

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

VIH/SIDA, Psicopatología y Toxicomanías:
” El *Diagnóstico Triple* en el Instituto Nacional de Cancerología “

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

DRA. CLAUDIA TEJEDA ROMERO

TUTOR TEÓRICO:

Dr. Arturo Morlet Barjau

TUTOR METODOLÓGICO:

Ing José Francisco Cortés Sotres

MÉXICO, D.F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice

Antecedentes.....	3
Marco teórico.....	4
Justificación.....	5
Hipótesis y objetivos.....	6
Material y métodos.....	7
Instrumentos.....	8
Procedimiento.....	12
Resultados.....	15
Discusión.....	30
Conclusiones.....	32
Anexos.....	33
Bibliografía.....	39

I. Antecedentes

El trastorno por abuso de sustancias y la comorbilidad con otras enfermedades psiquiátricas ocurren comúnmente y se conoce como Diagnóstico Dual (DD). Con la propagación del VIH-SIDA en personas con este diagnóstico dual, el Triple Diagnóstico (DT) ha emergido como una condición clínica de primordial importancia para los médicos adictólogos, infectólogos y psiquiatras. Existe una alta prevalencia de Triple Diagnóstico en pacientes psiquiátricos, abuso de sustancias, y VIH en tratamiento, reportada en Estados Unidos¹. En México, se desconoce la prevalencia de este problema ya que hasta la fecha no se han realizado estudios para su investigación, lo cual es importante para conocer la interacción de la enfermedad psiquiátrica-abuso de sustancias y su asociación con la infección VIH/SIDA, así como el impacto que tienen en los resultados de la terapia antiretroviral, y en su efecto en la adherencia a estos tratamientos. Así mismo conocer el problema, para formular un abordaje más seguro y eficaz en la intervención psicofarmacológica y psicoterapéutica entendiendo la complejidad de los componentes del triple diagnóstico abriendo camino para futuras investigaciones.

A nivel mundial, los casos por infección de VIH relacionados con el uso de drogas inyectables representan casi 10% del total de las infecciones. No obstante, hay estudios que demuestran que, en países industrializados entre 40-60%² de la población que se inyecta drogas se ha infectado con el VIH en un plazo de dos a tres años.

En México en un comunicado de prensa No. 195 de Diciembre de 2001 reportaron que: “Hay 487 infectados de VIH en México por el uso de drogas inyectables”. Se informa que en el país se han diagnosticado 50 mil casos de VIH/SIDA, de los cuáles 487 están asociados al consumo de drogas inyectables, ya sea por intercambio de jeringas contaminadas o por relaciones sexuales entre hombres usuarios de estupefacientes intravenosos.

El Dr. Carlos Magis Rodríguez, director de investigación del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA e infecciones de Transmisión Sexual (CENSIDA) de la Secretaría de Salud, presentó un estudio realizado en tres cárceles del norte del país, el cual demuestra una prevalencia de VIH por drogas inyectables menor de 3%, pero de 100% de hepatitis C.

En el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) de la SSA, el SIDA es la segunda causa de mortalidad intrahospitalaria, por lo cual cuenta desde el 2000 con una clínica especializada para atender este tipo de pacientes.

Hasta el 2001 la clínica atendía 150 personas infectadas con el virus, de las cuales 100 se detectaron a través del servicio de urgencias, al que llegaron por padecimientos de las vías respiratorias, sin imaginar la magnitud de su problema de salud. El INCAN hasta el momento cuenta con más de 236 pacientes con VIH/SIDA en tratamiento por lo que se seleccionó dicha población para estudiar el *Triple Diagnóstico*.

II. Marco teórico

El uso y abuso de sustancias, como la mayor parte de los problemas de salud, no ocurre en forma aislada. Se vincula con numerosos factores personales y sociales, asociándose con factores tales como prácticas peligrosas en el consumo de drogas y violencia; con conductas sexuales de alto riesgo, abuso sexual, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y SIDA.

Un estudio de revisión de Diagnóstico Dual mostró que los pacientes con esta combinación de trastornos psiquiátrico y abuso de sustancias presenta un riesgo mayor de contraer la infección por VIH-SIDA³ en población americana, se necesita de este tipo de investigación para comprender mejor la correlación clínica entre el VIH y el diagnóstico dual.

De igual forma la infección por VIH incrementa el riesgo de desarrollar psicopatologías diversas dentro de ellas se encuentra el trastorno por abuso de sustancias⁴. Además los agentes retrovirales como el efavirenz, pueden precipitar o empeorar los desordenes psiquiátricos^{5,6}. Por ejemplo, la manía ha sido observada en ambos estadios temprano y tardío en la enfermedad por VIH⁷ y después del inicio de tratamiento con zidovudina. Un incremento en el riesgo de presentar depresión mayor se ha encontrado en pacientes con VIH en un metanálisis de 10 estudios⁸. En suma, hay un incremento en la prevalencia de depresión mayor en pacientes que reciben tratamiento por infección con VIH⁴. Incluso la depresión puede ser consecuencia del daño cerebral inducido por el VIH o la terapia antiretroviral^{9,10}.

En otro estudio de pacientes a quienes se les diagnosticó esquizofrenia antes de que adquirieran la infección por VIH encontraron que estos pacientes tenían episodios depresivos más severos después de haber contraído la infección que antes de contraerla

En una revisión de la literatura relacionada con el diagnóstico triple los puntos más sobresalientes fueron los siguientes:

- En poblaciones con VIH positivo, los estudios han encontrado una prevalencia de psicopatológica y trastorno por abuso de sustancias de 10 al 40% respectivamente^{12,13}.
- En poblaciones de pacientes con VIH y abuso de sustancias, la psicopatología se presentó en un 26 al 79%.¹⁴
- Los trastornos por abuso de sustancias tienden a ser identificados por arriba del 77.4% en pacientes con infección por VIH y diagnóstico psiquiátrico.¹⁵
- En pacientes con diagnóstico dual, el porcentaje de pacientes con VIH va desde el 3.4 % al 48.3%.^{16,17}
- El diagnóstico dual se ha encontrado en un 87% de pacientes embarazadas con VIH positivo.¹⁸

III. Justificación

En México aún cuando la proporción de casos de SIDA asociados al consumo de drogas intravenosas es pequeño, este ha tenido un incremento constante a lo largo de la epidemia; esta situación ha sido insuficientemente estudiada, por lo que es importante abordarla desde una perspectiva interdisciplinaria, que permita una visión más profunda incluyendo factores psicológico, sociales y biológicos.

Un fenómeno observado en las clínicas de Infectología donde se atienden a pacientes con VIH-SIDA en México, es el de la presencia concomitante de psicopatología llámese trastornos del afecto, personalidad, alimenticios, control de impulsos, neuróticos o psicóticos y/o trastorno por abuso de sustancias que al manifestarse en este tipo de pacientes entorpecen y deterioran el curso y evolución de la misma, afectando desfavorablemente su calidad de vida y propiciando conductas de riesgo tanto para el paciente como para la propagación de dicha enfermedad infecciosa considerada actualmente como uno de los problemas de salud más relevantes.

Este hecho tiene implicaciones importantes desde los puntos de vista clínico, epistemológico y de investigación. El uso de sustancias por parte de los pacientes, es una variable determinante en su evolución, conlleva:

- a. Mal apego a los “cocteles” antiretrovirales
- b. Competencia enzimática y otras interacciones farmacológicas
- c. Presencia de otras formas de psicopatología que complican el cuadro
- d. Estigmatización y marginalización adicionales
- e. Más contagios a terceros
- f. Abandono de tratamiento
- g. Abandono familiar y de otras redes de apoyo
- h. Desgaste económico

Los pacientes con triple diagnóstico, presentan múltiples complicaciones a diferentes niveles, siendo la principal el de la pobre adherencia a los tratamientos médicos, esto se ha visto con los pacientes con diagnóstico dual los cuales tienen mas frecuentemente y de mayor severidad los síntomas psiquiátricos, mismos que se asocian con negativismo al medicamento o bien fracaso de los mismos, y debido a su pobre adherencia una mayor frecuencia de hospitalizaciones^{19,20}. Mas severos desórdenes psiquiátricos y pobre éxito en el tratamiento asociado a conductas de alto riesgo, tales como empleo de drogas inyectables y no inyectables asociado con el compartir las jeringas, alto número de drogas asociadas, y el intercambio de sexo por drogas^{21,22}.

Además, los trastornos psiquiátricos, tales como la depresión severa, ansiedad, y personalidad antisocial, son asociados con pobre juicio, sobredosis de drogas, conducta impulsiva, y conducta sexual de alto riesgo. Estos factores de riesgo sugieren una fuerte vinculación entre el diagnóstico dual y el riesgo de adquirir HIV.

IV. Objetivo General

Conocer la frecuencia del “*Diagnóstico Triple*” (VIH/SIDA + Psicopatología + Toxicomanías) en pacientes con VIH/SIDA del Instituto Nacional de Cancerología y describir sus características a través de los instrumentos clinimétricos estandarizados para población mexicana.

A. Objetivos Específicos

1. Describir los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes en población con diagnóstico triple
2. Describir las toxicomanías más frecuentes en la población con Diagnóstico triple
3. Describir la calidad de vida en población con diagnóstico triple

V. Hipótesis

Se espera encontrar una alta frecuencia del diagnóstico triple en la Clínica de VIH del INCan puesto que se trata de población abierta.

Si consideramos el impacto psicológico que involucra el diagnóstico mismo de VIH/SIDA, entonces el espectro ansiedad- depresión será de los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes.

Si el tabaco y el alcohol son de las principales sustancias que interactúan con los tratamientos antirretrovirales (HAART) que reciben estos pacientes, entonces encontraremos mayor frecuencia de otro tipo de toxicomanías.

Si la presencia del diagnóstico triple determina un déficit en el autocuidado y en el apego a los tratamientos antirretrovirales, entonces la calidad de vida será inferior comparativamente a los pacientes con VIH/SIDA que no tienen estos Diagnósticos.

VI. Material y métodos

A. Tipo de estudio:

El presente estudio es descriptivo y comparativo de curso transversal.²⁴

Participación del Investigador. Observacional.

B. Universo de trabajo:

Pacientes pertenecientes a la Clínica de VIH/SIDA del INCan

C. Tamaño de la muestra:

El Universo comprende los 118 pacientes registrados hasta Mayo del 2006 en la Clínica de VIH perteneciente al INCan, y el total de pacientes estudiados fueron 60.

D. Criterios de selección:

Pacientes registrados con VIH-SIDA de la Clínica de VIH/SIDA del INCan

E. Criterios de inclusión:

- Aceptación voluntaria de su participación y firma del consentimiento informado por escrito.
- Que su condición médica y psiquiátrica les permita participar en el estudio (por ejemplo no presentar pensamiento desorganizado por psicosis, cuadro de agitación aguda, intoxicación aguda por alguna sustancia, pacientes delicados en UCI o con delirium)

F. Criterios de exclusión:

- Pacientes que presenten un riesgo inminente para cualquier integrante de la investigación (Ej. Heteroagresión verbal tendiente a la física en el momento de la entrevista)

G. Criterios de eliminación:

- Pacientes que no concluyan la batería de pruebas clinimétricas aplicadas.

H. Validación de datos:

- Las variables cuantitativas se estudiaron por medio de análisis de varianza simple con tres grupos, las variables categóricas se analizaron por medio de χ^2 .

I. Presentación de resultados:

Se emplean tablas cuadros y gráficas.

J. Consideraciones éticas:

Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el “Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud”. Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17, Sección II, Investigación con Riesgo mínimo, requiere Consentimiento Informado.

VII. Instrumentos

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional ³²

(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

Evalúa Principales trastornos psiquiátricos del Eje I.

Administración Heteroaplicada.

Descripción

- _ La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada, de duración breve.
- _ Explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10.
- _ La MINI está dividida en módulos, identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica.
- _ Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de trastornos psicóticos) se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas «filtro» correspondientes a los principales criterios diagnósticos del trastorno.
- _ Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas, permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.
- _ Versión en español de la MINI: L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert, M. Soto, O. Soto.
- _ Existen varias versiones en español:
 - _ La MINI.
 - _ La MINI Plus para la investigación.
 - _ La MINI Kid para niños y adolescentes.

Corrección e interpretación

Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen o no los criterios diagnósticos.

Test AUDIT ³³

Evalúa Detección de bebedores de riesgo.

N.º de ítems 10.

Administración Autoaplicada.

Descripción

_ El AUDIT consta de 10 ítems que exploran el consumo de alcohol del sujeto, así como los problemas derivados del mismo.

_ Cada ítem cuenta con criterios operativos especificados para asignar las puntuaciones correspondientes.

Corrección e interpretación

_ Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones en los 10 ítems.

_ En cada ítem, el valor de las respuestas oscila entre 0 y 4 (en los ítems 9 y 10 los valores posibles son tan sólo 0,2 y 4). El valor de la puntuación total oscila entre 0 y 40.

_ Existen puntos de corte diferenciados para hombres y mujeres que se proporcionan en la siguiente tabla.

	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
No problemas relacionados con el alcohol	00-07	00-05
Bebedor de riesgo	08-12	06-12
Problemas físico-psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica	13-40	13-40

Test de Fagerström ³⁴

Evalúa la dependencia de nicotina.

N.º de ítems 8.

Administración Autoevaluada.

Descripción

_ El test de Fagerström es un instrumento autoaplicado que consta de 8 ítems que exploran el consumo de cigarrillos y, por tanto, la dependencia de nicotina. Las puntuaciones oscilan de 0 a 2 en los tres primeros ítems y 0 o 1 en los restantes.

_ Existe, actualmente, una versión con los 6 primeros ítems.

Corrección e interpretación

_ Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones de los 8 ítems.

_ A mayor puntuación, mayor intensidad del consumo-dependencia.

_ Las puntuaciones obtenidas indican:

_ 00 a 02: dependencia muy baja.

- _ 03 a 04: dependencia baja.
- _ 05: dependencia media.
- _ 06 a 07: dependencia alta.
- _ 08 a 10: dependencia muy alta.

Escala de Calidad de Vida de Dunbar²⁵

Descripción

- _ Es una escala multidimensional autoaplicable que consta de dos subescalas:
 - a) Calidad de vida actual (estado actual) y
 - b) Calidad de vida ideal (estado ideal). Cada una de ellas con 23 reactivos, los cuales se pueden agrupar en 8 dimensiones: bienestar psicológico, bienestar físico, ánimo, locus de control relaciones sociales, empleo y actividades e intereses.

Cada reactivo consta de una escala tipo ordinal, representada por 10 puntos y en un extremo lo positivo y en el otro negativo. La validez y la confiabilidad se evaluó en un estudio con 129 pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y depresión mayor.

La confiabilidad fue determinada mediante la prueba-reprueba (Coeficiente de correlación de Spearman). Se realizó al aplicar la escala de calidad de vida al día 1 y día 2. Los coeficientes de correlación fueron de 0.83-0.66. La consistencia interna fue evaluada con el coeficiente alpha de Cronbach. El resultado fue: 0.90-0.94

APGAR Familiar³⁵

_Es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil en la identificación de familias a riesgo. El instrumento se ha validado en diferentes comunidades norteamericanas, asiáticas e hispanas, ofrece una correlación alta con pruebas especializadas.

El Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, en 1978 creó el APGAR familiar como una respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia.

Sus parámetros se delinearon sobre la premisa que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar:

1. Adaptación
2. Participación

3. Ganancia o crecimiento
4. Afecto
5. Recursos

Para el instrumento inicial se propusieron 3 posibles respuestas (2, 1, 0) en cada parámetro; al sumar los 5 parámetros, el registro oscilaba entre 0 y 10 puntos, que indican baja o alta satisfacción con el funcionamiento de la familia. Más adelante se observó que la precisión del instrumento se aumentaba cuando cada uno de los 5 aspectos que se evalúan en el APGAR familiar se categorizaba bajo 5 opciones (4, 3, 2, 1, 0). Así, al sumar los 5 parámetros, el puntaje oscila de 0 a 20, para indicar baja o alta satisfacción con el funcionamiento de la familia¹. Este sistema de puntuación es el que se utiliza actualmente a nivel de atención primaria y de investigación.

La validación inicial del APGAR familiar se efectuó para establecer correlaciones con un instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index)³⁶, e igualmente con estimativos de función familiar hechos por diversos psicólogos. La validación mostró un índice de correlación de 0.80 entre el APGAR/Pless-Satterwhite y de 0.64 entre APGAR/estimación de psicólogos. Este mismo estudio observó cómo los puntajes en familias de profesionales (promedio = 8.24) eran significativamente más altos que los puntajes observados en las familias no profesionales (promedio = 5.89).

Después de esta validación inicial, el APGAR familiar³⁷, se evaluó en múltiples investigaciones, como la efectuada por los departamentos de psicología y de psiquiatría de la Universidad de Washington, y el estudio longitudinal de la Universidad de Taiwan³⁸, que mostraron unos índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83. En tales estudios se estableció que el soporte social que suministran los amigos se percibía como un factor importante para el individuo y se correlacionaba significativamente con la función familiar. Esto motivó al autor del APGAR familiar a incluir en su evaluación, el apoyo que brindan las amistades.

VIII. Procedimiento

Se invitó a participar en la investigación a la totalidad de usuarios de la clínica de VIH/SIDA del INCAN, mediante carteles informativos y trípticos que se repartieron los días de consulta, así como a través de sus médicos tratantes a quienes se les hizo de su conocimiento una vez aceptado el protocolo por los comités de investigación y ética de la sede en cuestión. Para llevar a cabo esta pesquisa de sujetos se elaboró una batería de tamizaje (con instrumentos estructurados y semiestructurados, autoaplicables y de

llenado por expertos), al que se sometió al 100% de los pacientes de la clínica de VIH-SIDA.

Se valoró *in situ* a los pacientes sin necesidad de que se trasladaran a otros centros (eliminando también la redundancia de expedientes y el trabajo y costo burocrático que conlleva). Para esto se instauró la “Fase I”, que consistió en una serie de talleres y mesas de capacitación para los clínicos de estas sedes y poder así calificar homologadamente a sus pacientes. Esta capacitación se realizó por los médicos del INP “RF”, todos con experiencia específica en el uso y lectura de estos instrumentos. Se esquematiza en el Anexo 1 y lo resumimos de la siguiente manera:

1. Capacitación en los siguientes instrumentos clinimétricos, al personal médico y técnico de los Institutos Nacionales de Salud (Cancerología y Psiquiatría) donde se tratan a pacientes con VIH-SIDA,
 - MINI PLUS (Minientrevista Neuropsiquiátrica Internacional)
 - TEST AUDIT
 - FAGERSTROM
 - ESCALA DE CALIDAD DE VIDA DE DUNBAR
 - FAMILY-APGAR
2. Asistencia de los evaluadores entrenados a los días de consulta programada del INCan para aplicar los instrumentos de tamizaje y derivar a la entrevista clínica con experto.

En esta etapa se identificaron a los pacientes con VIH-SIDA, que tienen un problema adictológico y probablemente, otras manifestaciones psicopatológicas, es decir una población portadora de “*Diagnóstico Triple*”.

Resumimos la “Fase II”

1. Aquellos que aceptaron, mediante un consentimiento informado se captaron en el estudio, aquellos que no aceptaron, siguieron en la unidad con su manejo habitual (El consentimiento informado, en el Anexo 3).

2. En la unidad de atención para VIH/SIDA, se realizó el tamizaje de las poblaciones y la entrevista con experto.

3. A los casos positivos se les impartió psicoeducación en la misma clínica donde reciben tratamiento, ofreciendo direcciones de centros de apoyo para su atención especializada cuando aceptaron recibir tratamiento.

Esquematizamos la Fase II en el Anexo 2.

IX. Análisis estadístico

Para variables nominales se utilizaron porcentajes, las variables cuantitativas se estudiaron por medio de análisis de varianza simple con tres grupos, las variables categóricas se analizaron por medio de χ^2 .

Para variable ordinales se obtuvieron Medias y Desviación Estándar, para comparación entre grupos se utilizaron prueba t-students.

X. Recursos

A. Recursos Humanos.

Investigador: Dra. Claudia Tejeda Romero

Actividad Asignada: Revisión bibliográfica, elaboración del protocolo, obtención de información, elaboración de informe técnico final.

Número de horas por semana que dedicará a la investigación: 30 horas.

Investigador: Dra. Patricia Volkow

Actividad: Asesoramiento en la elaboración del protocolo y elaboración del informe técnico final y divulgación de resultados.

Número de horas por semana: 4 horas.

Investigador: Dr. Gady Zabicky

Actividad: Auxilio en la revisión bibliográfica, elaboración del protocolo, elaboración del informe técnico final y divulgación de resultados.

Número de horas por semana: 7 horas.

Investigador: Ing José Francisco Cortés Sotres

Actividad: Asesoramiento en metodología y análisis de resultados.

Número de horas por semana: 16 horas

Investigador: Dr. Arturo Morlet Barjau

Actividad: Aportación de la Escala MINI Plus empleada en Psiquiatría de Enlace.

Número de horas por semana: Variable

B. Recursos materiales.

Los recursos que se adquirieron son:

Escalas clinimétricas impresas para su aplicación (70 copias por individuo)

7 lápices para su empleo en el llenado de los test

Computadora y Palm para captura de datos

Hojas para impresión de resultados

C. Recursos financieros.

El total de copias requeridas para aplicación de cuestionarios fue absorbido por el INCan.

La computadora fue proporcionada por la investigadora principal para captura de base de datos y como apoyo se emplearon equipos de computación del INP "RF".

D. Calendario.

2005

2006

Feb Mzo Abril Mayo Junio Julio Ago Sep Oct Nov Dic
Ene

1	1										
		2									
			3	3	3	3	3	3			
									4	4	
											5

1.- Revisión bibliográfica.

2.- Elaboración del protocolo.

3.- Obtención de la información.

4.- Procesamiento y análisis de los datos.

S.- Elaboración del informe técnico final.

6.- Divulgación de los resultados.

Fecha de inicio: Febrero del 2005

Fecha de terminación: Enero del 2006

X1. Resultados

Se estudiaron 60 pacientes con diagnóstico de VIH, de los cuales 8 (13.3%) no presentaron adicciones ni psicopatología; 27 (45.0%) presentaron un diagnóstico doble, 4 VIH y adicción y 23 VIH y psicopatología; 25 (41.7%) presentaron el “*Diagnóstico Triple*”.

Tabla 1. Distribución de pacientes de acuerdo a grupo perteneciente

Diagnóstico	N	%
Solo VIH	8	13.3
Doble	27	45
Triple	25	41.7
Total	60	100

Podemos notar que del 100% de la población estudiada un 41.7% presentó la entidad buscada, es decir el diagnóstico triple.

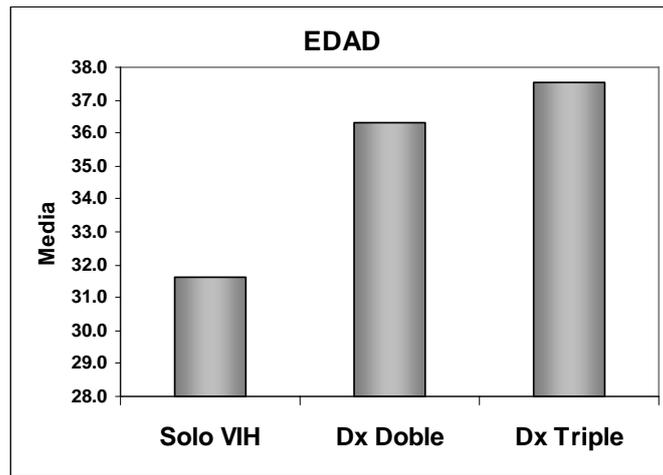
La distribución por edad se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 2. Distribución por edad media perteneciente a cada grupo

EDAD			
Dx	N	Media	Desviación Estándar
Solo VIH	8	31.6	7.7
Dx Doble	27	36.3	9.3
Dx Triple	25	37.5	9.0

Donde se observa que los pacientes con diagnóstico triple presentaron una mayor media de edad sin que ésta sea significativamente diferente a la de los otros grupos [$F(2,57)=1.30$, $p = 0.280$].

Gráfica 1. Distribución por edad media perteneciente a cada grupo



Con respecto al sexo no se encontraron diferencias en cuanto a los tres grupos [$\chi^2(2)=1.809$, $p = 0.405$], la distribución se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 3. Distribución por género de los grupos con VIH

Sexo		Solo VIH	Dx Doble	Dx Triple	Total
Femenino	n	1	10	9	20
	%	12.5	37.0	36.0	33.3
Masculino	n	7	17	16	40
	%	87.5	63.0	64.0	66.7
Total	n	8	27	25	60
	%	100	100	100	100

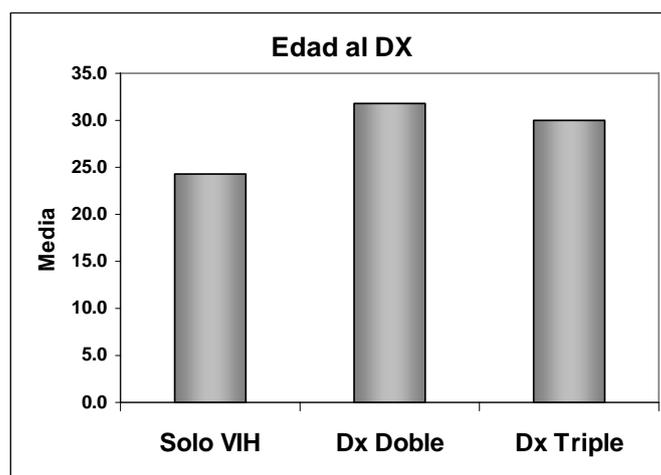
La edad de los pacientes cuando fueron diagnosticados con VIH presentó diferencias entre grupos, siendo el grupo con solo VIH el que presentó menor media de edad [$F(2,57)=3.21$, $p=0.048$].

Tabla 4. Distribución de los grupos por edad al diagnóstico de VIH

Edad al Diagnóstico de VIH

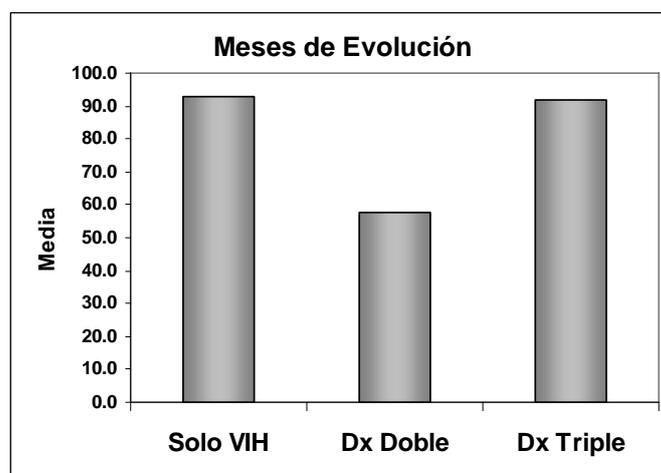
Dx	N	Media	Desviación Estándar
Solo VIH	8	24.3	5.1
Dx Doble	27	31.8	7.7
Dx Triple	25	30.1	7.6

Gráfica 2. Distribución de los grupos por edad al diagnóstico de VIH



A pesar de la diferencia en la edad del diagnóstico la evolución del VIH expresada en meses, no presentó diferencia entre grupos [$F(2,57)=2.58$, $p=0.084$]. se presenta en la siguiente gráfica.

Gráfica 3. Distribución de los grupos por meses de evolución



La distribución por escolaridad, estado civil, y nivel socioeconómico, así como actividad laboral y lugar de residencia y procedencia fue interrogado y medido sin arrojar diferencias estadísticas.

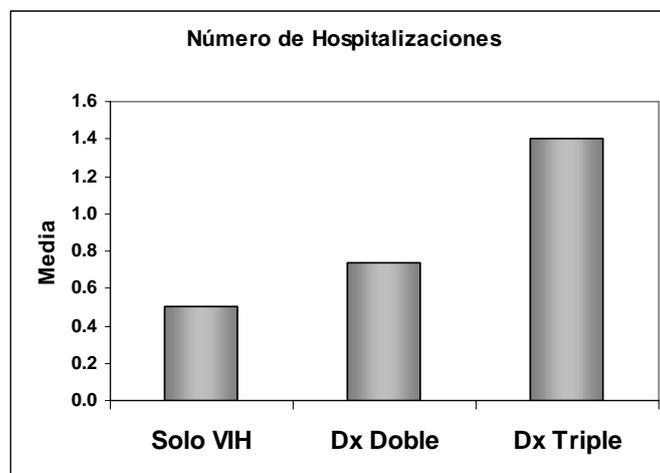
Se estimó la media de cada grupo de acuerdo al número de hospitalizaciones que habían presentado a lo largo de toda su evolución con el VIH , mostrando claras diferencias entre grupos.

Tabla 5. Distribución de los grupos por número de hospitalizaciones presentadas en la evolución del VIH

Número de Hospitalizaciones			
Dx	n	Media	Desviación Estándar
Solo VIH	8	0.5	0.8
Dx Doble	27	0.7	1.1
Dx Triple	25	1.4	1.9

Los pacientes con diagnóstico triple se observa que tienen comparativamente mayor número de ingresos hospitalarios.

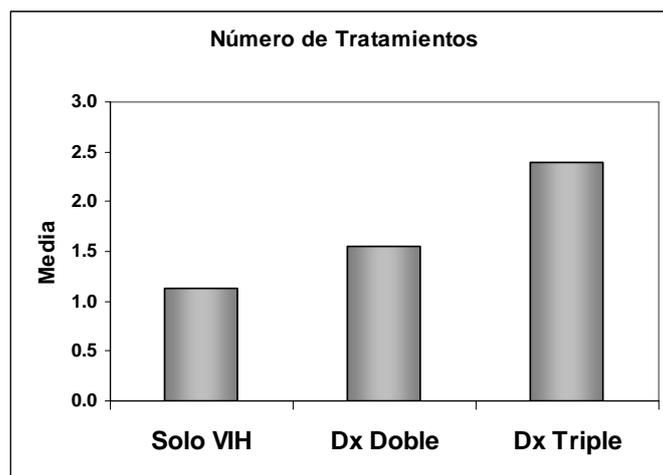
Gráfica 4. Distribución de los grupos por número de hospitalizaciones presentadas en la evolución del VIH



La menor media en el número de hospitalizaciones corresponde al grupo con solo VIH, aunque esta diferencia no resultó estadísticamente significativa [$F(2,57)=1.84, p = 0.169$].

La distribución del número de tratamientos antiretrovirales recibidos se presenta en la siguiente forma.

Gráfica 5. Distribución de grupos por número de HAART recibidos



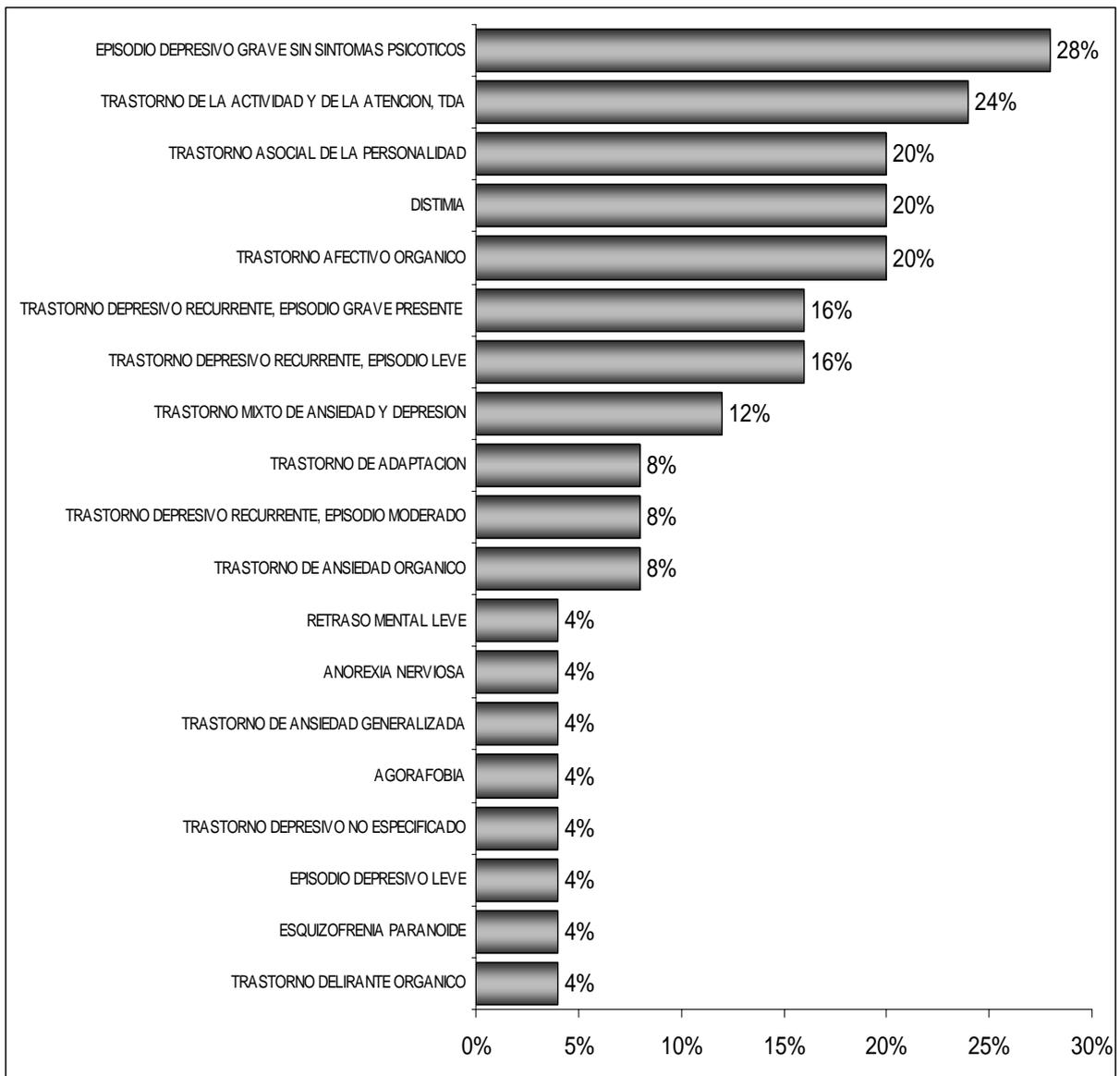
Pudiendo observarse que la mayor media en el número de tratamientos recibidos corresponde al grupo con “*Diagnóstico Triple*”, resultando estadísticamente significativa [$F(2,57)=3.61, p = 0.034$].

Una vez comparados los tres grupos, se estudio las características individuales del grupo con “*Diagnóstico Triple*”.

La psicopatología en el grupo con triple diagnóstico presentó múltiples diagnósticos por paciente (media = 2.12), a continuación se presenta la distribución de los diagnósticos según CIE-10, la suma de porcentajes es mayor a 100 debido a los diagnósticos múltiples.

Se puede observar que el episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos es el trastorno psiquiátrico más frecuente, siendo más de una cuarta parte del subgrupo con diagnóstico triple quienes la presentaron.

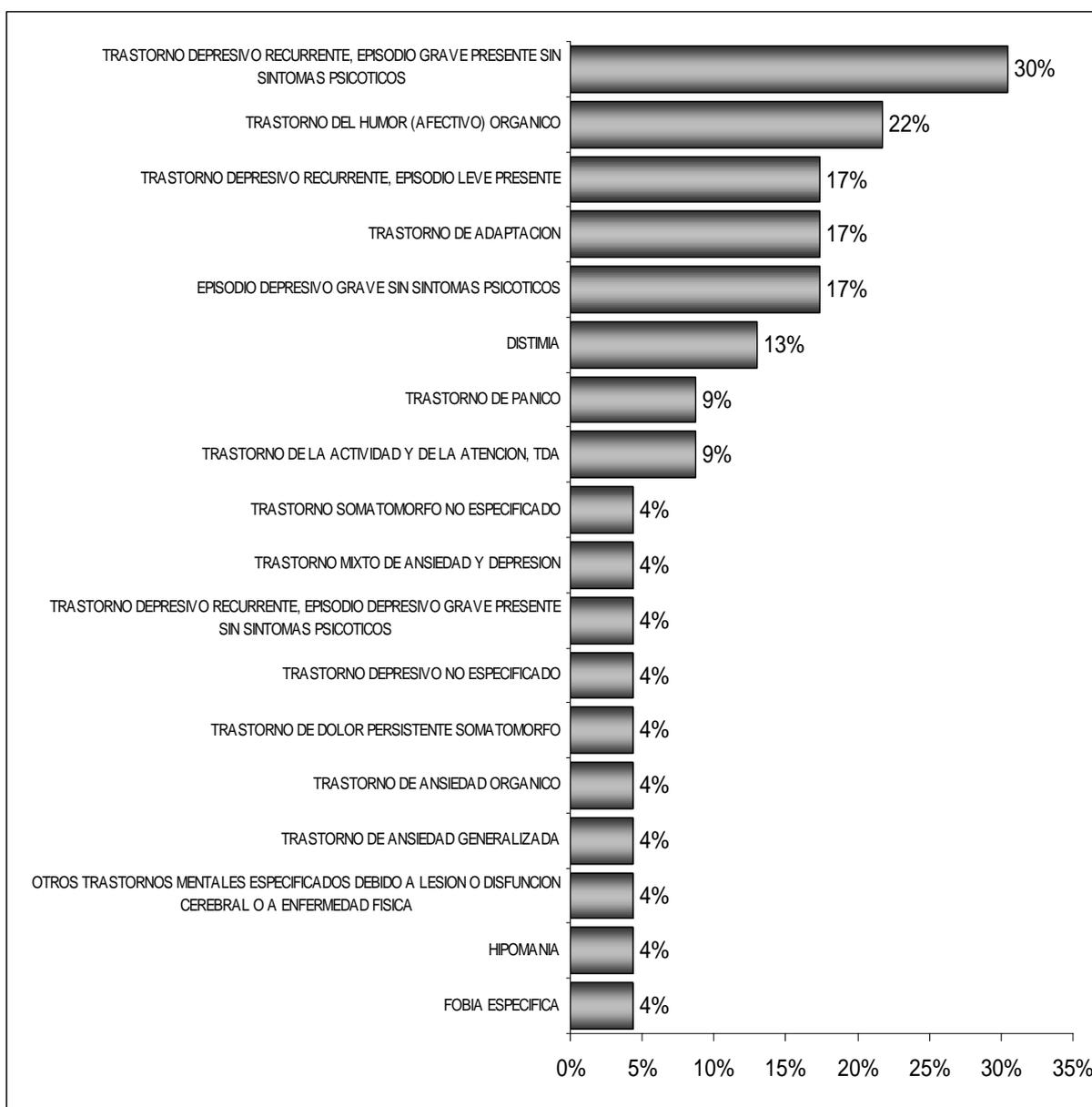
Gráfica 6. Distribución de pacientes con “*Diagnóstico Triple*” de acuerdo al CIE-10



Es de llamar la atención que un 24 % presentó comorbilidad con TDA, y que en general los trastornos afectivos y de ansiedad son los más frecuentes, quedando las psicosis en último lugar.

El grupo con diagnóstico doble (VIH y psicopatología) presentó en promedio 1.78 diagnósticos CIE-10 por paciente, **comportándose de forma similar que el grupo con diagnóstico triple en cuanto a que los trastornos afectivos son los de primer orden de aparición y los de la conducta en segundo lugar.**

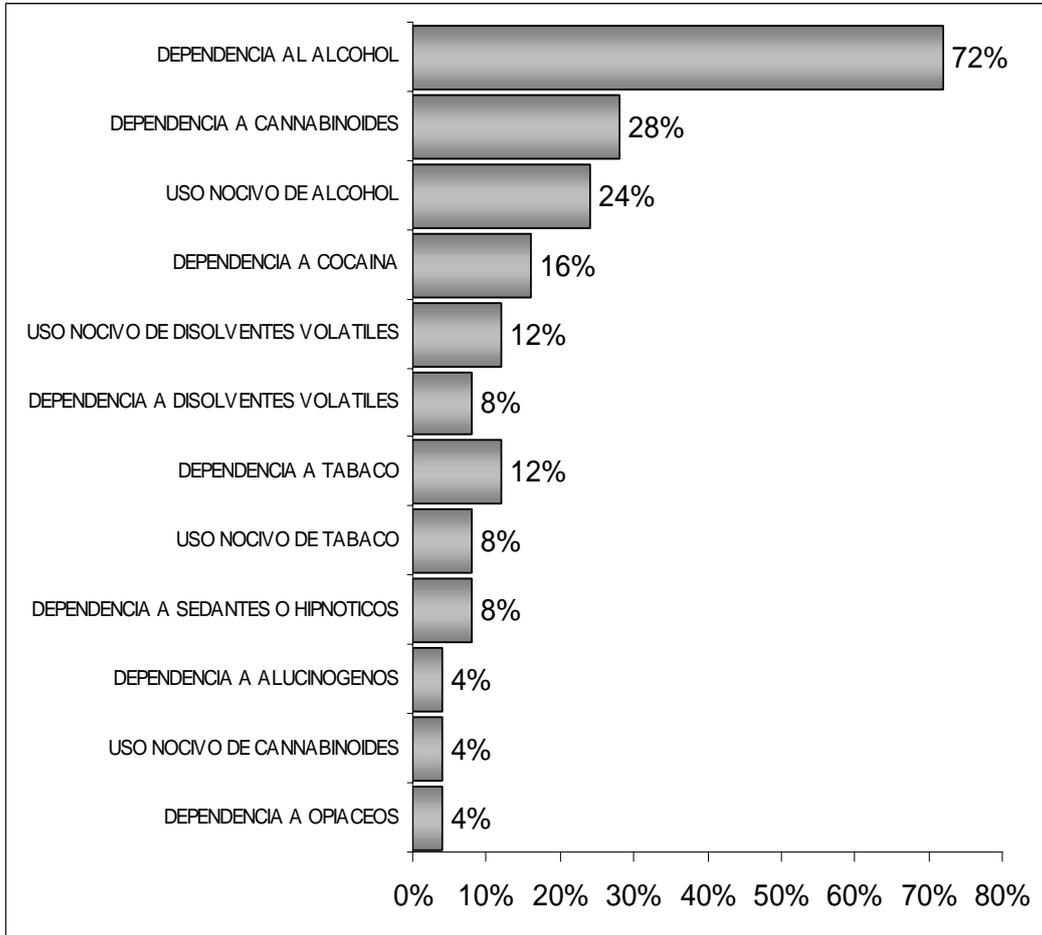
Gráfica 7. Distribución de pacientes con diagnóstico doble de acuerdo al CIE-10



En cuanto a la distribución de las adicciones en el grupo con diagnóstico triple, se tuvo un promedio de 2.0 adicciones por paciente, siendo la más frecuente el abuso y dependencia de alcohol, seguido del consumo de cannabis, y posteriormente la dependencia de cocaína y finalmente el de solventes, habiendo únicamente dos casos de consumo de opiáceos.

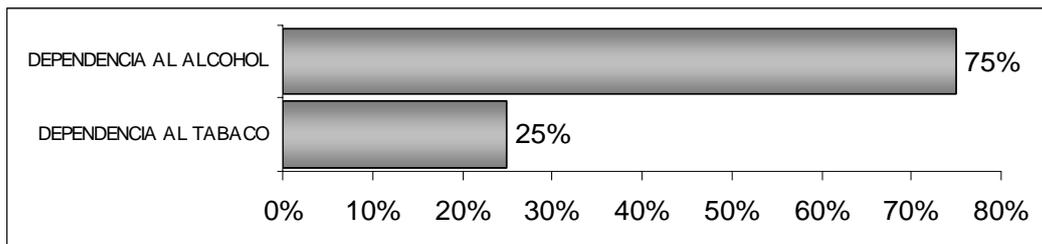
En cambio de los que presentaron diagnóstico doble (VIH y adicciones) solo se presentó el consumo de alcohol y tabaco. Coincidiendo en que el abuso de alcohol fue el más frecuente.

Gráfica 8. Distribución de pacientes con “*Diagnostico Triple*” por toxicomanías según CIE-10



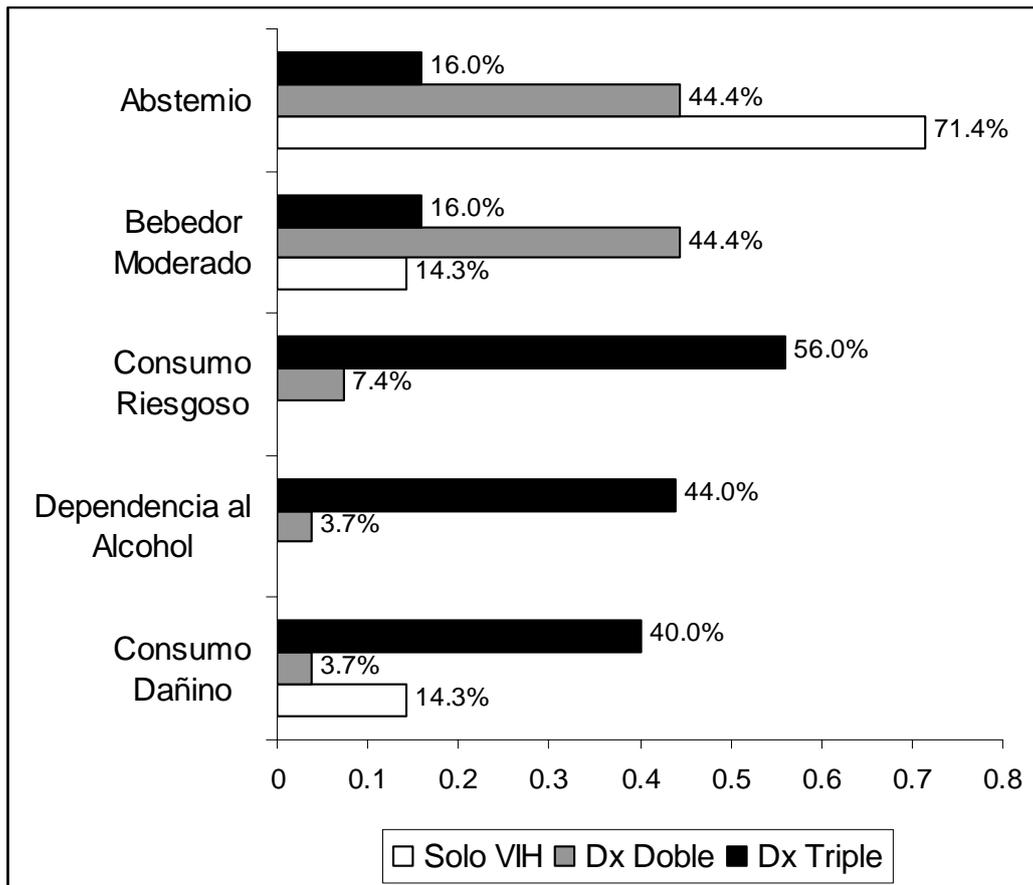
De los cuatro pacientes con diagnóstico doble (VIH y adicción) prevaleció la dependencia al alcohol.

Gráfica 9. Distribución de pacientes con diagnóstico doble según toxicomanías presentadas



La evaluación de grado de alcoholismo se hizo por medio de la escala AUDIT, encontrándose que a pesar de que los pacientes con *Diagnóstico Triple* contaban con otras toxicomanías, la dependencia al Alcohol no fue la principal categoría identificada sino el Consumo Riesgoso, al momento de la entrevista.

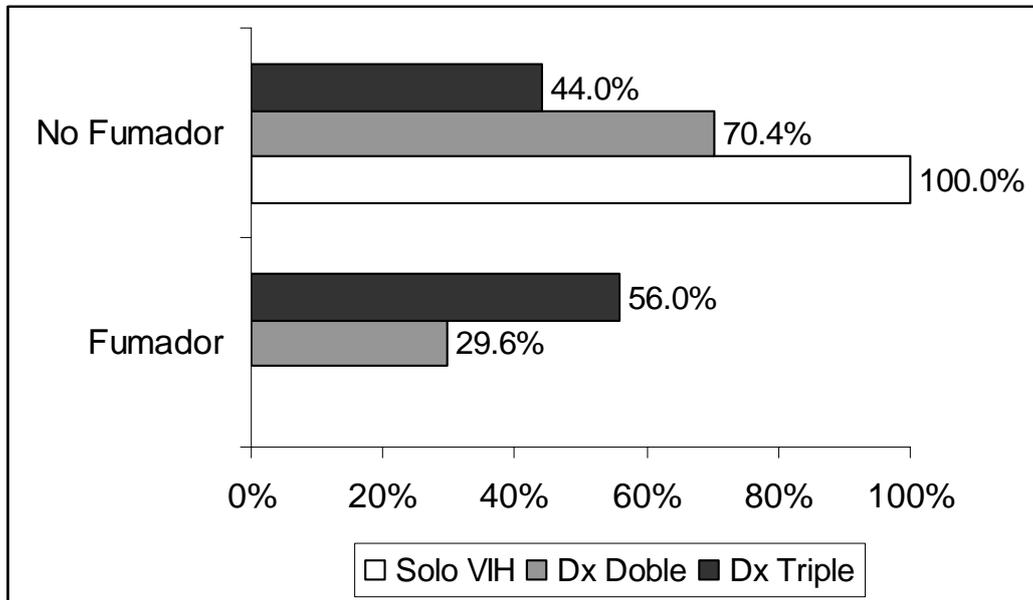
Gráfica 10. Distribución de los grupos de acuerdo a consumo de alcohol según AUDIT



En cuanto al uso de tabaco se obtuvieron los siguientes resultados:

Existen diferencias estadísticas entre grupos, el grupo con “*Diagnóstico Triple*” presentó el mayor consumo de tabaco, siendo nulo su uso entre los del grupo con monodiagnóstico VIH/SIDA de acuerdo al Fagerström, que fue la escala empleada [F(2)=9.23, p=0.0099]

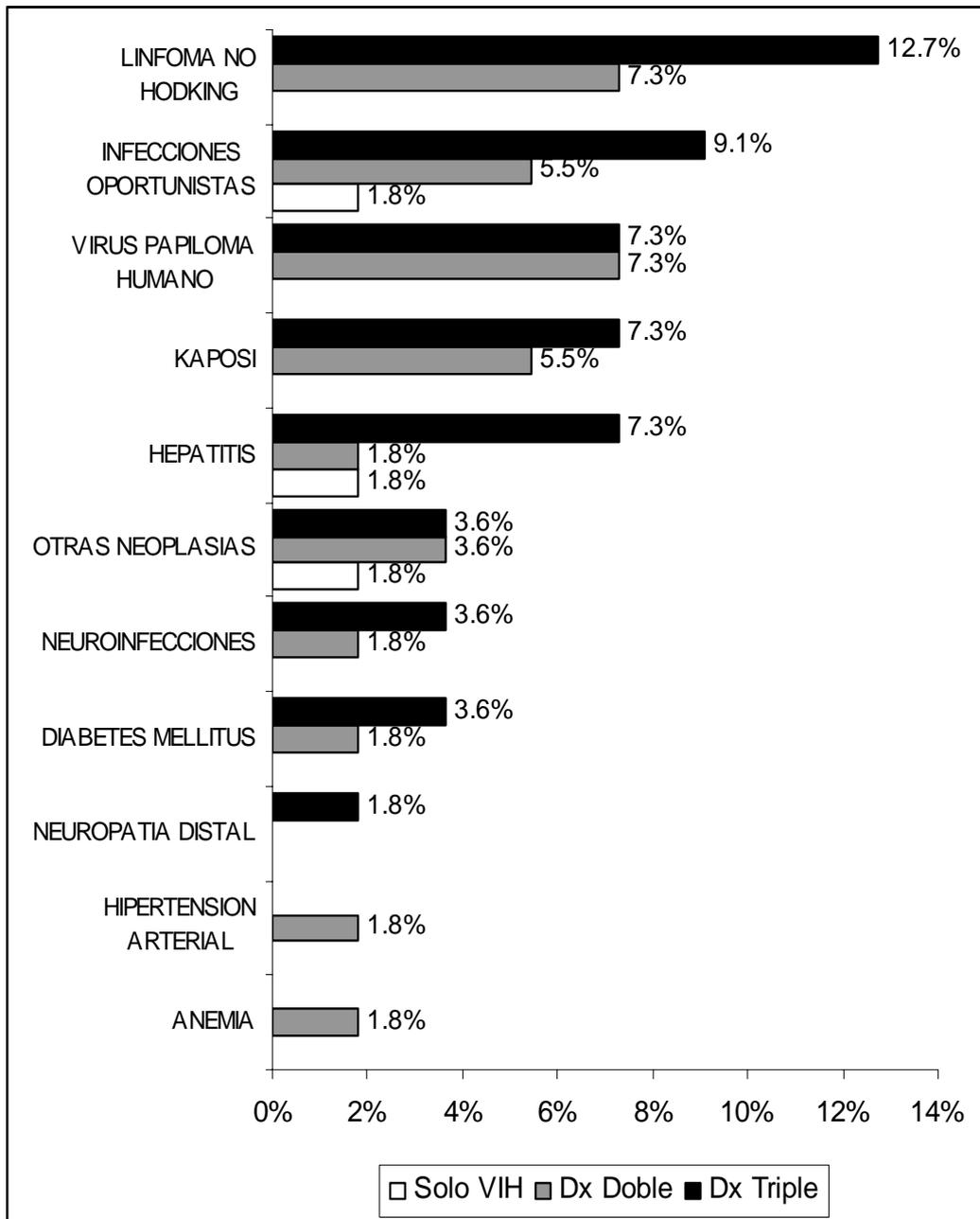
Grafica 11. Distribución de los grupos de acuerdo a consumo de tabaco según Fagerström



Se observó también las complicaciones médicas más frecuentes que aquejan a los pacientes con VIH, comparándolo con los de los otros grupos encontrando interesantes resultados, con un porcentaje considerablemente mayor en los pacientes con “*Diagnóstico Triple*”. Los pacientes presentaban al momento de la entrevista los siguientes diagnósticos de eje III.

Podemos observar que la patología más frecuentemente encontrada entre los que presentaron diagnóstico en el Eje III fue el linfoma no Hodgking en diferentes localizaciones que se englobaron en una sola entidad para su evaluación, y en segundo lugar la se encontró a las Infecciones oportunistas en donde se incluyó las infecciones por *Candida albicans* esofágica y de otros lugares atípicos, *Histoplasmosis*, Citomegalovirus, Tuberculosis de localización diversas excepto las del SNC ya que fue incluida en Neuroinfecciones esta modalidad, pero en general se puede observar que quienes se encontraron más afectados se encuentran dentro del grupo de “*Diagnóstico Triple*”.

Gráfica 12. Distribución de los grupos por enfermedades médicas comórbidas



En cuanto a la calidad de vida no hubo diferencia significativa, presentando similares cifras de bienestar físico, psicológico, humor, autocontrol, y funcionamiento social, laboral y económico, puntuando ligeramente el grupo monodiagnosticado con

VIH pero sin llegar a ser representativo como lo muestra la siguiente tabla y su correspondiente grafica.

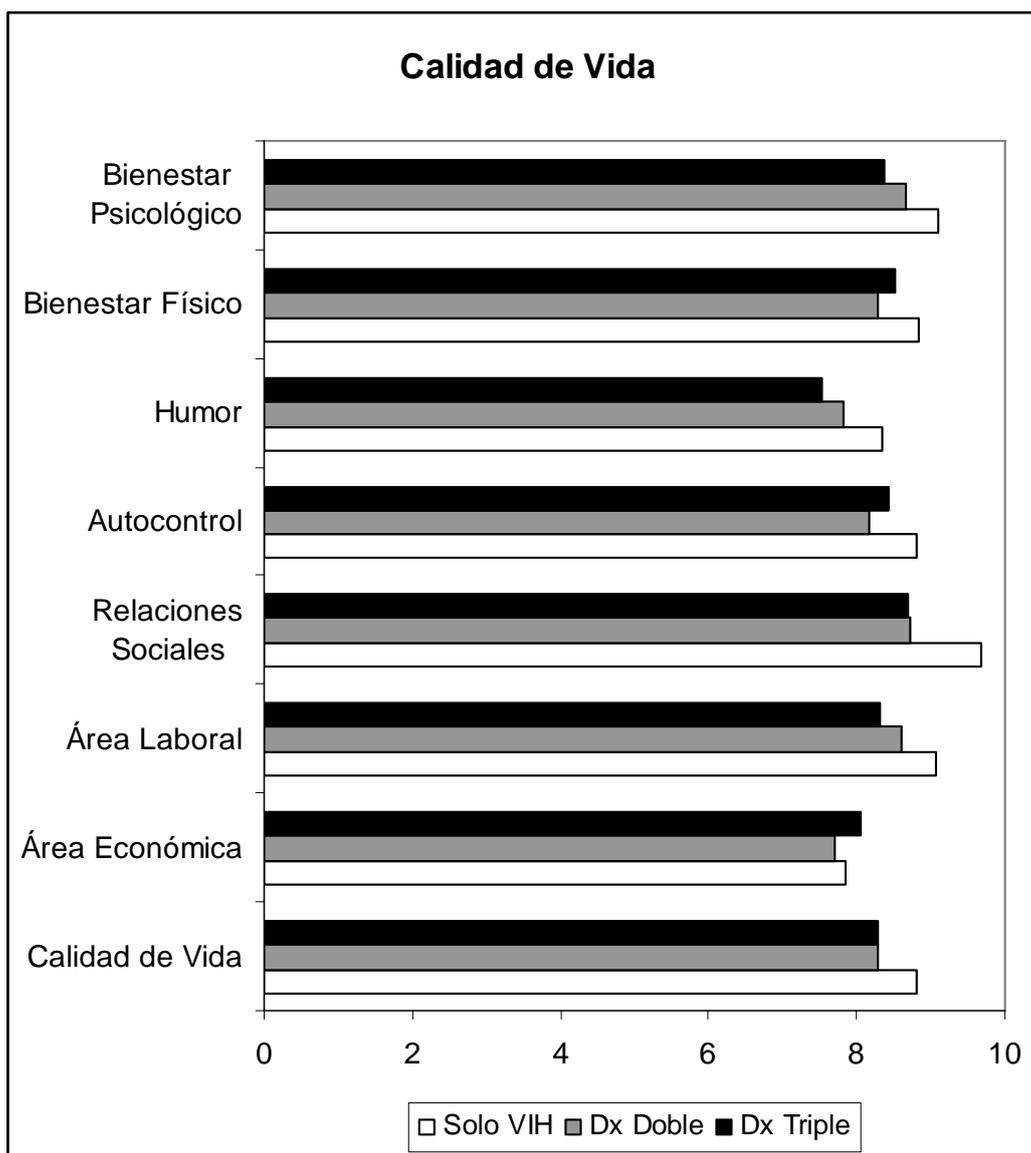
Tabla 6. Distribución de los grupos según calidad de vida por la escala Dunbar

		Solo VIH	Dx Doble	Dx Triple
	N	7	27	25
Bienestar Psicológico	Media	9.1	8.7	8.4
	Desviación Estándar	0.9	1.1	1.3
Bienestar Físico	Media	8.8	8.3	8.5
	Desviación Estándar	0.9	1.3	1.5
Humor	Media	8.4	7.8	7.5
	Desviación Estándar	1.3	1.7	1.6
Autocontrol	Media	8.8	8.2	8.4
	Desviación Estándar	0.7	2.0	1.7
Relaciones Sociales	Media	9.7	8.7	8.7
	Desviación Estándar	0.4	1.5	1.7
Área Laboral	Media	9.1	8.6	8.3
	Desviación Estándar	1.3	1.8	2.0
Área Económica	Media	7.9	7.7	8.0
	Desviación Estándar	3.1	2.2	2.8
Calidad de Vida	Media	8.8	8.3	8.3
	Desviación Estándar	0.7	1.1	1.2

La familia como sistema juega un papel importante no sólo en el proceso generador de alteración de la salud sino en su proceso de rehabilitación³⁹. Esto depende de si la familia es disfuncional o, por el contrario, es funcional, y cuenta con unos recursos adecuados de soporte social. Por tal es de interés observar los resultados de la funcionalidad de las familiares correspondientes a los pacientes de “triple diagnóstico”

que como se muestra en la tabla 7, no es muy diferente a la presentada por los otros grupos, la misma se ejemplifica mejor en la gráfica 14.

Gráfica 13. Distribución de los grupos por calidad de vida según la escala Dunbar



APGAR Familiar

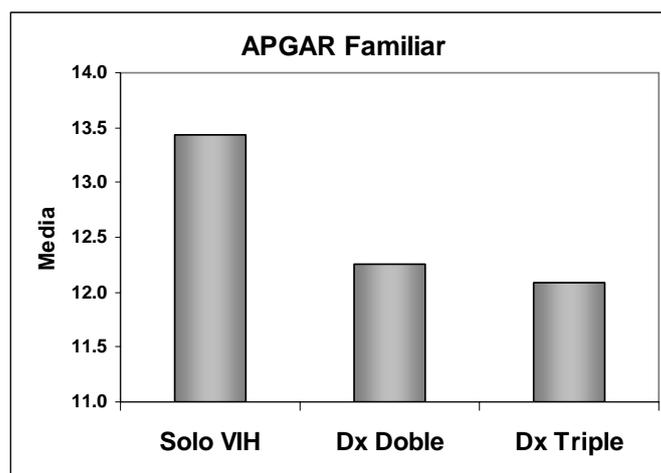
La distribución por de las puntuaciones obtenidas en el APGAR familiar se presentan en la siguiente tabla.

La mayor media en el APGAR familiar correspondía al grupo con solo VIH, aunque esta diferencia no resultó estadísticamente significativa [$F(2,56)=0.75$, $p = 0.477$].

Tabla 7. Distribución de los grupos por funcionalidad familiar según APGAR

APGAR Familiar			
Dx	N	Media	Desviación Estándar
Solo VIH	7	13.4	1.6
Dx Doble	27	12.3	2.7
Dx Triple	25	12.1	2.6

Gráfica 14. Distribución de los grupos por funcionalidad familiar según APGAR



Finalmente se realizó un interrogatorio sobre los factores de riesgo que presentaban para la adquisición de VIH y a que se le atribuyó la infección, teniendo la distribución que se muestra en la siguiente gráfica.

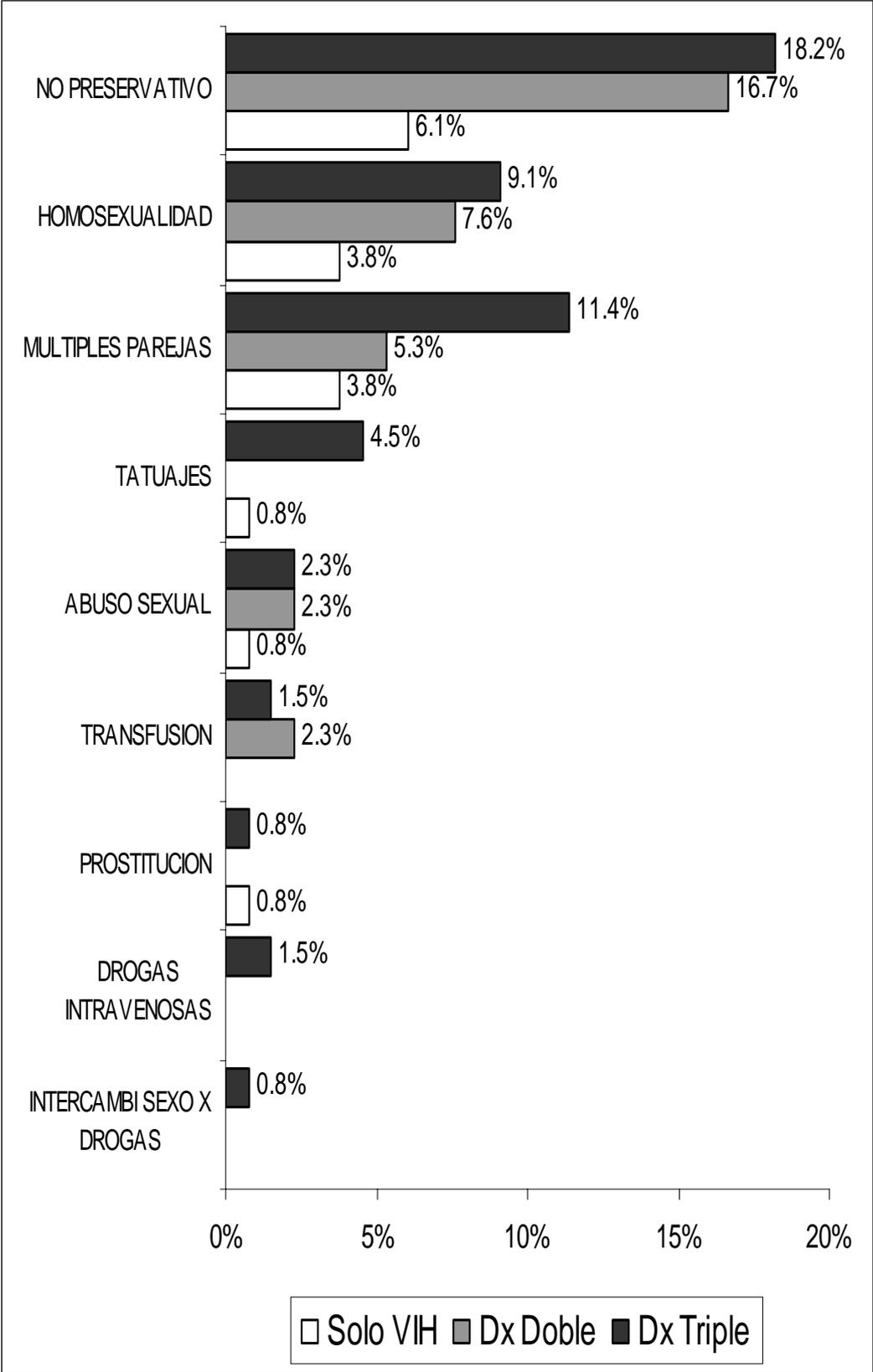
Se encontró que el más frecuente para los tres grupos fue el que valora la conducta sexual de riesgo con el reactivo que lleva como título “no empleo de preservativo”.

De los factores que presentaron una frecuencia diferente observable fueron tres principalmente que incluyen la presencia de tatuajes, homosexualidad, y el uso de drogas intravenosas que puntuaron principalmente en el grupo con “Diagnóstico

Triple”, observándose una diferencia a la de los otros dos grupos como lo podemos ver en la gráfica siguiente.

Un factor que se entrevistó y que sorprendió por sus resultados fue el de *Abuso Sexual* ya que en la clínica diaria de la entrevista realizada por los infectólogos se había observado este fenómeno por lo que se sugirió su investigación, observando que no es despreciable el dato obtenido para los tres grupos sin diferencia significativa.

Gráfica 15. Distribución de los grupos por factor de riesgo para VIH



XII. Discusión

La necesidad de servicios de Salud Mental y tratamiento de abuso de sustancias es imperiosa en aquellos afectados por el VIH/SIDA pero aún existe muy poca información disponible de estudios realizados en esta población.²⁶

Según el estudio de Burnam et al ²⁶ en donde se revisaron 2,864 casos de infectados con VIH los cuales recibían cuidados médicos, se estimó que el 61.4% utilizaron servicios de Salud Mental o de tratamiento por Abuso de sustancias, 1.8% ameritó Hospitalización, el 3.4% recibió tratamiento para abuso de sustancias residencial, el 5.6% con tratamiento ambulatorio para abuso de sustancias, el 12.4% participó en grupos de autoayuda para abuso de sustancias, el 40.3% comentó problemas emocionales a su médico tratante y el 29.6% tomó psicofarmacos. De acuerdo con las cifras anteriormente descritas estas se correlaciona a lo encontrado en la presente investigación en donde el 41.7% de la población estudiada presentó un “*Diagnóstico Triple*”.

Además según el estudio de Angelino AF et al²⁷ los trastornos psiquiátricos incrementan el riesgo de complicaciones de VIH al incrementar la morbilidad de enfermedades relacionadas dado por la pobre adherencia al tratamiento, en la presente investigación se encontró una diferencia significativa en el número de tratamientos antirretrovirales recibidos con una $p=0.034$, siendo los de mayor número los pacientes con *Diagnóstico Triple*, además de que se observó una mayor cantidad en el número de patologías presentadas en el Eje III de estos mismos pacientes. Contrariamente a lo esperado la Calidad de Vida no fue estadísticamente diferente a la de los otros grupos. Pudiendo atribuirse a la capacidad de *Resiliencia* de cada individuo.

En este mismo estudio de Angelino AF²⁷ se encontró que los diagnósticos psiquiátricos reconocidos más frecuentes son: La depresión mayor, El trastorno bipolar y los trastornos de personalidad por lo que en su experiencia sugieren el manejo de este tipo de trastornos mentales para mejorar la adherencia al tratamiento y a largo plazo, la evolución del VIH. En este rubro en la presente investigación el trastorno mental mas frecuente fue la depresión mayor, seguido de trastorno por déficit de atención y en lo que se refiere a la presencia de adicciones, la encabezó el alcohol seguido por cannabis.

Otra de las diferencias encontradas en esta población fue la del Consumo de tabaco, donde los consumidores quedaron exclusivamente en el grupo de *Diagnostico Triple* en un 56% de esta población en comparación con 0% de fumadores en la población de monodiagnosticados con VIH. Lo que se correlaciona con la literatura donde se menciona que cerca del 12.8% de los adultos americanos presentan dependencia a nicotina asociándose esta dependencia a nicotina con trastornos específicos del eje I y II con una significancia de $p < 0.05$ específicamente 7.1% con un diagnóstico psiquiátrico comórbido²⁸. Sin embargo este tipo de hallazgos aún no están bien definidos.

Existe diversa bibliografía donde se analiza el apego a tratamiento para mejorar la calidad de vida del paciente con VIH por ejemplo en el estudio de Dausey et al²⁹ se menciona la importancia del manejo de la comorbilidad psiquiátrica y del abuso de sustancias sin embargo la calidad de vida no se describe, así mismo en el estudio de Andersen et al³⁰ quien menciona procesos específicos de cuidados en mujeres con *Diagnóstico Triple* sin analizar el impacto en la calidad de vida, también es el caso del estudio de Meyer P³¹ en donde se realiza una revisión de la literatura y se plantea la necesidad del programa de adherencia al tratamiento como resultado sanitario y su estudio de costo del VIH/SIDA, reiterando que la calidad de vida tampoco esta descrita.

El presente estudio evalúa la calidad de vida de los pacientes con *Diagnóstico Triple* con la escala análogo visual Dumbar sin encontrar diferencias estadísticamente significativas, sin embargo como ya se comentó se analizó la presencia de patologías en el Eje III, encontrándose que los de Diagnóstico Triple tienden a presentar mayores complicaciones asociadas a la presencia del VIH, lo cual de una manera indirecta se infiere que se afecta la calidad de vida aunque en dicha Escala, en el parámetro de bienestar físico no se refleja tal diferencia, además de que la población estudiada es una población que recibe atención y muestra interés en su tratamiento y por ende en su autocuidado, y que sus características sociodemográficas y clínicas difieren a la de los estudios hasta ahora realizados. Cabe hacer mención que gran parte de la bibliografía existente, describe a usuarios de drogas intravenosas, incidencia que en la población mexicana se encuentra distribuida principalmente en regiones del norte del país y nuestra población estudiada es de la región centro.

XIII. Conclusiones

Es innegable la existencia del Diagnóstico Triple en población mexicana; la presencia de Psicopatología y Toxicomanías en pacientes con VIH favorece un mayor número de complicaciones médicas y fracasos al tratamiento antiretroviral, de acuerdo a lo observado en esta investigación, sin tener repercusión demostrable en la calidad de vida.

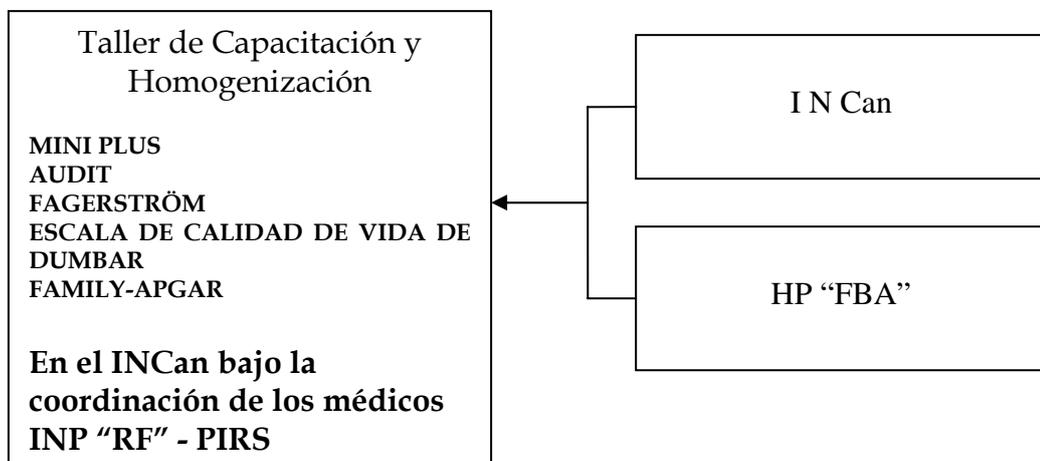
La presencia elevada de Trastornos del Afecto específicamente episodios depresivos pueden ser ocasionados probablemente por una dificultad en la aceptación al Diagnóstico de VIH, sin embargo no existe un estudio que describa este fenómeno.

La presencia de un alto porcentaje de TDAH en los pacientes con triple diagnóstico nos invita a seguir una nueva línea de investigación empleando pruebas más específicas para la identificación de este diagnóstico, así mismo nos abre más interrogantes acerca del tipo de personalidad que podría predominar en dicha población, tomando en cuenta que la impulsividad constituye una característica principal en ambos trastornos y nos podría explicar su alta frecuencia en el contagio de VIH y consumo de sustancias, siendo que permanecen en una constante búsqueda de lo novedoso.

Existen muchos problemas metodológicos aún para alcanzar resultados más concluyentes respecto al VIH y su correlación con Trastornos Psiquiátricos y Uso de Drogas.

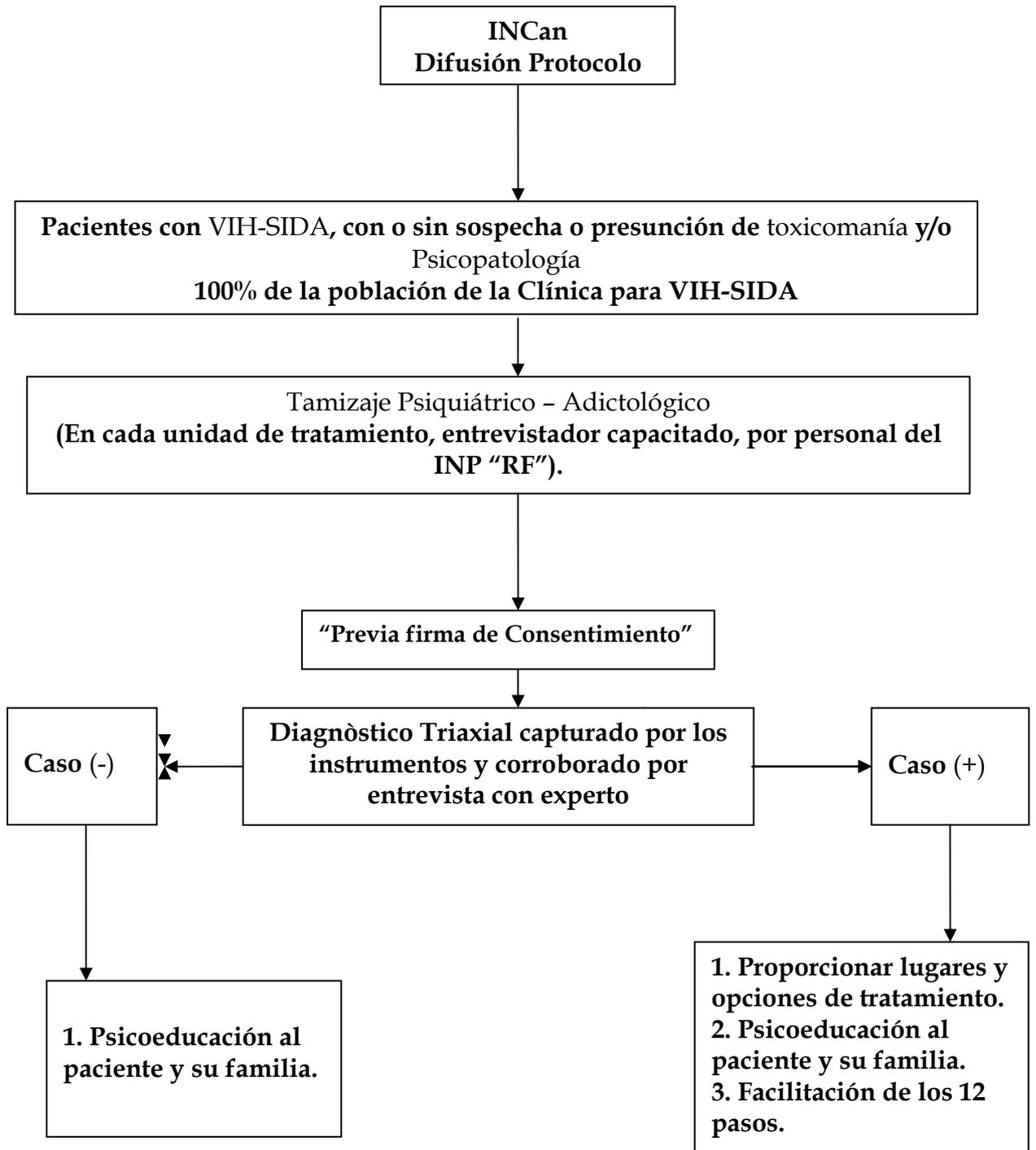
Anexo 1

Fase I



Anexo 2

Fase II



CONSENTIMIENTO INFORMADO

**PROTOCOLO PARA DETECCIÓN DE PORTADORES DE DIAGNÓSTICO
TRIPLE**

HOJA DE CONSENTIMIENTO

1. Se me ha invitado a participar en una investigación en la que se valorará mi salud mental y las características de mi consumo de alguna sustancia como alcohol, tabaco u otras.
2. Si acepto participar, acudiré a algunas entrevistas y contestaré unos cuestionarios por no más de dos horas, en total.
3. Como participante en el estudio, tendré derecho a conocer los resultados de mis cuestionarios y entrevistas.
4. En caso de requerir tratamiento se me proporcionará psicoeducación y las direcciones de los lugares en donde se me puede atender si lo deseo.
5. Toda la información será absolutamente confidencial y nadie tendrá acceso a esa información aparte de los investigadores, que la utilizarán sólo para fines médicos.
6. Si requiero de mayor información podré comunicarme con:

Dra Volkow al INCan 56 28 04 47

Dr Gady Zabicky INP 56 55 28 11 ext 527

Dra Claudia Tejeda Romero 56 55 28 11 ext 523

ACEPTO PARTICIPAR

NOMBRE DEL VOLUNTARIO

FIRMA DE ACEPTACIÓN

TESTIGO 1

TESTIGO 2

AUDIT

Identificación Fecha

Conteste a las siguientes cuestiones, haciendo referencia al último año.

1. ¿Con que frecuencia toma alguna “bebida” que contenga alcohol?

Nunca una o menos veces al mes .. 2 - 4 veces al mes ..
2 - 3 veces por semana 4 ó más veces por semana ..

2. ¿Cuántas “bebidas alcohólicas” toma durante un día típico en el que ha bebido?

1 ó 2 3 ó 4 5 ó 6 7 a 9 10 ó más

3. ¿Con que frecuencia toma seis “bebidas” o más en un sola ocasión?

Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente
Semanalmente A diario o casi a diario

4. ¿Con que frecuencia en el último año ha sentido incapacidad de parar de beber una vez que había comenzado?

Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente
Semanalmente A diario o casi a diario

5. ¿Con que frecuencia durante el último año no pudo hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido a la bebida?

Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente
Semanalmente A diario o casi a diario

6. Durante el último año, ¿con que frecuencia necesitó tomar alguna “bebida alcohólica” por la mañana para poder ponerse en funcionamiento después de una noche de haber bebido mucho?

Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente
Semanalmente A diario o casi a diario

7. Durante el último año ¿con que frecuencia se sintió culpable o con remordimientos después de haber bebido?

Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente
Semanalmente A diario o casi a diario

8. Durante el último año, ¿en cuántas ocasiones no fue capaz de recordar lo que le había pasado la noche anterior por haber estado bebiendo?

Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente
Semanalmente A diario o casi a diario

9. ¿Usted u otra persona ha sufrido algún daño como consecuencia de que usted hubiera bebido?

No ✎ Sí, pero no en el último año ✎ Sí, el último año ✎

10. ¿Algún pariente, amigo, médico o profesional sanitario le ha expresado su preocupación por su bebida o le ha

sugerido dejar de beber?

No ✎ Sí, pero no en el último año ✎ Sí, el último año ✎

TOTAL:

FTND

Identificación Fecha

1.- ¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?

✎ 10 ó menos

✎ entre 11 y 20

✎ entre 21 y 30

✎ 31 ó más

2.- ¿ Fuma usted más las primeras horas después de levantarse que el resto

del día?

✎ NO

✎ SI

3.- ¿Cuánto tiempo transcurre desde que se levanta hasta que fuma su primer

cigarrillo?

✎ más de 60 minutos

✎ de 31 a 60 minutos

✎ de 6 a 30 minutos

✎ 5 minutos o menos

4.- ¿Qué cigarrillo le costaría más renunciar a el?

✎ el primero del día

✎ cualquier otro

5.- ¿Le resulta difícil contenerse de fumar en los lugares donde está prohibido?

 **NO**

 **SI**

6.- ¿Sigue fumando cuando está tan enfermo como para guardar cama la mayor parte del día?

 **NO**

 **SI**

PUNTUACIÓN:

Family-APGAR

Identificación Fecha

.....

Conteste a las siguientes preguntas según los siguientes criterios:

A: Casi nunca B: A veces C: Casi siempre

A B C

1.- ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?

2.- ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?

3.- ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?

4.- ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?

5.- ¿Siente que su familia le quiere?

TOTAL:

XIV. Bibliografía

1. Antoine B. Couaihy, et al. Triple Diagnosis : Dual Diagnosis and HIV Disease, Part 1. AIDS Read 2003; 13(7): 331-341.
2. Haydee Rosovsky. La Vinculación de las adicciones y el SIDA, estrategias y políticas. SIDA-ETS 1997; 3(4): 97-100.
3. Constantini-Ferrando MF. Assesing AIDS risk: the effecto of co-occurring psychiatric and substance use disorders. Presente at: The Society of behavioral medicine Annyual Meeting; march 22-25, 1995; San Diego. Abstract D086.
4. Bing EG, Burnam MA, et al. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United Stat4es. Arch Gen Psychiatry. 2001;58:721-728.
5. Moore RD, fortgang I, et al. Adverse events from drug therapy for human immunodeficiency virus disease. Am J Med. 1996;101: 34-40.
6. Rachlis A, Fanning MM. Zidovudine toxicity: clinical features and management. Drug Saf. 1993; 8 312-320.
7. Kieburtz K, Zettelmaier AE, et al. Manic syndrome in AIDS. Am j Psychiatry. 1991; 148: 1068-1070.
8. Ciesla JA, roberts JE. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. Am j Psychiatry. 2001;158:725-730.
9. Lyketsos CG, Hoover Dr, et al . Changes in depressive symptoms as AIDS develops. The multicenter AIDS Cohort Study. Am j Psychiatry. 1996;153: 1430-1437.
10. McDaniel JS, Purcell DW, et al. Severe mental ioness and HIV-related medical and neuropsychiatric sequelae. Clin psychol Rev. 1997; 17:311-325
11. Mauri MC, Fabiano L, et al. Schizophrenic patients befote and alter HIV infection: a case-control study, Encephale. 1997;23:437-441.
12. Lyketsos Cg, Hanson A, Fishman m, et al. Screening for psychiatric morbidity in a medical outpatient clinic for HIV infection: the eed for a psychiatric presence. Int j Psychiatry med. 1994; 24:103-113.
13. Burnam MA, bing EG, et al. Use of mental health and substance abuse treatment services among adults with HIV in the United Status. Arch Gen psychiatry. 2001;58:729-736.

14. Dew MA, Becker Jt, et al. Prevalence and predictors of depressive, anxiety and substance use disorders in HIV-infected and uninfected men: a longitudinal evaluation. *Psychol med* 1997; 27:395-409.
15. Walkup J, Crystal s, et al. Schizophrenia and major affective disorder among Medicaid recipients with HIV/AIDS in Newy Jersey. *Am J Public Health*. 1999;89:1101-1103.
16. Silberstein C, Galanter m, HIV-1 among inner city dually diagnosed inpatients. *Am j Drug alcohol Abuse*. 1994;20:101-103.
17. Ayuso-Mateos JL, Montañes F, etal. HIV infection in psychiatric patients: an unliked anonymous study. *Br J psychiatry* 1997; 170:181-185.
18. James ME. HIV seropositivity diagnosed during pregnancy: psychosocial characterization of patients and theri adaptation. *Gen Hosp psychiatry*, 1988; 10:309-316.
19. Drake RE, mercer-McFadden C, et al. Revie of integrated mental health and substance abuse tratment for patients with dual disorders. *Schizophr Bull*. 1998;24:589-608.
20. Moggi F, Hirsbrunner HP, Brodbeck J, et al. One-year outcome of an integrative inpatient treatment for dual diagnosis patients. *Addict behave*. 1999;24:589-592.
21. Mercer CC, Mueser KT, Dradke FE. Organizacional guidelines for dual disorders programs. *Psychiatr Q*. 1998;69: 145-168.
22. Brady S, Hiam CM, et al. Dual diagnosis: a treatment model for substance abuse and major mental illness. *Community Ment Health J*. 1996;32:573-578.
23. Woody Ge, Metzger D, et al. Psychiatric symptoms, risky behavior, and HIV infection. *NIDA Res monogr*. 1997;172:156-170.
24. Feinstein AR. *Clinical epidemiology: the architecture of clinical research*. WB. Saunders Company. 1995: 53-67.
25. Stoker MJ, Dunbar GC, The Smithkline Beecham quality of life scale: a validation and reliability study in 'patients with affective disorder. *Quality of life Research*. 1992; 1:385-395.
26. Burnam MA, Bing EG, Morton SC et al. Use of mental health and substance abuse treatment services among adults with HIV in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2001 Aug; 58 (8): 729-36.

27. Angelino AF, Tresman GJ. Management of psychiatric disorders in patients infected with human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis*. 2001 sep 15; 33 (6): 8476-56. epub 2001
28. Grant BF et al. Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2004 Nov; 61 (11): 1107-15.
29. Dausey DJ, Desai RA. Psychiatric comorbidity and the prevalence of HIV infection in a sample of patients in treatment for substance abuse. *J Nerv Ment Dis*. 2003 jan; 191 (1): 10-7.
30. Andersen M, Tinsley J, Mifort d, et al. HIV health care access issues for women living with HIV, mental illness, and substance abuse. *AIDS Patient Care STDS*, 2005 Jul; 19(7): 449-59.
31. Meyer P. Consumer representation in multisite HIV, mental health, and substance abuse research: the HIV/AIDS Treatment Adherence, Health Outcomes and Cost Study. *AIDS Care*. 2004; 16 Suppl 1: S137-53.
32. Bobes J, Soto M, et al. International Neuropsychiatric Interview (MINI). *J Clin Psychiatry* 1998, 59 suppl 20: 22-33.
33. Babor, T. F., de la Fuente, J. R., Saunders, J. and Grant, M. (1989) *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in Primary Health Care*. World Health Organization, Geneva
34. Fagerström KO. *Referencia Measuring degrees of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment*. *Addict Behav* 1978; 3: 235-241.
35. Good MJD, Smilkstein G, Good BJ, et al. The family APGAR index: a study of construct validity. *J Fam Pract* 1979; 8: 55.
36. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract* 1982; 15: 303-11.
37. Smilkstein G. The family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract* 1978; 6: 12-31.
38. Chen YC, Chen CC, Hsu SH, et al. A preliminary study of family APGAR index. *Acta Pediatric Scand* 1980; 21: 210.
39. Campbell TL. Family's impact on health: a critical review. *Fam Syst Med* 1986; 4: 135-323.