su labor asistencial estableciéndose una dinámica asistencial patológica, en lo que se ha denominado: "indefensión o desgaste profesional, o "síndrome de estar quemado" o "burn out syndrome"⁸. Esto se manifiesta con expectativas críticas, negativas o fatalistas respecto a los resultados terapéuticos, ritualismo asistencial, activismo humanitario irracional y dinámica burocrática. Se facilita por dificultades originadas por los propios profesionales como deficiente formación, falta de interés y escasa motivación.

⁸ J. Segalás Op. Cit. Pág 40.

Pueden aparecer actitudes poco adecuadas y nada receptivas como son actitudes pasivas, de inhibición, derivativa, paternalista y compasiva o represiva y de rechazo con desconfianza mutua. El burnout (cansancio emocional, pérdida de empatía, bajo rendimiento), se asocia con baja satisfacción profesional secundaria al sistema, miedo a cometer errores, escasez de recursos extra-profesionales, menor preparación, junto con demandas y expectativas excesivas.

El burnout que aparece en los profesionales que trabajan con SIDA-HIV como en las enfermeras y otros cuidadores precisa una supervisión de los conocimientos que poseen, de las actitudes, del estrés, y de la sensación de aislamiento que pueden presentar. Se les ayudará en el manejo de las conductas violentas, valorándose los sentimientos que estas conductas originan y la capacidad para resistir los efectos negativos del estrés.

Es preciso facilitar la comunicación entre profesionales, integrar y reorganizar los servicios y disminuir el estrés en los profesionales que trabajan con HIV, siguiendo las indicaciones de la Academia de Ciencias, con soporte en el medio laboral, manejo no autoritario, acercamiento a los dilemas éticos, y reconocimiento de las emociones y aspectos psicológicos que acompañan a la enfermedad.

En general, las estrategias del profesional para afrontar y amortiguar el desgaste profesional son expectativas terapéuticas realistas, y psicohigiene institucional donde el terapeuta se replantee periódicamente sus actuaciones y reacciones asistenciales, tanto a nivel ideacional como emocional, con espacios de discusión con el equipo y delimitación de espacios interpersonales entre el médico y el paciente, realización de sesiones de supervisión con profesionales externos o del mismo equipo que ayuden a reflexionar sobre el trabajo y a elaborar las ansiedades y dudas surgidas en el tratamiento.

I.1.5 OTROS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE MANIFESTACIONES NEUROPSIQUIATRICAS DE PACIENTES SEROPOSITIVOS:

- a. Continuos estresores psicosociales que debe afrontar el paciente infectado con VIH, entre ellos muerte de compañeros sexuales, pérdida del trabajo, su propio proceso de enfermedad y muerte, discriminación, aislamiento, desamparo, abandono familiar.
- b. Conducta de riesgo que puede ser la expresión de una patología psiquiátrica preexistente, por ejemplo abuso de sustancias, promiscuidad, trastorno de personalidad subyacente y personalidad antisocial.
- c. Compromiso directo del virus sobre las funciones del sistema nervioso central en cualquiera de los estadios de la enfermedad, que aumenta el riesgo de trastorno psiquiátrico o exacerba el cuadro ya instalado.
- d. Efectos secundarios de los múltiples medicamentos que se utilizan para tratar las complicaciones de la enfermedad (SIDA) cuando ya está establecida, o bien por los efectos secundarios de la medicación psicotrópica.

I.1.6 FACTORES SOCIALES QUE AFECTAN A LA SALUD MENTAL EN LA INFECCION POR HIV

Es esta un área en donde el gran esfuerzo de investigación realizado no se ha acompañado de resultados consistentes en parte por problema

metodológicos intrínsecos al tipo de investigación en este área, como el efecto de la cultura o religión y la falta de base teórica de muchos estudios. Actualmente ya sabemos que lo que tiene efecto en la respuesta al stress no es la situación real de soporte social, sino la percibida por el paciente⁹. Sin embargo la variable percepción de soporte social depende así mismo de variables como la salud mental actual y es difícil determinar si las influencias del ambiente son causa o consecuencia de las actitudes del paciente. Las correlaciones que obtengamos en las investigaciones podrían ser tan sólo correlaciones al azar entre las variables del ambiente y las del paciente, que en realidad resultarían no ser independientes unas de otras.

La evidencia de que el apoyo social aminora el efecto psicológico negativo de otras influencias en el SIDA o en otras enfermedades es inconsistente, y en todo caso si lo aceptamos, debemos tener en cuenta que no es muy importante. En muchos estudios el apoyo social se correlaciona con el bienestar psicológico y en ocasiones con los síntomas físicos y la progresión de la enfermedad. Sin embargo otros estudios no apoyan estas afirmaciones. Los homosexuales al menos en otras culturas tienen más posibilidades de apoyo social.

No se ha conseguido demostrar que una forma especial de personalidad pueda actuar como moderador, un ejemplo es el estudio de Blaney et al.

I.1.7 INFECCIÓN POR VIH EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Dos terceras partes de los pacientes que mueren por SIDA presentan evidencia de lesión en el SNC, el mecanismo por el cual los patógenos oportunistas llegan a infectar diferentes partes del organismo, es por fallo en la respuesta inmune fisiológica ante dichos microorganismos, esta disfunción inmunológica se inicia cuando el VIH ataca las células de la serie blanca que

⁹ Montañés Rada, REVISTA ELECTRÓNICA DE PSIQUIATRÍA
Problemas Médico-Psicológicos en el SIDA Vol. 1 No. 1 Marzo 1997

tienen en su superficie receptores CD 4, también llamados linfocitos T ayudadores.

Estos cambios descritos producidos por la invasión del virus al SNC, son los que pueden dar origen a varios de los cuadros de tipo demencial, déficit cognoscitivo leve, síndromes afectivos, trastornos de ansiedad y trastornos psicóticos que afectan a estos pacientes.

I.1.8 SÍNDROMES PSICOLÓGICOS

Trastorno de ansiedad:

Los trastornos de ansiedad con una duración de uno o varios meses tienen una alta prevalencia en el paciente con VIH. Alrededor de un 20 % de los pacientes presentan trastorno de ansiedad generalizada o transitoria, con severidad suficiente para necesitar tratamiento, otros trastornos como el obsesivo-compulsivo, crisis de pánico, fobia social, fobia simple, no tienen aún una prevalencia significativa aunque si pueden llegar a presentarse en los pacientes con VIH.

Las características principales en cuanto a la sintomatología no difieren de las encontradas en la población psiquiátrica no infectada, mencionando lo siguiente:; preocupación excesiva o no realista por los eventos de la vida cotidiana, síntomas autonómicos como taquicardia, boca seca, sudoración excesiva, poliuria, algunos síntomas psicomotores como tensión muscular temblor de manos, sensación de peso cervical, otros síntomas: insomnio, dificultad para concentrarse, inquietud, irritabilidad.

El paciente puede tener también quejas constantes de que algo malo pudiera sucederle, de estar al borde de alguna situación. Esta sintomatología

se presenta la mayor parte del tiempo y debe ser lo suficientemente severa para interrumpir con la vida diaria del paciente¹⁰.

En el diagnóstico diferencial hay que tomar precaución de no hacer el diagnóstico de trastorno de ansiedad basado únicamente en un síntoma o síntomas aislados; para sustentar el diagnóstico de trastorno de ansiedad es fundamental que se presente el síndrome (agrupación de síntomas), además de tener en cuenta el criterio de interferencia con la vida diaria. Estos parámetros además de en cuenta el criterio de interferencia con la vida diaria.

Estos parámetros además permiten diferenciar el trastorno de ansiedad de preocupación esperable por la enfermedad de base del paciente, en este caso de su seropositividad. También es importante descartar otras causas de sintomatología ansiosa, como lo son trastornos hidroelectrolíticos, uso de broncodilatadores, abuso de alcohol y/o sustancias psicoactivas.

Además de la sintomatología producida por la alteración autonómica que se encuentra en el trastorno de ansiedad podría también confundir el diagnóstico diferencial, por ejemplo debe mencionarse que la visión borrosa que es característica de la ansiedad, también lo es de la retinitis por citomegalovirus, complicación del SIDA que puede llevar a la ceguera si no se trata pronta y agresivamente. Este dato deberá tenerse presente al momento de hacer el diagnóstico.

El trastorno de ansiedad puede coexistir también con otros síndromes neuropsiquiátricos, en este caso la ansiedad puede ser un epifenómeno de la depresión, trastorno cognoscitivo y dolor tratado inadecuadamente, también es frecuente que la ansiedad como síntoma se haga parte del trastorno

¹⁰ Ibid. Pág 13.

cognoscitivo en el paciente con VIH. La depresión, el abuso de sustancias, el suicidio, frecuentemente complican los cuadros de ansiedad.

I.1.9 SINDROMES CLINICOS

Aunque son múltiples los trastornos psíquicos que pueden presentarse, nos limitaremos a exponer los síndromes clínicos más frecuentes. Los datos a exponerse están basados en:

- Principios pedagógicos conocidos.
- observaciones personales con jóvenes pacientes.
- Casos proporcionados por otros profesionales de Salud.

Muchos de los problemas de salud mental que presentan las personas con VIH son comunes a los ya descritos en pacientes con cáncer o enfermedades terminales, aunque en el caso de enfermos de SIDA, se dan con una mayor frecuencia una serie de problemas psicológicos que los que ocurren en otras enfermedades de pronóstico similar. El que aparezcan estos trastornos puede deberse entre otras causas: al impacto social que produce esta enfermedad; a que se dé esta patología en personas tan jóvenes; a la gran vulnerabilidad psicológica de estas personas, así como a la posible afectación del sistema nervioso central, etc.

Ante el diagnóstico de seropositividad la primera reacción de la persona afectada es generalmente la de una reacción catastrófica, con una fuerte carga emocional, por la percepción del miedo a una muerte cercana e inevitable tras un curso doloroso por la enfermedad. Además, se suelen

añadir preocupaciones en torno a la pérdida de soporte social y del afecto por parte de familiares y amigos, pensando que será una carga pesada para el entorno; e incluso al miedo a la alteración de su aspecto externo y a la posible pérdida de sus facultades mentales.

Por otra parte, la atención que prestan los medios de comunicación a esta epidemia, la ansiedad que produce y los miedos hipocondríacos respecto a su posible contagio, hace que muchas personas acudan a la consulta del psiquiatra, aunque sólo sea con el motivo de esclarecer su caso.

Y en cuanto a la patología psiquiátrica hay que señalar: En primer lugar son muy frecuentes los cuadros severos de angustia y depresión.

Los cuadros depresivos de moderada intensidad pueden aparecer en cualquier momento en el curso de la infección por VIH, pero son más severos, sobre todo, cuando se notifica al enfermo su seropositividad. No es extraño que en ese momento haya un gran riesgo de suicidio.

La ideación suicida puede ser manifestación de una enfermedad depresiva, pero también puede ser expresión del deseo del paciente de tener el control último sobre su vida, cuando los síntomas se vuelven intolerables. Es lo que se ha dado en denominar "suicidio racional" como entidad distinta a la acción suicida llevada a cabo en el contexto de un intenso distrés emocional, una depresión o de un delirio orgánico.

Este concepto es muy cuestionado ante el convencimiento por muchos clínicos de que ningún suicidio es "racional". En la literatura científica, respecto a los pacientes terminales, que han llegado a cometer suicidio, se ha podido demostrar como la mayoría de ellos presentaban una depresión

clínica o una alteración en sus funciones cognitivas, que les impedía tomar decisiones adecuadamente.

Es frecuente también encontrarse con síndromes maníacos que pueden ser secundarios al trastorno del sistema nervioso central¹¹. Es decir, secundarios a trastornos cerebrales orgánicos, posiblemente por la infección del VIH de las zonas subcorticales del cerebro que intervienen en la regulación de los estados afectivos, y que, a su vez, provocan oscilaciones en el estado de ánimo junto a un deterioro cognoscitivo.

Otros trastornos psiquiátricos de aparición frecuente en estos pacientes lo constituyen los cuadros psicóticos con clínica alucinatoria (visual o auditiva) y a veces delirios de contenido persecutorio o de grandeza. Estos trastornos pueden ocurrir en el contexto de un deterioro cognitivo o pueden constituir la única manifestación psicopatológica.

La clasificación diagnóstica de los cuadros psicóticos de aparición en estos pacientes plantea diversos problemas. Muchos de ellos estarían dentro de las categorías del DSM-III.R y del CIE-10 como trastornos mentales orgánicos.

I.1.10 ABORDAJE TERAPEUTICO

Junto a los avances en el tratamiento médico de la infección por VIH, se ha hecho evidente la importancia que tienen los aspectos psicoterapéuticos como elemento central en la asistencia sanitaria de tales pacientes.

¹¹ Gómez Lavín, Carmen **Aspectos psiquiátricos del SIDA** http://www.vidahumana.org/vidafam/sida/sida_mapa.html

Quizá es en esta enfermedad, más que ninguna otra de la historia reciente, donde se ha visto la gran relación que existe entre los síntomas físicos y psicológicos.

En este marco ha cobrado gran importancia técnica lo que en el mundo anglosajón se ha denominado "counselling", término que hace referencia a los procedimientos psicoeducativos y psicoterapéuticos que deben utilizarse para el manejo de estos casos.

La OMS recomienda una serie de medidas a tener en cuenta cuando se trata de actuar con enfermos de SIDA, aunque las técnicas a seguir con estos enfermos son en general muy sencillas y estandarizadas.

Se recomienda que los agentes de salud que se dedican a esta tarea tengan un adiestramiento especial. No basta la buena voluntad. Es necesario estar preparado para saber lo siguiente:

- 1) Los temas que deben abordarse
- 2) Los planteamientos que deben hacerse a tales enfermos, dada la situación psicológica especial que atraviesen una vez detectada la enfermedad.
- 3) Tratar de modificar sus hábitos de conducta.

Las intervenciones psicoterapéuticas son cada vez más necesarias en el manejo del paciente seropositivo, aunque esté asintomático: En definitiva, alrededor del SIDA se suscitan muchas reacciones cargadas de afectividad que es necesario ir controlando; y el comprender la complejidad de las reacciones emocionales que despierta el SIDA, preveer sus consecuencias y tratar de ir creando en los enfermos un deseo de asumir su enfermedad, es una de las tareas primordiales del psicoterapeuta.

El objetivo general de estas intervenciones es el facilitar los mecanismos adaptativos para afrontar la enfermedad. Muchas de estas técnicas están especialmente orientadas a intentar resolver los conflictos que siempre están presentes en estos enfermos o en sus familiares.

Para poder llegar a asumir la enfermedad, el paciente necesita recibir un gran apoyo familiar. Si todo el mundo necesita cariño y atención, estas personas lo requieren más especialmente. También en la medida de lo posible, hay que tratar de inculcarles valores que les permita sobrellevar mejor su situación, y cumplir las prescripciones terapéuticas. Hay que abordar también las nuevas circunstancias sociales y familiares que pueden presentarse. Y en la medida de lo posible, dada la complejidad de variaciones emocionales que aparecen en esta enfermedad del SIDA, hay que intentar que asuman valores que puedan dar sentido a su vida.

Los grupos de autoayuda de pacientes o de familiares también han sido utilizados con éxito en este campo de la asistencia en salud mental.

Síndrome de "Burnout" en la relación con la atención al paciente VIH:

Además es necesario estar prevenidos sobre lo que se ha llamado el Síndrome de Burnout (desgaste que sufre el personal sanitario que trabaja con estos pacientes)¹². Porque en esta enfermedad, además de encontrarnos con los síntomas comúnmente encontrados en otras enfermedades graves (la severa debilidad del paciente, el mal pronóstico y la alta mortalidad) el personal sanitario que atiende a los enfermos con SIDA, hace frente a otros problemas específicos de esta enfermedad (el temor al contagio, la

¹² J. Segalás Op. Cit. Pág 65.

incomodidad en el manejo de los trastornos emocionales, posibles prejuicios acerca del estilo de vida de estas personas infectadas, etc.).

No es extraño, por tanto, que el personal que atiende a los pacientes VIH/SIDA tenga un alto nivel de desgaste profesional. El Síndrome de Burnout o síndrome de desgaste se caracteriza entre otras cosas por: una pérdida progresiva de idealismo y de objetivos; una gran fatiga crónica que puede acompañarse de cefaleas, insomnios, trastornos gastrointestinales, pérdida de peso, dolores diversos, etc., junto a algunos síntomas depresivos como pueden ser: pesimismo, indecisión, irritabilidad, incapacidad de concentrarse, falta de energía, disminución del interés por los pacientes, etc.

En definitiva afecta la calidad de vida del profesional y disminuye la calidad de su atención sanitaria. De todas formas, el desgaste profesional depende de cada persona particular y de sus condiciones laborales.

En cuanto a la prevención, un aspecto que se ha observado es que un reductor del "burnout" fue el apoyo social, junto con unas condiciones de trabajo más flexibles: rotación de áreas, momentos de descanso, participación en las normas de organización.

El gran incremento en el número de casos de SIDA observado en todo el planeta, así como el impacto psicológico que produce la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y sus secuelas neuropsiquiátricas, subraya la importancia de los servicios de Salud Mental, tanto para ayudar a las personas ya infectadas, como para planificar y dirigir campañas de fomento a la salud relacionadas con el SIDA, ofreciendo orientaciones sobre el empleo de métodos y técnicas educativas específicas, que han demostrado

su eficacia en otras grandes campañas de salud encaminadas a modificar la conducta de individuos o grupos.

Tenemos que convencernos de que el SIDA no es solamente un virus mortal, sino una enfermedad que conlleva mucho sufrimiento humano que es posible aliviar. Es por ello que, los Servicios de Salud Mental y la atención debida al enfermo pueden paliar este gran reto que ahora tiene la humanidad con esta enfermedad del SIDA.

I.2 TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Actualmente se ha llegado a acordar una definición descriptiva del trastorno obsesivo compulsivo (TOC) como la propuesta por el DSM IV, que incluye al TOC dentro de los trastornos ansiosos, definiendo como característica principal de éste, la presencia de pensamientos obsesivos u actos compulsivos de carácter recurrente¹³.

Se definen Obsesiones como ideas, pensamientos, impulsos o imágenes de carácter persistente que el individuo considera intrusivas e inapropiadas y que provocan una ansiedad o malestar significativos, malestar que se ha denominado "egodistónico"¹⁴, para hacer referencia a la sensación del individuo de que la obsesión es ajena a su control y no encaja con el tipo de pensamientos que el desearía tener. Sin embargo, el individuo es capaz de

¹³ Carwath, Miller. Psicoterapia conductual en asistencia primaria: manual práctico. España 1989 Pp, 201

¹⁴ MASSON, **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV** Barcelona, España 1996.

reconocer que estas obsesiones son producto de su mente y no vienen impuestas desde fuera (como sucede en la inserción de pensamiento).

Las obsesiones son un conjunto de ideas, pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes y persistentes que la persona considera intrusas o inapropiadas. Su contenido es molesto y en ocasiones incluso vergonzoso para el paciente¹⁵.

Las obsesiones más frecuentes son ideas recurrentes que versan sobre temas como la contaminación (contraer una enfermedad al dar la mano a alguien), dudas repetitivas (preguntarse a uno mismo si ha realizado un acto concreto, por ejemplo, si ha atropellado a alguien) necesidad de disponer las cosas en un orden determinado (malestar frente a objetos desordenados o asimétricos), impulsos de carácter impulsivo u horroroso (matar a alguien, gritar obscenidades) y fantasías sexuales (una imagen pornográfica recurrente) Estos pensamientos, impulsos o imágenes, no constituyen simples preocupaciones excesivas por problemas de la vida real, sino que rara vez se relacionan con hechos de la vida real de la persona. El individuo que tiene obsesiones intenta con frecuencia ignorar o suprimir estos pensamientos o impulsos, o bien neutralizarlos mediante otras ideas o actividades (es decir, compulsiones).

Por ejemplo, un individuo lleno de dudas sobre si ha desconectado el horno, intenta neutralizarlas comprobando una y otra vez que efectivamente se encuentra apagado.

Las Compulsiones se definen como comportamientos (por ejemplo, lavado

¹⁵ Vila, J., Fernández, M. **Activación y conducta**.
Madrid. Alambra (1990): Pp. 143

de manos, comprobaciones) o actos mentales (como rezar, contar, repetir palabras) de carácter recurrente, cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o el malestar, pero no proporcionar placer o gratificación.

Las compulsiones son conductas repetitivas y aparentemente finalistas, que se realizan según determinadas reglas o formas estereotipadas que el sujeto realiza para disminuir la ansiedad. Pueden ser compulsiones conductuales, que son rituales observables, o compulsiones cognitivas, rituales no observables pues ocurren en la mente del sujeto¹⁶.

Las obsesiones o compulsiones producen un malestar clínicamente significativo, suponen una pérdida de tiempo notable (ocupan más de una hora al día) o interfieren mucho en la rutina diaria del individuo, su rendimiento laboral o sus actividades sociales o relacionales.

I.2.1 ASPECTOS HISTORICOS

El término obsesión proviene del latín *obsessio*, -onis; significa asedio, es utilizado como sustantivo para describir una perturbación anímica producida por una idea fija, o una idea que pertinazmente asalta a la mente de una persona. Desde el punto de vista de la patología es un síndrome de carácter ideativo y emocional, que consiste en la aparición de pensamientos o sentimientos que se imponen y van acompañados con estados de ansiedad; en este estado obsesivo hay una imposición de la idea obsesiva o de la emoción sobre el paciente variando en el grado de imposición pudiendo llegar a lo gravemente patológico tiranizando la voluntad del sujeto.

¹⁶ Ibid. Pág 144

Otra acepción del término obsesión es la aportada por The C.V.Mosby Co. (1989) que propone que es una idea, temor o impulso que se apodera del ánimo del paciente, dominándolo por completo y provocando un estado de ansiedad y angustia.

Por su parte, Dorsch (1981) tiene en cuenta la derivación latina de *obsidere* que significa sitiarse, cercar, y define el término como "idea, temor, acto que se presenta repetidamente y es sentido por el individuo como forzado, impuesto en contra de su voluntad".

Se considera el término obsesión como "preocupación intelectual o afectiva que acosa a la conciencia".

Por otra parte, el término compulsión va íntimamente asociado al de obsesión, así pues la compulsión es la consecuencia de la obsesión, y que derivado del latín *compulsio*, - *onis* se como "apremio y fuerza que, por mandato de autoridad, se hace a uno, compeliéndole a que ejecute alguna cosa".

Además se define como "impulso irracional, irresistible y repetitivo de realizar un acto contrario a la razón que produce ansiedad si no se lleva a cabo, y suele ser resultado de una idea obsesiva".

Otros autores lo definen como "fuerza interior que determina y domina el pensamiento y la acción de una persona en contra de su voluntad y el individuo se siente coaccionado".

Sillamy (1974) ve en el término la "tendencia a la repetición, donde el sujeto realiza actos irracionales sabiendo muy bien que no corresponden a ninguna razón lógica, y sólo para conjurar la angustia que nacería si no se realizase estas acciones".

Como se ve en las definiciones anteriores es difícil diferenciar realmente una obsesión de una compulsión en el sentido de que en ambos términos se incluye tanto ideas, pensamientos, temor, emociones, impulsos, sentimientos y actos, junto al denominador común de la ansiedad. Es decir, en las definiciones anteriores no está delimitado cada uno de los componentes de la obsesión y/o de la compulsión. No obstante sí se ponen de manifiesto características diferenciales respecto a otros trastornos o psicopatologías, especialmente en cuanto a la diferenciación de neurosis/psicosis, en ningún caso se refiere que los sujetos con obsesiones o compulsiones presenten ideas delirantes o alucinaciones, sin embargo es algo que en algún momento del proceso del sujeto puede estar presente mediante síntomas de psicosis reactivas breves cuando la sintomatología de la neurosis obsesivo-compulsiva genera en el sujeto un grado de deterioro o alcanzan un grado de frecuencia e intensidad tal que su comportamiento puede verse afectado por síntomas de tipo psicótico; en otras ocasiones es difícil delimitar si la idea obsesiva puede corresponder a un trastorno de tipo paranoide o simplemente camufle una depresión o sea consecuencia de ésta.

Otros autores plantean que los trastornos obsesivos pueden desarrollarse tempranamente pero verdaderamente el síndrome obsesivo no puede sentirse subjetivamente por debajo de cierta edad y de cierto nivel de maduración mental que se sitúa alrededor de los 7 años de edad. El comportamiento obsesivo-compulsivo en el niño no puede valorarse sólo como una descripción sintomática ya que "puede tener, considerando el momento evolutivo del niño, un valor de normalidad o de anormalidad".

Estos autores en referencia a Piaget proponen que una ritualización convulsiva es inherente al desarrollo normal del niño ya que en el curso de todas sus actividades el niño ve al mismo tiempo placer y displacer, y el

ritual se encuentra en todas las formas de aprendizaje, y llega el momento en el que el niño impone sus propios hábitos, así dependiendo de la intolerancia o de la complacencia inflexibles de los padres dependerá el riesgo de que el niño fije tales rituales. En el período de latencia, cuando el Yo comienza a afirmarse y a organizarse los mecanismos de defensa, reaparecen los rituales encontrándose comportamientos compulsivos de tipo manía de lavado, ritos al acostarse, actividades de orden, enumeración, recordatorios, necesidades de control, etc. y al mismo tiempo observarse rasgos de personalidad obsesivos como meticulosidad en los actos, perfeccionismo, elección precisa de expresiones verbales, inestabilidad o inhibición psicomotriz, focalización de actos en forma de tics y pensamiento lento o sin fluidez.

Ajuriaguerra clasifica el síndrome obsesivo en el curso de la pubertad o de la adolescencia en (1).obsesiones ideativas, (2)obsesión fóbica y (3).obsesiones impulsivas. En las primeras, ideativas, la característica esencial es la duda y la rumiación dialéctica de contrarios; en la segunda, fóbica, el rasgo importante es la fobia; y en la tercera, impulsiva, el temor a actuar o pensar de una forma determinada acompañándose con una lucha ansiosa que evita el cumplimiento del acto, encontrándose los caracteres propios de la obsesión. También afirma que la evolución de la sintomatología obsesiva puede generar otros cuadros sindrómicos o preceder a una desorganización psicótica, e incluso ser el mecanismo defensivo contra una psicosis, no obstante otros autores como Bollea y Giannotti consideran que la aparición de obsesiones y compulsiones están en la base depresiva de la personalidad, y Guareschi y Fabiani (1972) refieren que los síntomas obsesivo-compulsivos pueden ser manifestaciones de una psicosis depresiva de fondo, a una psicosis esquizofrénica, una depresión neurótica o una neurosis con defensa obsesiva.

Entre las conductas que caracterizan el trastorno se pueden identificar obsesiones y compulsiones:

Según Dowson (1977)¹⁷ las obsesiones que caracterizan el trastorno se pueden clasificar en:

1. obsesiones de dañar físicamente a otros
2. obsesiones de perder el control de sí mismo
3. obsesiones de contaminación
4. obsesiones de contenido sexual
5. obsesiones de contenido religioso o filosófico

I.2.2 CLASIFICACION DE LAS COMPULSIONES

1. Rituales de limpieza: Alrededor de la mitad de los pacientes con trastorno obsesivo pertenecen a este grupo. Experimentan temor a contaminarse cuando entran en contacto con algún objeto.

2. Rituales de Chequeo repetitivo: Se dividen en los "Chequeadores" y los "Repetidores". Los "Chequeadores" ejecutan sus rituales para aliviar la ansiedad que les produce sus obsesiones. Existe la convicción que la ejecución del ritual evitará desgracias personales o familiares, por ejemplo, chequear si apagó el horno. Los repetidores reproducen una acción un específico y "mágico" número de veces, para prevenir una desgracia.

3. Lentitud Compulsiva: Desempeñan sus actividades rutinarias con extrema

¹⁷ Op cit. Pág. 223

lentitud, lo que les impide llevar una vida normal dentro de su contexto social. Se produce a causa de un exceso de meticulosidad para desarrollar sus quehaceres.

I.2.3 TRASTORNOS ASOCIADOS AL TOC

Un bajo porcentaje de pacientes tiene el TOC como único diagnóstico. Se asocia a trastornos ansiosos (Fobia específica, fobia social, trastornos de angustia) a trastornos depresivos, a trastornos alimentarios y a trastornos obsesivo compulsivo de Personalidad.

Últimamente se le ha asociado a un espectro de desórdenes que tienen en común preocupaciones o pensamientos obsesivos como la apariencia física (trastorno corporal dismórfico), peso corporal (anorexia nerviosa) o enfermedades corporales (hipocondriasis), o por estereotipias, rituales o conductas de tics (Síndrome de la Tourette), descontrol impulsivo (tricotilomanía, compulsiones sexuales y jugadores patológicos en los adultos).

I.2.4 DIMENSION CUANTITATIVA DEL PROBLEMA

El trastorno obsesivo compulsivo muestra una incidencia similar en varones y mujeres.

El trastorno se suele iniciar en la adolescencia o a principios de la edad adulta, pero puede aparecer en la infancia. La edad modal de inicio es entre los 6 y 15 años para los varones, y entre 20 y 29 años en las mujeres. Presenta un curso crónico con altas y bajas, con exacerbaciones de los síntomas por acontecimientos estresantes.

La tasa de concordancia entre gemelos homocigotos es más alta que la de los gemelos di cigotos. La incidencia del trastorno en parientes de primer grado de individuos con Síndrome de la Tourette es superior a la observada en la población general.

I.2.5 LA RELACION FUNCIONAL ENTRE OBSESIONES Y COMPULSIONES

Algunos autores sugieren que el síndrome obsesivo compulsivo consiste en una serie de eventos (manifiestos o encubiertos) que generan ansiedad estos eventos reciben el nombre de obsesiones. Para aliviar la ansiedad producida por las obsesiones se ejecutan una serie de conductas (manifiestas o encubiertas) estas conductas las denominamos compulsiones¹⁸.

Por otra parte han llamado recientemente la atención acerca de la adecuación que pueden tener los criterios diagnósticos del DSM para el TOC. Estos autores recuerdan el análisis llevado a cabo en del DSM para el TOC se han visto influenciados por una serie de conceptos o ideas tradicionales.

1. Las obsesiones elicitán sentimientos subjetivos de malestar o ansiedad.
2. Las obsesiones y las compulsiones pueden estar relacionadas funcionalmente o ser independientes.

¹⁸ Belloch Amparo **MANUAL DE SICOPATOLOGÍA** MCGRAW-HILL INTERAMERICANA España 1995

3. Las obsesiones son acontecimientos cognitivos (pensamientos, ideas, imágenes), mientras que las compulsiones son conductas manifiestas (lavarse, comprobar el gas)...
4. La persona que padece un trastorno obsesivo-compulsivo reconoce que sus síntomas no tienen sentido.

Sin embargo como señalan Hembree y sus colaboradores, los resultados de una serie de trabajos indican que tales ideas deberían ser reconsideradas. Es conveniente estudiar con algún detalle el análisis que llevan a cabo estos autores, pues creemos que puede resultar de utilidad a la hora de considerar la posible relación funcional entre obsesiones y compulsiones.

I.2.6 NATURALEZA Y RELACION DE LAS OBSESIONES Y COMPULSIONES

En opinión de Hembree y su equipo, las tres primeras cuestiones están claramente interrelacionadas, ya que se centran en la naturaleza y función de las obsesiones y compulsiones. Si analizamos los criterios planteados en el DSM-III-R, vemos que explícitamente afirman que las obsesiones son acontecimientos mentales y, tácitamente nos lleva a la conclusión de que las obsesiones causan malestar. De la misma forma, la definición de las compulsiones también sugiere indirectamente que las obsesiones causan malestar.

Existe abundante evidencia empírica respecto a que la obsesión produce malestar, y también existe apoyo para la idea de que la conducta compulsiva en principio, sirve para reducir la ansiedad; tales datos resultan consistentes con la relación dinámica entre obsesiones y compulsiones que

preconizan los criterios del DSM-III-R . Sin embargo esto parece entrar en conflicto con otra idea que también está presente en el DSM, "las compulsiones son... conductas que se efectúan como respuesta a una obsesión... o de acuerdo con determinadas reglas" En suma, sí parece estar claro que las obsesiones causan malestar pero ¿las compulsiones se realizan siempre como respuesta a una obsesión, o pueden entenderse también de otro?.

También se ha prestado atención a la posible relación existente entre obsesiones y compulsiones. Algunos autores afirman que en la gran mayoría de casos la obsesión da lugar a la compulsión, esto es, las compulsiones sirven para neutralizar o prevenir un posible daño. Ahora bien, a veces, la obsesión se da sola, no da lugar a una compulsión, y a veces la compulsión también aparece sola sin estar precedida por una obsesión. Un modo útil de comprender la relación entre obsesiones y compulsiones es considerar los elementos que conforman una experiencia obsesiva-compulsiva.

Desdichadamente, muchos autores tienden a asumir que las compulsiones son necesariamente conducta manifiesta. Consideran las obsesiones como acontecimientos mentales y las compulsiones como acontecimientos motores, manifiestos. Esta división es incorrecta. Ciertamente es verdad que las obsesiones son acontecimientos mentales, pero no todas las compulsiones son conductas motoras. Muchos pacientes tienen compulsiones mentales o encubiertas que tienen todas las características fundamentales de las compulsiones manifiestas.

Por tanto que deberíamos referirnos a ellas como compulsiones o rituales cognitivos.

I.2.7 RECONOCE EL PACIENTE QUE SUS SÍNTOMAS NO TIENEN SENTIDO?

La idea de que el paciente obsesivo-compulsivo reconoce que sus obsesiones y compulsiones son absurdas y sin sentido. Para rastrear el posible origen de esta idea, estos autores recuerdan la conceptualización que tienen del trastorno obsesivo-compulsivo¹⁹.

Este punto también fue estudiado en la investigación llevada a cabo en el marco del DSM-IV por el grupo del trabajo del TOC, y los resultados están en línea de lo ya comentado: al preguntarles sobre las consecuencias catastróficas que se podían producir si no realizaban los rituales, un 13 por 100 de los pacientes pensaba que sus síntomas no tenían sentido, un 4 por 100 estaba firmemente convencido de que el desastre se iba a producir si ellos no lo evitaban por medio de los rituales y el resto de la muestra informaba de grados intermedios de certeza acerca de la irracionalidad de sus temores.

I.2.8 MANIFESTACIONES CLINICAS DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Una serie de autores han intentado delimitar los posibles subtipos clínicos que es posible encontrar entre los pacientes con diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo. Citaremos la clasificación de Marks:

a. Rituales compulsivos con obsesiones

Los pacientes evitan los estímulos evocadores de los rituales, dentro de esta categoría distingue varios subtipos (como algunos pacientes manifestaron más de un tipo de ritual, la suma de los porcentajes es mayor que 100).

¹⁹ Ibid. Pág. 107

b. Rituales de Limpieza

Más frecuente en mujeres que en hombres. Los pacientes temen y evitan cualquier foco (real o imaginario) de suciedad o contaminación (pueden tener miedo cada vez que orinan, defecan, se masturban, pasan delante de un hospital...) posteriormente llevan a cabo largos y complicados rituales de limpieza.

c. rituales de repetición

El ejemplo más característico es el de los rituales con números (cada vez que un pensamiento irrumpe en la cabeza es necesario repetir un determinado número siguiendo una secuencia específica), pero puede repetirse cualquier tipo de acción. En algunos casos, el paciente, debe repetir la acción. En algunos casos, el paciente debe repetir la acción hasta que logra realizarla "correctamente".

d. Rituales de comprobación.

Es más frecuente en hombres que en mujeres. Los pacientes pueden comprobar reiterada y repetidamente las cosas variopintas, desde si está cerrada la llave del gas o la del agua en su casa, hasta volver atrás en la calle para comprobar que no han matado a la persona con la que se acaban de cruzar.

e. Rituales de orden.

Les causa un enorme malestar ver cosas u objetos "fuera de su sitio" y pueden pasar horas ordenando objetos de una manera determinada.

I.2.9 RELEVANCIA DEL PROBLEMA EN LA PSICOLOGIA:

La persona que presenta trastorno obsesivo compulsivo, se encuentra atrapada en un patrón de pensamientos repetitivos y comportamientos ritualísticos que no puede controlar, generando una situación de estrés emocional difícil de sobrellevar. Sus obsesiones o compulsiones pueden llegar a ser tan intensas que le sea imposible disminuir su nivel de ansiedad, incluso desarrollando sus rituales compulsivos, lo que aumenta la probabilidad de aparición de trastornos ansiosos o depresivos que van aun más en desmedro de la persona.

Por otra parte, la imperiosa necesidad de llevar a cabo rituales compulsivos o incluso las mismas obsesiones, pueden perturbar significativamente la capacidad de la persona de funcionar en su ambiente cotidiano, ya sea hogar, trabajo o escuela, llegando a incidir en el rendimiento laboral o escolar, en el cumplimiento de reglas y funciones y en la aparición de conflictos interpersonales en cualquiera de estos ámbitos, lo que resulta en nueva fuente de angustia para el individuo.

A pesar que la compulsión alivia temporalmente la ansiedad, pueden irse generando ideas que afecten la autoimagen de la persona, por ejemplo: “ Esto que estoy haciendo es ridículo”, “soy un tonto al pensar esto”, “debo estar volviéndome loco”. Ideas como estas pueden aparecer, especialmente, si el individuo y sus familiares cercanos desconocen que la serie de pensamientos y conductas que muestra, constituyen un trastorno emocional que puede ser tratado y se encuentra presente en una proporción considerable de la población.

La presencia del trastorno en la niñez y adolescencia, puede manifestar serias interferencias en el desarrollo emocional y social-relacional del niño, por la conflictividad interna y excesiva carga de ansiedad generada

por el trastorno, pudiendo incidir en el desarrollo de estas etapas, tan fundamentales para la construcción de la personalidad, autoestima y auto concepto.

El creciente número de casos de infecciones del VIH hace necesario prestar gran atención a esta problemática, es insuficiente lo que se dice a través de campañas, medios y toda clase de publicaciones acerca del virus y del SIDA, pero menos aún se ha tenido a la vista en cuanto a las repercusiones psicológicas que conlleva el afrontar un proceso tan complejo como la aceptación del contagio y la perspectiva que se debe abordar para la superación de dicho proceso, es necesario conocer los diferentes cambios que se producen no solo físicamente sino también psicológicamente para atender de una manera integral a quienes padecen este mortal virus.

Conoceremos los conceptos relacionados tanto con el virus de Inmunodeficiencia humana como del trastorno obsesivo compulsivo, del cual pretendemos determinar su incidencia en pacientes seropositivos.

1.3 UNA EXPLICACIÓN DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO DESDE LA TEORÍA BIOLÓGICA

El supuesto que el TOC tenga una base neurobiológica se fundamenta en la evidencia de que muchos de los pacientes responden bien al tratamiento farmacológico que repone los bajos niveles del neurotransmisor Serotonina, (lo que significa una rápida mejoría en la sintomatología del paciente). Además se ha comprobado la contribución de otros dos neurotransmisores en el mantenimiento del trastorno, estos son la Dopamina y la

Norepinefrina. También existe evidencia de patrones de actividad neuroquímica anormales en ciertas regiones del cerebro.

Actualmente se estudia la hipótesis de ciertas bases genéticas que incidirían en la gestación del TOC.

I. 4 UNA EXPLICACIÓN DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO DESDE LA TEORIA COGNITIVO CONDUCTUAL

En 1962, el Dr. Aaron T. Beck inicia una nueva propuesta en psicoterapias que denomina Terapia Cognitiva (TC) y que muy pronto adquiriría gran prestigio por su eficacia para enfrentar la depresión. Ambas corrientes, junto con otras nuevas orientaciones integradoras, conductuales y sociales, están comprendidas en lo que hoy podríamos denominar la "corriente cognitiva conductual" en psicoterapias, que adopta el modelo de la psicología cognitiva.

El paradigma de la psicología cognitiva (y las terapias cognitivas) consiste en el principio de la mediación cognitiva. Sintéticamente: La reacción (o respuesta emotiva o conductual) ante una situación (o estímulo) está mediada por el proceso de significación (o evaluación) con relación a los objetivos (metas, deseos) de cada persona. Entre las presentaciones y defensas de este modelo podemos citar a Richard Lazarus (1991) y a Mark Williams & otros (1997).

Las estructuras cognitivas, generalmente denominadas *esquemas*, que dan lugar a las evaluaciones y a las respuestas, son el resultado de predisposiciones genéticas y del aprendizaje generado a través de las experiencias vividas, propias de cada persona.

Toda terapia, por lo tanto implicará una modificación de estas estructuras con la consiguiente modificación de las evaluaciones que logrará una modificación de las respuestas (emotivas y/o conductuales). De esta manera, sin desconocer el enfoque médico biológico de los trastornos, sino sumándose al mismo, este modelo psicoterapéutico aporta al proceso de cambio el concepto de reaprendizaje, para lo cual puede recurrir a las teorías del aprendizaje. Entre las teorías del aprendizaje podemos citar el modelo social cognitivo de Albert Bandura (1986). Las técnicas y recursos psicoterapéuticos abarcan un amplio espectro, basadas tanto en la teoría como en la experiencia clínica.

Algunas de las características prácticas más destacadas de este modelo psicoterapéutico son:

Su brevedad.

Su centrado en el presente, en el problema y en su solución.

Su carácter preventivo de futuros trastornos.

Su estilo de cooperación entre paciente y terapeuta.

La importancia de las tareas de auto-ayuda a realizarse entre sesiones.

I.4.1 EL SISTEMA COGNITIVO:

Siendo "S" el estímulo o situación, "P" el sistema y procesamiento cognitivo (pensamientos) y "R" la respuesta o reacción. El modelo se representa por la relación

$S \rightarrow P \rightarrow R$

Las reacciones pueden ser: emotivas, conductuales o fisiológicas. Los pensamientos automáticos son los pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento, sino más bien parecen brotar automáticamente. Estos pensamientos pueden tener forma verbal ("lo que me estoy diciendo a mí mismo") y/o visual (imágenes).

Los pensamientos automáticos surgen de las *creencias*. Estas creencias son ideas que son tomadas por la persona como verdades absolutas. Las creencias más centrales o creencias nucleares son interpretaciones tan fundamentales y profundas que las personas frecuentemente no las expresan ni aún a sí mismas, no tienen clara conciencia de ellas. Estas creencias nucleares desarrolladas desde la infancia consisten en definiciones, evaluaciones o interpretaciones de *sí mismos*, de las *otras personas* y de su *mundo*.

Las creencias nucleares representan el nivel más profundo, fundamental, rígido y global de interpretación, que influye en los otros niveles. Los pensamientos automáticos o palabras e imágenes que están en nuestra mente son relativos a las situaciones y representan el nivel más superficial de cogniciones. Entre ambos niveles están las denominadas *creencias intermedias*, influidas por las nucleares (e influyentes sobre los pensamientos automáticos).

Las creencias intermedias están constituidas por: *reglas (normas)*, *actitudes* y *supuestos*.

I.4.2 EL MODELO COGNITIVO Y EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Las teorías biológicas apuntan a que las personas con este trastorno tienen una alteración cerebral en la corteza prefrontal derecha y un aumento del neurotransmisor llamado serotonina. Dentro de los medicamentos más

usados para tratar este trastorno están los que afectan directamente a este neurotransmisor²⁰.

Algunos autores han mencionado que los pensamientos intrusivos y repetitivos pueden presentarse en personas sin el trastorno obsesivo compulsivo. Lo que representa un desencadenante del trastorno es el convencimiento de dichos pensamientos.

Las personas con el trastorno sobrevaloran:

1. La posibilidad de que los eventos negativos ocurran.
2. El grado de responsabilidad que conllevan
3. El daño podría resultar
4. Las consecuencias de ser responsables

El modelo cognitivo se basa en la modificación de estas creencias, en forma experimental y colaborativa con el paciente, acerca de las ideas obsesivas o sea el esquema de sobrevalorar el peligro y la responsabilidad.

Extinción, habituación, exposición y prevención de respuestas son los pasos clave.²¹

Las estructuras cognitivas, generalmente denominadas *esquemas*, que dan lugar a las evaluaciones y a las respuestas, son el resultado de predisposiciones genéticas y del aprendizaje generado a través de las experiencias vividas, propias de cada persona.

Toda terapia, por lo tanto implicará una modificación de estas estructuras con la consiguiente modificación de las evaluaciones que logrará una

²⁰ Quinto Barrera, See King **El modelo cognitivo** Psicoterapia revisada, Guatemala 2002 pág. 62

²¹ Ibid. pág. 63

modificación de las respuestas (emotivas y/o conductuales)²². De esta manera, sin desconocer el enfoque médico biológico de los trastornos, sino sumándose al mismo, este modelo psicoterapéutico aporta al proceso de cambio el concepto de reaprendizaje, para lo cual puede recurrir a las teorías del aprendizaje. Entre las teorías del aprendizaje podemos citar el modelo social cognitivo de Albert Bandura (1986). Las técnicas y recursos psicoterapéuticos abarcan un amplio espectro, basadas tanto en la teoría como en la experiencia clínica.

I.5 PREMISAS Y POSTULADOS

- Los pensamientos obsesivos y conductas compulsivas pueden ser reactivos a la condición VIH.
- La estigmatización de los pacientes con VIH, produce mayor estrés, aumentando sus psicopatologías.
- Las obsesiones y compulsiones, contribuyen a un deterioro del estado de salud mental de los pacientes seropositivos, contribuyendo a un deterioro físico.
- La condición VIH puede ser un desencadenante del trastorno obsesivo compulsivo originado previamente a la infección.
- Los pensamientos obsesivos se presentan en mayor número que las conductas compulsivas dentro de la condición VIH

²² **Alford, B. & Beck, A.**
The Integrative Power of Cognitive Therapy. New York(1997): Guilford Press.

I.6 HIPÓTESIS

“Los pacientes seropositivos presentan una alta incidencia de síntomas obsesivo- compulsivos”.

1.7 Definición conceptual y operacional de las variables:

Variable independiente: Condición VIH

Variable dependiente: Pensamientos obsesivos
Conductas compulsivas

1.7.1 VARIABLES E INDICADORES

Variable independiente	Condición VIH
<p>Definiciones conceptuales</p>	<p>El SIDA, ocasionado por el VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana). EL SIDA es el final y la etapa más seria de la enfermedad producida por el VIH.</p>
<p>Definición operacional</p>	<p>Dx médico</p> <p>Está caracterizado por signos y síntomas de inmunodeficiencia (falta de defensa contra infecciones) muy intensos. Este virus ataca al sistema inmune y deja el cuerpo vulnerable a una gran variedad de enfermedades. Suelen estar ocasionadas por bacterias, hongos y virus muy comunes que ordinariamente no ocasionan enfermedad.</p> <p>Deterioro del sistema inmunológico Trastorno de ansiedad:</p>

<p>Indicadores de Variables</p>	<p>Alteraciones neuropsiquiátricas</p> <p>Trastornos de personalidad como impulsividad</p> <p>Inatención, pérdida de memoria, bradipsiquia, apatía, ataxia y debilidad en extremidades inferiores de curso progresivo</p> <p>TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO</p>
<p>Definición operacional</p>	<p>El término obsesión proviene del latín <i>obsessio</i>, -onis; significa asedio, es utilizado como sustantivo para describir una perturbación que pertinazmente asalta a la mente de una persona. Desde el punto de vista de la patología es un síndrome de carácter ideativo y emocional, que consiste en la aparición de un estado anímico producido por una idea fija, o una idea pensamientos o sentimientos que se imponen y van acompañados con estados de ansiedad; en este estado obsesivo hay una imposición de la idea obsesiva o de la emoción sobre el paciente variando en el grado de imposición pudiendo llegar a lo gravemente patológico tiranizando la voluntad del sujeto.</p>

	<p>Pensamientos obsesivos: Se definen Obsesiones como ideas, pensamientos, impulsos o imágenes de carácter persistente que el individuo considera intrusivas e inapropiadas y que provocan una ansiedad o malestar significativos, malestar que se ha denominado “egodistónico”, para hacer referencia a la sensación del individuo de que la obsesión es ajena a su control y no encaja con el tipo de pensamientos que el desearía tener. Sin embargo, el individuo es capaz de reconocer que estas obsesiones son producto de su mente y no vienen impuestas desde fuera.</p> <p>Conductas compulsivas: Las Compulsiones se definen como comportamientos (por ejemplo, lavado de manos, comprobaciones) o actos mentales (como rezar, contar, repetir palabras) de carácter recurrente, cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o el malestar, pero no proporcionar placer o gratificación.</p>

Indicadores de variables	<p>Pensamientos obsesivos (según DSM IV)</p> <p>Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, alguna vez durante la perturbación, como intrusivos e inapropiados y causan marcada ansiedad o malestar.</p> <p>La persona intenta ignorar o suprimir tales pensamientos o impulsos y neutralizarlos con algún otro pensamiento o acción.</p> <p>La persona reconoce que los pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son un producto de su propia mente.</p> <p>Compulsiones (según DSM IV)</p> <p>Conductas repetitivas (por ejemplo, lavado de manos, orden, comprobación) o acciones mentales (por ejemplo, rezar, contar, repetir palabras en silencio) que la persona se siente impulsada a realizar en respuesta a una obsesión, o de acuerdo con reglas que deben aplicarse rígidamente.</p> <p>Las conductas o acciones mentales están dirigidas a neutralizar o reducir el malestar o algún acontecimiento o situación temida.</p>
---------------------------------	---

	<p>Las obsesiones o compulsiones producen marcado malestar, pérdida de tiempo; o interfiere significativamente con la rutina habitual del individuo, con su actividad profesional, con sus actividades sociales o sus relaciones con los demás.</p>

CAPITULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La investigación se llevó a cabo en la fundación Marco Antonio que cuenta con un equipo de enfermeras, personal administrativo, médico y de servicio, que atiende a la población seropositiva que acude a dicha institución

La muestra seleccionada la constituyó el total de pacientes atendidos durante el tiempo que duró el estudio, siendo estos ambulatorios y que ingresan temporalmente con algún tipo de complicación y luego de su recuperación vuelven al tratamiento ambulatorio.

1. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos:

a. Técnica de Muestreo

La selección de la muestra objeto de investigación se obtuvo mediante el muestreo intencional o de juicio. Ya que se tomo en consideración la opinión del médico y de las jefas de enfermeras y del propio paciente ya que en principio se determinó que pacientes debido a su estado de salud estaban en capacidad de responder la escala Yale – Brown, seguidamente se les solicitó su autorización a través de una notificación de consentimiento informado.

b. Técnica de Recolección de Datos:

Los instrumentos que se utilizaron para la recopilación de la información, que permitieron el logro de los objetivos, así como dar respuesta a las preguntas de investigación fueron:

b.1 Observación Documental:

Esta técnica consistió en la revisión y análisis de los expedientes médicos de los pacientes a fin de conocer detalles del proceso de infección y el tiempo de haber recibido el diagnóstico positivo.

b2. Recolección de la información:

Se llevó a cabo a través de la revisión, análisis y resumen de las diferentes fuentes bibliográficas referidas y proporcionadas por el asesor de la investigación y las consultadas por los investigadores y que contenían y aportaban valiosa información sobre el problema a investigar.

b.3 Escala Obsesivo compulsiva de Yale – Brown (Y-Bocs)

Recolección de la información general de los pacientes a los que se les aplicó la escala Yale – Brown. Se aplicó en forma individual y en algunos casos se brindó ayuda al paciente para llenar las respuestas ya que por su condición algunos presentaban dificultades para escribir.

La escala de Trastorno Obsesivo compulsivo Yale Brown (Y-BOCS) permite tasar la severidad del trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC).

Esta escala de 10 preguntas, tiene 5 preguntas sobre obsesiones y otras 5 sobre compulsiones.

Cada pregunta tiene 5 posibles respuestas, valoradas de 0 a 4 puntos.

Una puntuación total de 16 a 23 indica una severidad moderada. Sin embargo, los pacientes con una puntuación de 10 o más pueden recibir tratamiento.

Si el paciente muestra claramente una conducta compulsiva, entonces, se hace necesario una evaluación cuidadosa.

PUNTAJE TOTAL YALE – BROWN
RANGO DE SEVERIDAD DEL TOC

0 –7 Subclínica

8 –15 Leve

16 – 23 Moderada

24 – 31 Severa

32 – 40 Extrema

b.4 Entrevista

Permitió la recopilación de información, después de calificada la prueba y determinar que pacientes presentaban síntomas Obsesivo Compulsivo se realizó la entrevista en forma individual para conocer cuales son los pensamientos y conductas recurrentes en los pacientes seropositivos y cual es el grado de malestar e interferencia que provocan.

Esta técnica, brindó la posibilidad de ampliar información y clarificar dudas.

c. Técnica de Análisis Estadístico:

Por tratarse de un estudio de tipo exploratorio, se realizó el análisis estadístico a partir de la aplicación de la técnica del análisis porcentual, en función de las frecuencias de incidencia, para cada uno de los indicadores evaluados.

Los procedimientos seguidos para el análisis porcentual implicaron en primer lugar:

- Cálculo de las frecuencias de ocurrencia, en el ámbito de los parámetros establecidos a través de la escala de Yale Brown.

- Cálculo de las frecuencias de ocurrencia en los resultados de la calificación de la escala Yale Brown a través los parámetros establecidos en el proyecto de investigación, los cuales son los siguientes:
 - Incidencia de trastorno Obsesivo compulsivo en pacientes con VIH.

 - Gravedad del Trastorno Obsesivo Compulsivo

 - Incidencia de síntomas Obsesivo-compulsivos en pacientes con VIH por edad.

 - Incidencia de síntomas Obsesivo-compulsivos en pacientes con VIH por sexo.

 - Principales pensamientos obsesivos referidos por los pacientes.

 - Principales conductas compulsivas referidas por los paciente y observadas por el personal de atención de la institución.

La información se presentó en cuadros estadísticos correspondientes. Para el procesamiento de los datos obtenidos, tanto en el ámbito del análisis de los compendios, así como en las entrevistas realizadas, se utilizaron elementos de la Estadística Descriptiva.

CAPITULO III

PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

La investigación se llevó a cabo en la fundación Marco Antonio fundada en el año 1996, ubicada en la 5ta. Avenida 8-33 de la zona 4 de la ciudad capital, atiende a pacientes seropositivos de diferentes partes de la república brindándoles hospitalización a quienes así lo requieran y tratamiento ambulatorio a los pacientes que han sido rehabilitados, cuenta con un equipo de enfermeras, personal administrativo, médico y de servicio, que atiende a la población seropositiva que acude a dicha institución. además de contar con el área de educación que se encarga de talleres educativos y de prevención, así como pruebas para diferentes infecciones de transmisión sexual y VIH.

Cuenta con lo necesario: mobiliario y equipo, medicamentos, clínica, camas, comedor e iluminación, adecuados para el tipo de servicio que presta.

Es así como se decide tomar de tipo intencionado la muestra a los pacientes que acuden a recibir atención.

De acuerdo a los resultados obtenidos por medio de la aplicación de la escala Obsesivo Compulsiva de Yale Brown y la entrevista posterior se dan a

conocer las tablas de puntajes obtenidos de acuerdo a los parámetros previamente establecidos y criterios para la presentación de los siguientes resultados.

No.	CODIGO	PUNTEO	GRAVEDAD	EDAD	SEXO	PENSAMIENTOS OBSESIVOS RECURRENTES	CONDUCTAS COMPULSIVAS RECURRENTES	TIEMPO DE CONOCER EL DX
1	WS270704	4	Sub-clínica	21	F	No refirió	No refirió	6 meses
2	01-240-03	6	Sub-clínica	26	M	No refirió	No refirió	4 meses
3	WLC270704	19	Moderada	36	M	Bienestar de La familia	No refirió	4 años
						Horario de medicamentos		
4	01-417-04	18	Moderada	46	M	Bienestar de la familia	Rezar	7 meses
5	01-421-04	19	Moderada	44	M	Olvidar cita con el doctor	No refirió	6 meses
6	01-424-04	20	Moderada	25	F	culpa	Rezar	1 año
7	01-212-03	16	Moderada	32	M	Olvidar cita con el doctor	Tomar el medicamento	2 años
8	01-436-04	23	Moderada	35	M	Pérdida del empleo	No refirió	3 meses

9	01-389-04	20	Moderada	61	M	Negación	No refirió	4 meses
10	01-365-04	19	Moderada	26	M	Horario de medicamentos	No refirió	2 años
						rechazo		
11	01-432-04	18	Moderada	44	M	Horario de Medicina	Tomarse los Medicamentos	6 meses
12	01-069-01	25	severa	34	M	Negación	No refirió	4 meses
13	32-2807-04	20	Moderada	32	F	Negación	Higiene (Bañarse)	1 año
14	EG-2807-04	19	Moderada	29	F	Culpa	Rezar	2 años
						Infección de algún miembro de la familia		
15	LC-2907-04	19	Moderada	28	F	Pérdida de empleo	Rezar	6 meses
						No tener otra pareja		
16	CX-0208-04	19	Moderado	52	F	Bienestar de la familia	No refirió	1 año
17	MC-0208-04	05	Sub-clínica	28	M	Bienestar de la familia	No refirió	1 año
						Diagnóstico incorrecto		
18	EAG-0508-04	22	Moderada	32	M	culpa	No refirió	2 meses
						No se va a recuperar		
19	IM-208-04	24	Severa	25	F	Bienestar de su familia	Escuchar música	2 años
20	RR-2907-04	23	Moderada	28	M	rechazo	Bañarse	2 meses

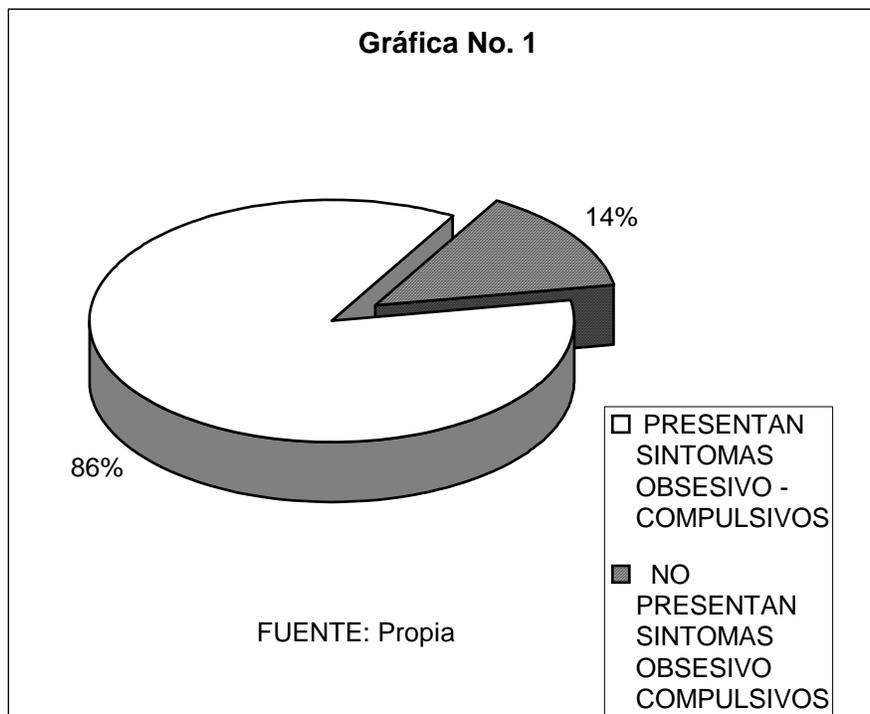
21	PPV-3007-04	20	Moderada	34	M	Bienestar de la familia	No refirió	4 meses
22	LS-0208-04	23	Moderada	26	M	Infección de algún miembro de la familia	Rezar	5 meses

En el cuadro anterior que contiene las características de la población evaluada, así como los principales pensamientos obsesivos y conductas compulsivas conforme los refirió cada paciente se nos hizo posible realizar el análisis de dichos resultados tomando en cuenta aspectos como la edad, del paciente, el sexo, el rangos de severidad del trastorno y el tiempo de conocer el diagnóstico, aunque es de hacer notar que generalmente la infección se dio tiempo atrás y los síntomas obsesivo-compulsivos referidos aparecieron después de conocer el diagnóstico positivo.

Por lo anteriormente expuesto presentamos un análisis de resultados apoyándonos en las gráficas respectivas que contienen los diferentes aspectos evaluados:

a) Incidencia de síntomas Obsesivo – Compulsivos

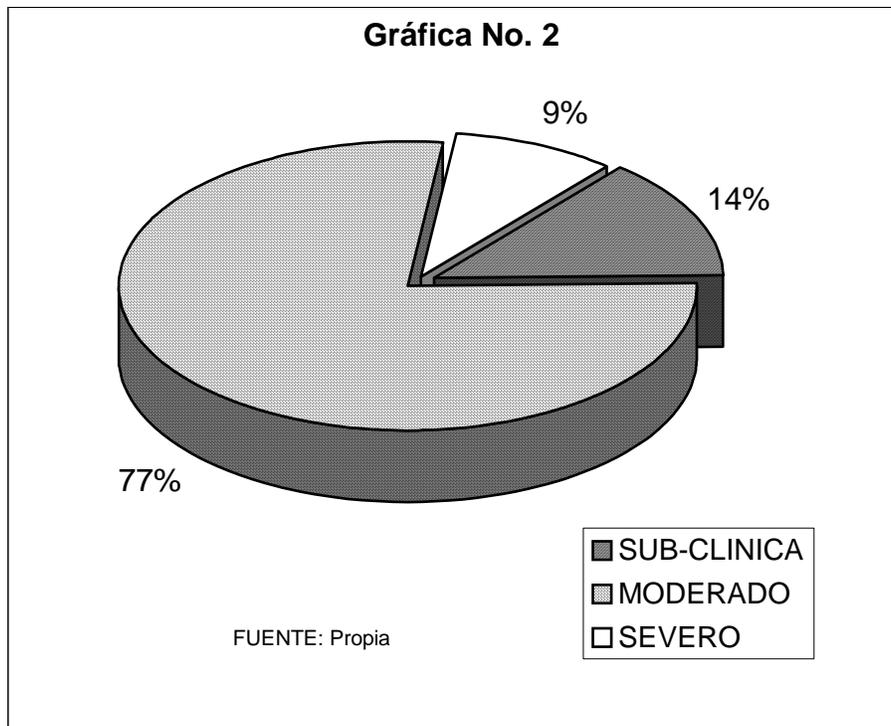
En las siguiente gráficas presentamos los resultados de nuestra investigación, en cuanto a la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos, haciendo notar tal como se menciona en el marco teórico la infección por VIH conlleva modificaciones en el pensamiento y la conducta del paciente ya que este diagnóstico inmediatamente se relaciona con el fin de la vida y por lo tanto la persona sufre una alteración en sus pensamientos y conductas ordinarias.



De acuerdo a la gráfica No.1, el 86% presentan síntomas obsesivo compulsivos y un 14% no presentó aunque se debe tener en cuenta que otros aspectos como el tiempo de diagnóstico, la comprensión de la magnitud de la infección, la actitud de la familia y la aceptación de la enfermedad pueden desencadenar los síntomas o la disminución de éstos, los pacientes evaluados presentan diferencias en cuanto al tiempo que tienen de conocer el diagnóstico así también en el grado de aceptación de la infección.

b) Rango de Severidad del TOC

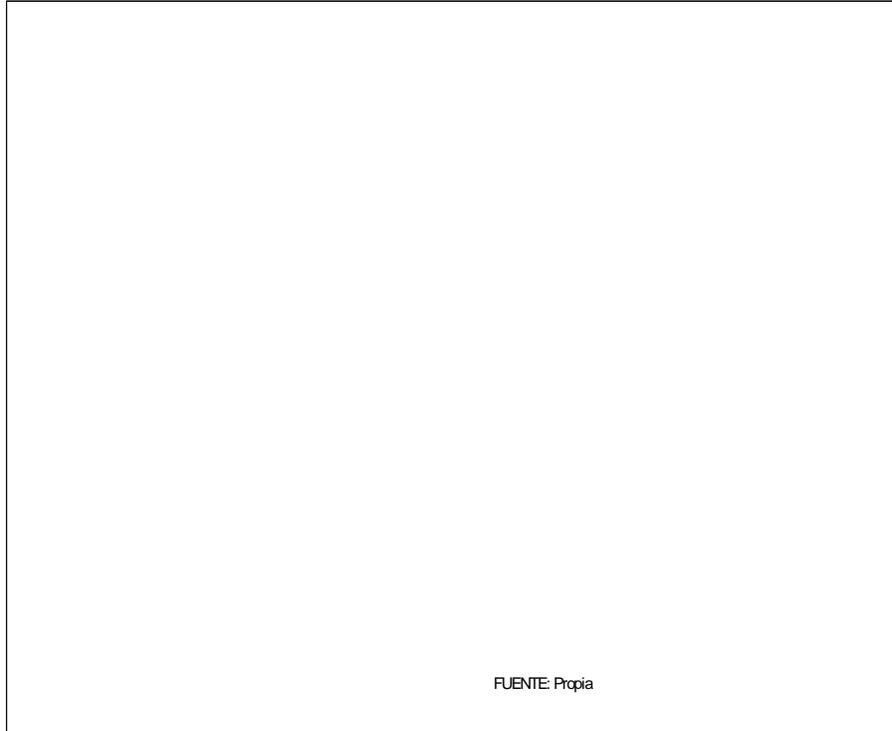
A continuación se presentan los rangos encontrados en los pacientes, siendo el más recurrente el rango moderado. Un porcentaje considerable de pacientes refirió que prefiere no pensar en la infección y ocupar sus pensamientos en otras cosas o bien pensar que padece una enfermedad común, lo anterior pudo derivar en que la mayoría de pacientes evidenciara síntomas obsesivo - compulsivos pero sin llegar a un rango severo o extremo.



De acuerdo a la Gráfica No. 2 que corresponde al rango de severidad del trastorno Obsesivo-Compulsivo, el 9 % se ubica en el rango sub-clínico aunque con el desarrollo de la enfermedad pueden presentar alta incidencia de síntomas, el 77 % que es la cantidad más significativa corresponde al rango moderado y el 14 % equivale al rango severo, se debe tomar en cuenta que la condición VIH, también puede desencadenar el TOC afectando el sistema nervioso central, así como la aceptación, el apoyo y la atención recibida pueden influir en la aparición de síntomas Obsesivo - compulsivos.

C) Principales pensamientos obsesivos

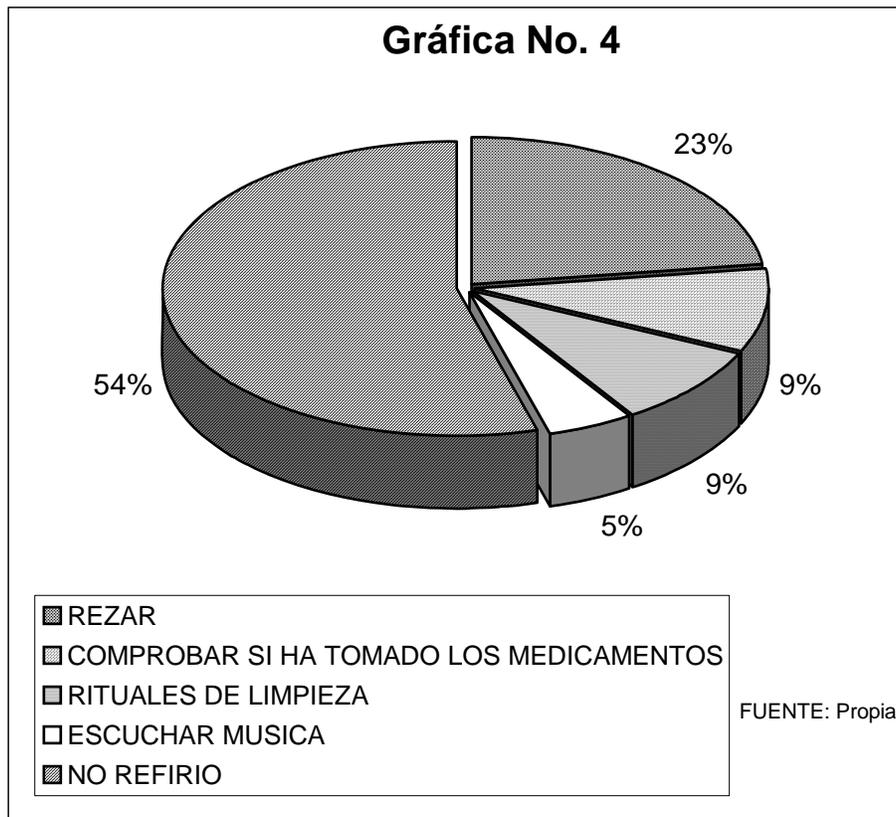
Debido a la condición VIH positiva, la obsesión más recurrente es la preocupación por el bienestar de la familia, ya que la mayor parte de nuestra muestra está compuesta por hombres de familias de clase media baja o clase pobre y son quienes sostienen el hogar, por la calidad de seropositivo y por las constantes recaídas se les hace difícil encontrar empleo.



De acuerdo a la gráfica No. 3 que representa los principales pensamientos obsesivos referidos por los pacientes evaluados, el porcentaje más significativo corresponde al 20% que representa la incertidumbre del bienestar de la familia, el 11% que representa el pensamiento de negación de la infección, 11% que corresponde al pensamiento de culpa por la infección y 11% que corresponde a no perder el horario de los medicamentos. Estos pensamientos fueron referidos por pacientes que cuentan con diferencias en cuanto al tiempo de conocimiento del diagnóstico por lo que el nivel de aceptación personal, familiar y laboral, el estado de salud y el apoyo de sus allegados puede provocar pensamientos obsesivos de índole diferente.

d) Principales conductas compulsivas

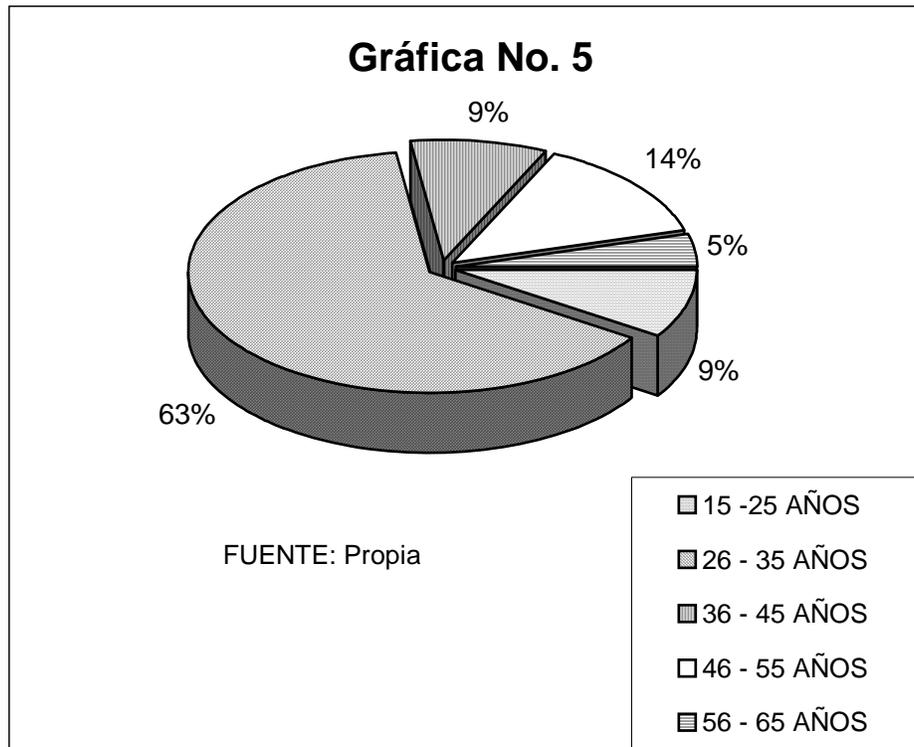
Se encontró diferencia significativa entre el número de pacientes que presenta pensamientos obsesivos y los que presentan conductas compulsivas, posiblemente por la atención integral que se les brinda en la institución, así mismo tal como lo muestran los indicadores de variables, rezar constituye una de las conductas compulsivas predominantes en pacientes seropositivos sin compartir una misma religión.



De acuerdo a la gráfica No. 4 que representa las principales conductas compulsivas, los porcentajes más significativos son los siguientes: el 54% que representa a los pacientes que no manifestaron conductas compulsivas, el 23% representa a los pacientes que manifiestan que rezar los tranquiliza, el 9% que representa a quienes necesitan comprobar si han tomado correctamente los medicamentos, y 9% de quienes realizan rituales de limpieza como bañarse varias veces al día. Se encontraron diferencias en cuanto las creencias religiosas y el apoyo y cuidados de parte de los allegados al paciente.

e) Pacientes evaluados por edad

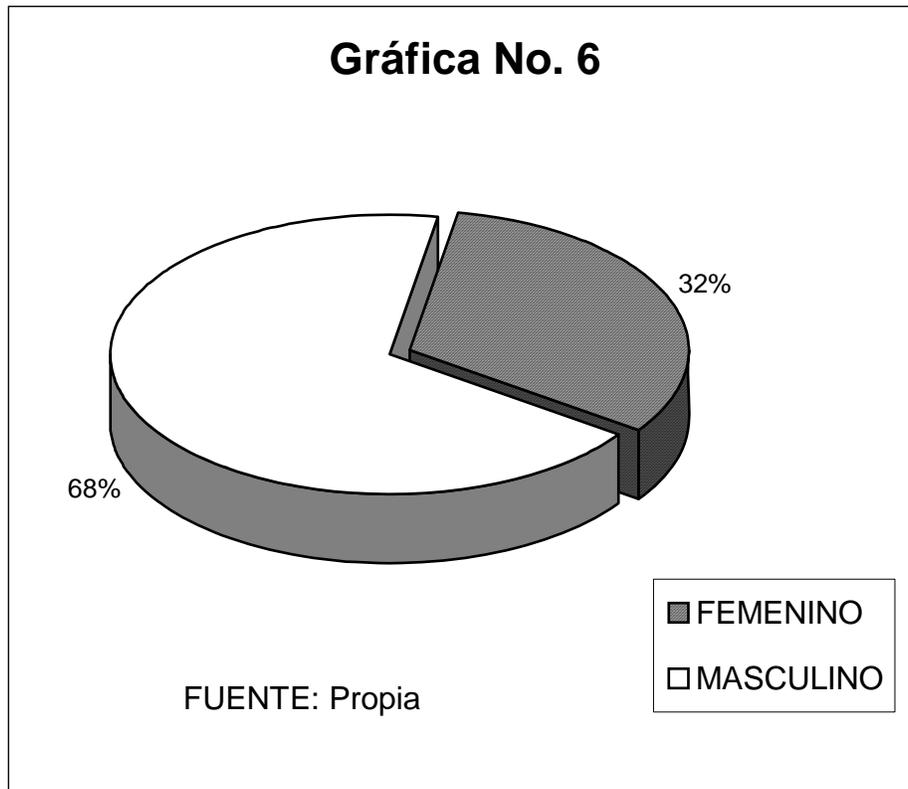
El rango de edad predominante se encuentra entre los 26 a 35 años de edad, aunque la infección puede darse en otra etapa sexualmente activa sexualmente como la adolescencia y la juventud y el diagnóstico se conoce años después hasta presentar algún síntoma físico.



De acuerdo a la Grafica No. 4 corresponde a los porcentajes de los pacientes evaluados y agrupados por edad, mencionando las más significativas por porcentaje: el 57% representa a los pacientes que se encuentran entre los 26 y 35 años, el 14% representa a los pacientes comprendidos entre los 46 y 55 años. 9% para quienes se encuentran entre los 15 a 25 años e igualmente, 9% estos porcentajes corresponden a la edad actual aunque en algunos casos la infección se dio años antes de que se conociera el diagnóstico.

Pacientes evaluados por sexo

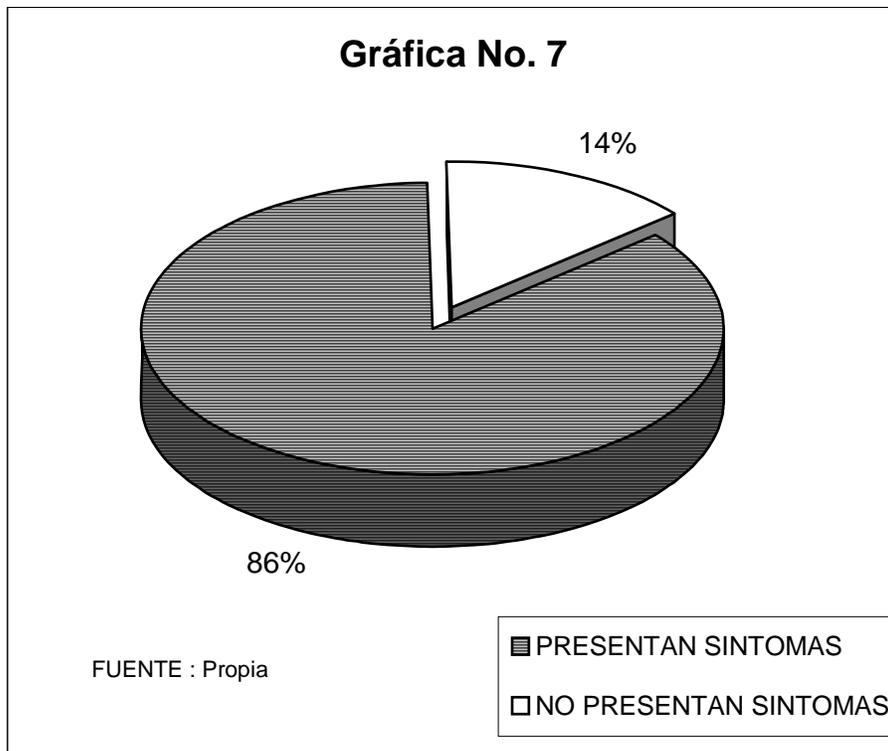
La muestra estuvo determinada por la asistencia a la institución. Predominantemente está compuesta por hombres y un gran porcentaje de pacientes del sexo femenino que fueron evaluadas refirieron que contrajeron el virus por su esposo.



De acuerdo a la gráfica No. 4 que corresponde a los pacientes que fueron evaluados dentro de la institución y agrupados por sexo, el 68% corresponde a los pacientes del género masculino y el restante 32% corresponde al género femenino. Se debe tomar en cuenta que la muestra dependió de la población que asiste a la institución que por diferentes factores cuenta con una mayor afluencia de hombres y en algunos casos referidos por las pacientes, éstas fueron infectadas por su cónyuge.

f) Pacientes del sexo femenino que presentan síntomas obsesivo-compulsivos.

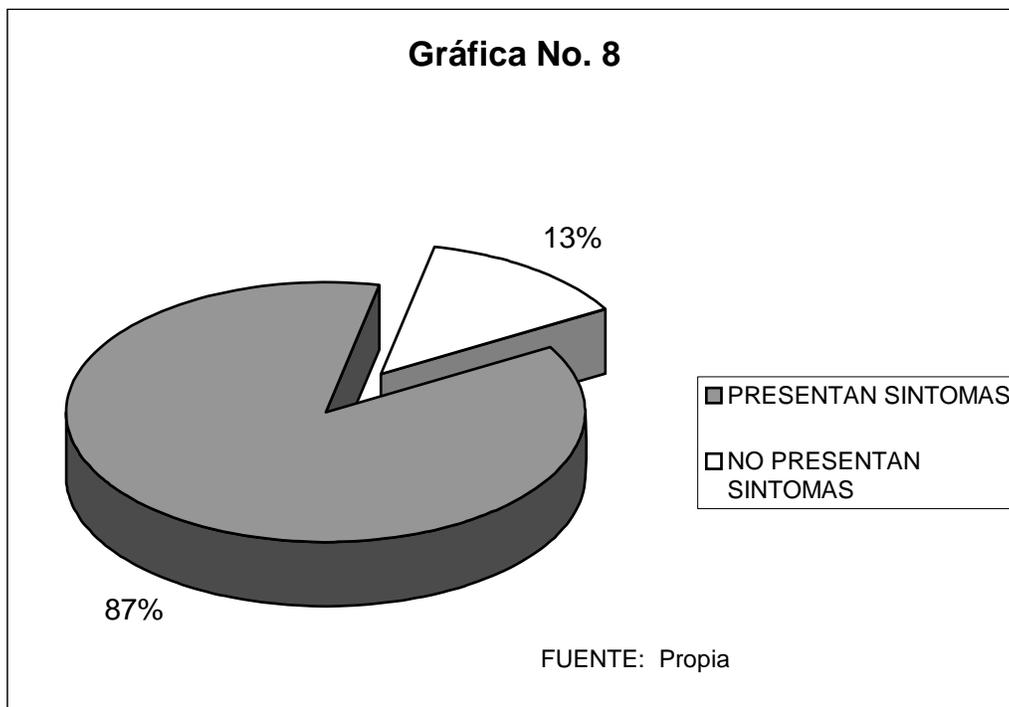
Un alto porcentaje de las pacientes evaluadas presenta síntomas obsesivo-compulsivos generalmente relacionados con sus hijos ya que se manifiesta el temor de su futuro al no estar la madre presente, a diferencia de los hombres, un porcentaje relativamente bajo presenta pensamientos obsesivos en cuanto al trabajo pero si compulsiones en cuanto a la higiene.



De acuerdo a la gráfica No. 7, que representa a las pacientes del sexo femenino evaluadas, el 86% presentó síntomas Obsesivo-compulsivos y el 14% no presentó, no se determinó una diferencia significativa en cuanto a los porcentajes de incidencia del Trastorno Obsesivo-compulsivo entre hombres y mujeres.

g) Pacientes del sexo masculino que presentan síntomas obsesivo-compulsivos.

El mayor porcentaje de pacientes del sexo masculino que refirieron síntomas obsesivo-compulsivos lo relacionan con el bienestar de la familia y el aspecto laboral, según la entrevista realizada se determina que el rango de severidad más recurrente se ubica en moderado ya que según lo referido por los pacientes no deben pensar mucho en la infección y deben sostener a su familia.



De acuerdo a la gráfica No. 8 que representa a los pacientes del sexo masculino que fueron evaluados, el 87% presenta síntomas obsesivo-compulsivos y el 13% no presenta síntomas, no se encontró diferencia significativa entre hombres y mujeres, tal como lo referimos en el marco teórico el impacto ante el diagnóstico positivo puede causar el mismo efecto en ambos sexos.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

De acuerdo a los resultados obtenidos y descritos, nos permitimos presentar las siguientes conclusiones de acuerdo a los parámetros de investigación previamente establecidos.

- Después de presentar, analizar y comparar los resultados observados con los resultados esperados y de acuerdo a los procedimientos estadísticos correspondientes, se concluye que se acepta la hipótesis de investigación planteada en donde se afirma que “los pacientes seropositivos presentan una alta incidencia de síntomas obsesivo – compulsivos” ya que los resultados de la escala aplicada así lo demuestran.

- Con relación a la incidencia de síntomas Obsesivo-compulsivos en pacientes con VIH:
 - ✓ Se determina que sí existe incidencia de pensamientos obsesivos y conductas compulsivas reactivos a la condición VIH, ya que los pensamientos referidos y conductas observadas se han derivado del conocimiento del diagnóstico positivo y esto modifica los pensamientos previos a la infección por la incertidumbre de lo que sucederá con la familia, trabajo, sociedad, etc., esto se evidenció en un 86% de los pacientes evaluados.

- En conclusión a la gravedad del Trastorno Obsesivo Compulsivo que presentan los pacientes evaluados se determina que el mayor porcentaje, equivalente a un 77% de los evaluados presentan síntomas en un rango moderado aunque la mayoría está conciente de lo que representa para su salud mental este tipo de síntomas por lo que hace el esfuerzo de resistirse a estos pensamientos y conductas.
- Se observó que la mayor incidencia de VIH y por lo tanto pacientes aptos para nuestro estudio y que además presentaron síntomas obsesivo-compulsivos (63%) se encuentra en un rango de edad de entre 26 a 35 años, comparando con los expedientes y de acuerdo al juicio médico se determina que a esta edad se es altamente activo sexualmente y que muchos pacientes pasan años sin conocer su condición seropositiva.
- De acuerdo a la muestra a la que se tuvo acceso, la mayor incidencia de síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes con VIH se presenta en hombres y en menor porcentaje en mujeres algunas de las cuales han adquirido la infección por el cónyuge, según lo referido por los pacientes por su calidad de hombres deben preocuparse por el sostenimiento y bienestar de su familia y en su condición de seropositivos esto se dificulta en gran manera.
- Se concluye que el principal pensamiento obsesivo que se presenta en los pacientes seropositivos, es la preocupación por el bienestar de la familia, ya que debido a su condición al portador se le hace difícil encontrar un trabajo y mantenerlo debido a las constantes decaídas y al deterioro progresivo de la salud.

Asimismo el sentimiento de culpa por no haber llevado una vida diferente y realizar acciones que han repercutido en la infección por VIH, al mismo tiempo y como consecuencia de lo anterior aparece la negación ya que el paciente prefiere pensar que es una enfermedad como todas o que simplemente no tienen nada. Por último la constante preocupación por no perder el horario de los medicamentos.

- Dentro de los pacientes que refieren conductas compulsivas, observadas por el personal de la institución, el mayor porcentaje se siente la necesidad de rezar constantemente ya que afirman que es la única manera de encontrar tranquilidad de forma momentánea, así también un porcentaje significativo refiere que necesita comprobar si ha tomado sus medicamentos, preguntando al personal o revisando los recipientes que contienen la medicina.

Por último, un porcentaje de pacientes evaluados realiza rituales de limpieza, como bañarse varias veces en el día, cambiarse constantemente de ropa o lavarse las manos.

- Se concluye que existe mayor incidencia de pensamientos obsesivos con relación a las conductas compulsivas, debido a que los pensamientos aparecen generalmente cuando el paciente se encuentra en soledad o en recaída por la enfermedad, se observó menor incidencia de compulsiones ya que los pacientes se encuentran bajo cuidado del personal de la institución por lo que su comportamiento y necesidades están bajo constante supervisión.

RECOMENDACIONES:**A la Institución:**

- Brindar permanente atención psicológica a los pacientes que son atendidos ya que presentan una gran variedad de patología relacionadas con el diagnóstico de la infección.
- Aprovechar las instituciones, profesionales e investigaciones de la psicología para cubrir la necesidad de atención a la salud mental de los pacientes y de esta manera optimizar la cobertura de la epidemia del VIH/SIDA
- Definir un presupuesto para la atención psicológica de los pacientes que son atendidos.
- Crear una unidad de Psicología permanente dentro de la institución, como parte de la atención integral a los pacientes seropositivos.
- Elaborar un programa de atención a familiares de los pacientes seropositivos a fin de lograr un mayor apoyo y mejorar la calidad de relaciones familiares lo que repercutirá en una disminución de pensamientos obsesivos y/o conductas compulsivas y otras patologías tanto en el portador como en su familia.

A la Escuela de Ciencias Psicológicas:

- Establecer los mecanismos para la comprensión, abordaje y sensibilización de la problemática del VIH en nuestro país.
- Participar activamente en la lucha contra la propagación del VIH/SIDA en Guatemala.
- Incluir dentro de las dentro del quehacer docente de manera constante actividades que promuevan el interés y participación de los estudiantes en la prevención del contagio de VIH.
- Motivar a los profesionales de la psicología a aportar desde su desenvolvimiento laboral acciones que promuevan la lucha contra la epidemia del SIDA.
- Promover a partir de esta investigación exploratoria una investigación epidemiológica a fin de profundizar en la problemática del trastorno obsesivo-compulsivo en pacientes portadores del VIH:

Al Gobierno de la República:

- Redoblar esfuerzos, asignar recursos y optimizar los que ya se han destinado a la atención de la problemática del VIH en nuestro país ya que gran porcentaje de las acciones que se realizan son promovidas por ONG'S e iniciativas particulares que no cuentan con los fondos necesarios para el abordaje de esta epidemia.

BIBLIOGRAFIA

Alford, B. & Beck, A. **The Integrative Power of Cognitive Therapy**. New York: Guilford Press. (1997) 145 págs.

Belloch Amparo. **Manual de sicopatología**. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA España 1995 .796 Págs.

Carwath, Miller. **Psicoterapia conductual en asistencia primaria: manual práctico**. Trastorno obsesivo -compulsivo. Ediciones Martines Roca. 1989. España. 256 págs.

Dicaprio, Nicolás. **Teorías de la personalidad**. MACCRAW- HILL INTER-AMERICANA. México. 1989. 559 págs.

Gómez Lavín Carmen. **Aspectos psiquiátricos del SIDA**. Ediciones Vida humana. Org. Argentina 2001. 85 págs.

J. Segalás. **Síntomas Psicopatológicos del VIH**. Servicio de Psiquiatría. Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge. Barcelona. 1999. 123 págs.

MASSON, **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV** Barcelona, España 1996. 909 págs.

Silva P y Rachman S. **Obsessive- Compulsive Disorder: The Facts**. Oxford: Oxford University Press, USA 1992. 215 Págs.

Montañés Rada, F. **Revista Electrónica de psiquiatría**. Problemas Médico-Psicológicos en el SIDA Vol. . 1 No. 1 Marzo ISSN 1137-3148 1997. 28 págs.

Moreno, Eduardo. **Neuropsique**. Revista Oficial de Neuropsiquiatría del Hospital Nacional de Salud Mental. Enero – Junio 2001 18 págs.

PULSOMED. **Síntomas psicopatológicos del VIH**. Sanitas. Tuotromédico.com . Argentina. 200110 págs.

Quinto Barrera, See King **El modelo cognitivo**. Psicoterapia revisada, Guatemala 2002. 84 págs.

Vila, J., Fernández, M. **Activación y conducta**. Ediciones Masson. Madrid. Alambra. (1990). 129 págs.

OTROS RECURSOS

Actualización informativa sobre VIH-SIDA" Elaborado y sintetizado por LUSIDA y el Componente de Comunicación Social.

Informe Final. Estado y tendencias de la pandemia mundial del VIH-SIDA. Julio de 1996.

Revista "Margen" N°1. Octubre 1992. "SIDA, discriminación y control", por Lic. Graciela Touzé y Lic. Diana Rossi.

"Declaración de los derechos fundamentales de la persona que vive con el virus del SIDA" ONUSIDA y OMS. VIH-SIDA: La epidemia mundial. Diciembre de 1997.

El SIDA: Responsabilidad educativa de todos", documento publicado por Internet en 1992 por el Ministerio de Cultura y Educación de la Nación, programa "Educación y problemas sociales"

" Obst Camerini; J. *El Psicodrama Cognitivo Conductual*. CATREC. Buenos Aires (2000).

Diario "La Nación Online"

ANEXOS

RELATOS DE EXPERIENCIA

" Yo pensaba como todos, que eso a mí nunca me iba a pasar, ahora quisiera volver atrás pero no puedo, hay alguien que me quiere pero no puedo corresponderle aunque quisiera, lo único que puedo hacer es decirle otros que no pongan en peligro su vida, siento la necesidad de rezar a cada momento.

***Leslie**

28 años

"Me diagnosticaron hace 4 años, al principio mis amigos me rechazaban, soy agricultor y estudié hasta segundo primaria, hoy mi familia me apoya y cuida de tomarme mis medicamentos, me preocupa saber que ya no los voy a poder ayudar.

***Julio**

26 años

"Hace 2 años mi mamá me llamó la atención, me enojé y me fui de la casa a otro país, me dediqué a tomar y llevar una vida lejos de Dios, hace 2 meses me enfermé y me regresaron aquí, luego me dijeron lo que tenía, hoy estoy muy arrepentido y me duele más ya que a pesar de todo mi mamá es la única que me apoya, solo pienso si me voy a levantar de esta cama".

***Edgar**

25 años

***Nombres ficticios.**

NOMBRE DEL PACIENTE _____

NOMBRE DEL MEDICO _____

FECHA _____

DOMICILIO _____

ESCALA OBSESIVO COMPULSIVO DE YALE-BROWN (Y-BOCS)*

Las preguntas 1 a 5 se refieren a sus pensamientos obsesivos.

Las obsesiones son ideas, imágenes o impulsos indeseables que invaden sus pensamientos en contra de sus deseos y esfuerzos por resistirse a ellos. Habitualmente implican temas relativos a daños, riesgo y peligro. Algunas obsesiones frecuentes son los temores excesivos a la contaminación; dudas recurrentes acerca del peligro de preocupación excesiva por el orden, la simetría o la exactitud; temor de perder cosas importantes.

Por favor conteste cada pregunta anotando el número apropiado en el cuadro.

<p>1. TIEMPO OCUPADO POR PENSAMIENTOS OBSESIVOS P. ¿Qué proporción de su tiempo se ve ocupado por pensamientos obsesivos?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Nada. 1 = Menos de 1h/día o presentación ocasional. 2 = 1 a 3 h/día o frecuentes. 3 = Más de 3 y hasta 8 h/día o presentación sumamente frecuente. 4 = Más de 8 h/día o presentación casi constante.</p>	<p>4. RESISTENCIA CONTRA LAS OBSESIONES P. ¿Qué tanto esfuerzo hace para resistirse a los pensamientos obsesivos? ¿Qué tan frecuentemente trata de ignorarlos o de no prestarles atención cuando surgen en su mente?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Trato de resistirme todo el tiempo. 1 = Trato de resistirme la mayor parte del tiempo. 2 = Hago cierto esfuerzo por resistirme. 3 = Me rindo ante todas las obsesiones sin tratar de controlarlas, aunque con cierta renuencia. 4 = Me rindo completa y gustosamente a todas las obsesiones.</p>
<p>2. INTERFERENCIA DEBIDO A PENSAMIENTOS OBSESIVOS P. ¿Hasta qué grado interfieren sus pensamientos obsesivos con su funcionamiento laboral, escolar, social, o algún otro aspecto importante? ¿Hay algo que usted no haga a causa de ellos?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Nada. 1 = Ligera interferencia con actividades sociales o de otro tipo, pero el desempeño global no se ve alterado. 2 = Interferencia definitiva con el desempeño social u ocupacional, pero sigue siendo manejable. 3 = Provoca deterioro sustancial en el desempeño social u ocupacional. 4 = Incapacitante.</p>	<p>5. GRADO DE CONTROL SOBRE LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS P. ¿Qué tanto control tiene sobre sus pensamientos obsesivos? ¿Qué tanto éxito tiene para detener o distraer sus pensamientos obsesivos? ¿Puede desecharlos?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Control absoluto. 1 = Usualmente logro detener o distraer las obsesiones con algo de esfuerzo y concentración. 2 = En ocasiones logro detener o distraer las obsesiones. 3 = Raras veces tengo éxito para detener o distraer las obsesiones, únicamente logro distraer mi atención con dificultad. 4 = Las obsesiones son completamente involuntarias, raras veces logro alterarlas aunque sea momentáneamente, los pensamientos obsesivos.</p>
<p>3. MALESTAR ASOCIADO CON PENSAMIENTOS OBSESIVOS P. ¿Qué tanto malestar le ocasionan sus pensamientos obsesivos?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 = Nada. 1 = No son demasiado inquietantes. 2 = Son inquietantes, pero siguen siendo manejables. 3 = Sumamente inquietantes. 4 = Inquietud casi constante e incapacitante.</p>	<p>* Esta adaptación de la Y-BOCS está abreviada de la versión original de Wayne Goodman. La versión original fue publicada por: Goodman WR, Price LH, Rasmussen SA, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale I: Development, use and reliability. <i>Arch Gen Psychiatry</i>. 1989;46:1006-1011.</p>

Las siguientes preguntas se refieren a sus comportamientos compulsivos.

Las compulsiones son impulsos que la gente tiene por hacer algo para aminorar sentimientos de ansiedad u otras inquietudes. Con frecuencia llevan al cabo comportamientos repetitivos, intencionales, con un fin determinado, denominados rituales. El comportamiento por sí mismo puede parecer apropiado, pero se convierte en ritual cuando se lleva al cabo hasta el exceso. Lavar, revisar, repetir, enderezar, atesorar y muchos otros comportamientos pueden constituir rituales. Algunos rituales son mentales. Por ejemplo, el pensar o decir cosas una y otra vez en voz baja.

6. TIEMPO DEDICADO A LLEVAR AL CABO COMPORTAMIENTOS COMPULSIVOS

P. ¿Cuánto tiempo dedica a llevar al cabo comportamientos compulsivos? ¿Qué tanto tiempo más que a otras personas le lleva concluir actividades rutinarias debido a sus rituales? ¿Con qué frecuencia lleva al cabo rituales?

- 0 = Nada.
- 1 = Menos de 1 h/día, o desempeño ocasional de comportamientos obsesivos.
- 2 = De 1 a 3 h/día, o desempeño frecuente de comportamientos compulsivos.
- 3 = Más de 3 y hasta 8 h/día, o desempeño muy frecuente de comportamientos compulsivos.
- 4 = Más de 8 h/día, o desempeño casi constante de comportamientos compulsivos (demasiado numerosos para contarlos).

7. INTERFERENCIA DEBIDO A COMPORTAMIENTOS COMPULSIVOS

P. ¿Hasta qué grado interfieren sus comportamientos compulsivos con su funcionamiento laboral, escolar, social, o algún otro aspecto importante? ¿Hay algo que usted no haga a causa de ellos?

- 0 = Nada.
- 1 = Ligera interferencia con actividades sociales o de otro tipo, pero el desempeño global no se ve alterado.
- 2 = Interferencia definitiva con el desempeño social u ocupacional, pero sigue siendo manejable.
- 3 = Provoca deterioro sustancial en el desempeño social u ocupacional.
- 4 = Incapacitante.

8. MALESTAR ASOCIADO CON EL COMPORTAMIENTO COMPULSIVO

P. ¿Cómo se sentiría si se viera impedido para llevar cabo su(s) compulsión(es)? ¿Qué tan ansioso se sentiría?

- 0 = Nada.
- 1 = Tan solo ligeramente ansioso si me impiden mis compulsiones.
- 2 = La ansiedad se agudizaría, pero segu siendo manejable si me impidieran mis compulsiones.
- 3 = Aumento notorio y sumamente inquiete de la ansiedad si mis compulsiones son interrumpidas.
- 4 = Ansiedad incapacitante a causa de cualquier intervención tendiente a modificar la actividad.

9. RESISTENCIA CONTRA LAS COMPULSIONES

P. ¿Qué tanto esfuerzo hace por resistirse a las compulsiones?

- 0 = Trato de resistirme todo el tiempo.
- 1 = Trato de resistirme la mayor parte de tiempo.
- 2 = Hago cierto esfuerzo por resistirme.
- 3 = Me rindo ante todas las compulsiones: tratar de controlarlas, aunque con cierta renuencia.
- 4 = Me rindo completa y gustosamente a todas las compulsiones.

10. GRADO DE CONTROL SOBRE EL COMPORTAMIENTO COMPULSIVO

P. ¿Qué tan fuerte es el impulso por llevar a cabo el comportamiento compulsivo? ¿Qué tanto control tiene usted sobre las compulsiones?

- 0 = Control absoluto.
- 1 = Presión para llevar al cabo el comportamiento, pero suelo ser capaz de ejercer un control voluntario sobre éste.
- 2 = Presión intensa por llevar al cabo el comportamiento, lo puedo controlar con dificultad.
- 3 = Impulso muy intenso por llevar al cabo comportamiento, debo efectuarlo hasta su conclusión, sólo lo puedo retardar con dificultad.
- 4 = El impulso por llevar al cabo el comportamiento se experimenta como algo completamente involuntario e irresistible, raras veces soy capaz de retardar, aunque sea momentáneamente, la actividad.

Calificación total

RESUMEN

Presentamos nuestra investigación basada en el siguiente planteamiento:

“Incidencia de síntomas obsesivo-compulsivos reactivos a la condición VIH en pacientes ambulatorios que son atendidos en un hospital privado.”
Trazándonos el objetivo de determinar la incidencia del Trastorno obsesivo-compulsivo en pacientes portadores del VIH, de acuerdo a la escala Yale-Brown, seleccionando la muestra por juicio intencional.

El estudio se realizó en el Hogar Marco Antonio se contó con una muestra de 22 pacientes seropositivos a los que se les aplicó la escala de Yale – Brown. La observación documental se llevó a cabo a través de la revisión, análisis y resumen de las diferentes fuentes bibliográficas referidas y proporcionadas por el asesor de la investigación y las consultadas por los investigadores y que contenían y aportaban valiosa información sobre el problema a investigar.

Analizados los resultados se acepta la hipótesis de investigación planteada en donde se afirma que “los pacientes seropositivos presentan una alta incidencia de síntomas obsesivo – compulsivos” ya que se tiene suficiente evidencia de esto.

Existe mayor incidencia de pensamientos obsesivos en relación a las conductas compulsivas, debido a que los pensamientos aparecen generalmente cuando el paciente se encuentra en soledad o en recaída por la enfermedad, se observó menor incidencia de compulsiones ya que los pacientes se encuentran bajo cuidado de la institución por lo que sus necesidades están bajo constante supervisión
