



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina

**Departamento de Psicología Médica,
Psiquiatría y Salud Mental**

Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

**TRASTORNOS Y SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES
CON DIFERENTES ESTADÍOS DE VIH/SIDA**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA PRESENTA:**

FELIPE OMAR OLMEDO FIGUEROA

Dr. Alvar Colonia Cabrera
Asesor teórico

Dr. Miguel Villavicencio Casildo
Asesor metodológico

México, D. F. Agosto 2009.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Agradezco a mis tutores teórico Dr. Alvar Colonia y práctico Dr. Miguel villavicencio ya gracias a su guía y consejo fue posible la realización de esta tesis.

También agradezco a la doctora Elizabeth Medina y la Dra González ya que sin su apoyo hubiera sido imposible la realización de este proyecto.

De manera especial agradezco al Hospital “Fray Bernardino Álvarez” así como a sus directivos, médicos adscritos y personal que lo componen ya que cada uno de ellos fue una parte muy valiosa y fundamental dentro de mi formación.

A mis compañeros y amigos residentes por compartir la formación y las vivencias,

Con mucho cariño a mis padres y hermana que siempre han estado conmigo y me han brindado su apoyo incondicional.

Y a todas las personas que creyeron en mi.

INDICE

Resumen	4
---------	---

INTRODUCCION	6
---------------------	----------

Antecedentes y Marco teórico	7
------------------------------	---

Justificación	25
---------------	----

Planteamiento del problema	25
----------------------------	----

MATERIAL Y MÉTODOS	26
---------------------------	-----------

RESULTADOS	29
-------------------	-----------

DISCUSIÓN	36
------------------	-----------

CONCLUSIONES	39
---------------------	-----------

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
-----------------------------------	-----------

RESUMEN

La infección por VIH/SIDA genera una amplia gama de complicaciones neuropsiquiátricas asociadas al compromiso del sistema nervioso central y su impacto a la salud mental. **Objetivo.** Describir la presencia de síntomas y diagnósticos psiquiátricos en una muestra de pacientes con diferentes estadios de VIH/SIDA. **Material y métodos.** Se realizó la revisión de 162 expedientes del servicio de salud mental del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, de ellos se seleccionó a los pacientes con síntomas y diagnósticos psiquiátricos, realizándose una comparación entre el estadio de la enfermedad VIH/SIDA y el número de síntomas y diagnósticos psiquiátricos. **Resultados.** En nuestro estudio encontramos que todos los pacientes con VIH con síntomas psicopatológicos eran de tipo afectivo, siendo el principal síntoma psiquiátrico la tristeza, seguida por labilidad emocional y finalmente ansiedad. En cuanto a trastornos psiquiátricos, el primer trastorno fue el trastorno depresivo mayor, seguido por ansiedad y trastornos adaptativos. Se encontró que la ideación suicida y mayor sintomatología afectiva se asociaba a co-morbilidad, específicamente a Hepatitis C. **Conclusiones.** Los síntomas y trastornos afectivos son los que se presentan con mayor frecuencia en los pacientes con VIH/SIDA.

Palabras Clave: VIH/SIDA, síntomas psiquiátricos, comorbilidad, depresión, ansiedad.

ABSTRACT

HIV / AIDS creates a wide range of neuropsychiatric complications associated with the commitment of the central nervous system and its

impact on mental health. Aim. Describe the presence of psychiatric symptoms and diagnoses in a sample of patients with different stages of HIV / AIDS. Material and methods. The review was conducted of 162 cases of mental health service of the National Institute of Medical Sciences and Nutrition "Salvador Zubirán", they were selected from patients with psychiatric symptoms and diagnoses, a comparison between the stage of the disease HIV / AIDS and the number of psychiatric symptoms and diagnoses. Results. In our study we found that all HIV patients with psychopathological symptoms were affective rate, the main psychiatric symptoms of sadness, followed by emotional lability and finally anxiety. With regard to psychiatric disorders, the disorder was the first major depressive disorder, followed by anxiety disorders and adaptative. We found that increased suicidal ideation and emotional symptoms associated with co-morbidities, specifically Hepatitis C. Conclusions. Symptoms and affective disorders are those that occur more frequently in patients with HIV / AIDS.

Keywords: HIV / AIDS, psychiatric symptoms, comorbidity, depression, anxiety.

Introducción Autor

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (HIV) es una importante causa de muerte entre los adultos de 25 a 44 años de edad. Esta infección genera una amplia gama de complicaciones neuropsiquiátricas secundarias al compromiso del sistema nervioso central (SNC) en una gran proporción de individuos.

Los problemas de salud mental relacionados con la infección por VIH son muy frecuentes y una proporción importante de personas infectadas por VIH pueden presentar problemas psicológicos y alteraciones patológicas persistentes. La presencia de patología mental incrementa las conductas de riesgo, aumenta la posibilidad de nuevos contagios y tiene efectos negativos sobre el tratamiento. En ocasiones estas patologías están desatendidas por circunstancias de los pacientes como son, su precariedad social, económica y su pertenencia a poblaciones vulnerables.

En el momento de proporcionarles atención se debe implicar no sólo a especialistas en salud mental e infectólogos sino también a diversos servicios de apoyo. Se debe partir de unas directrices generales, que deberán adaptarse a cada contexto asistencial. El Presente estudio tiene como fin dar un panorama inicial a la presencia de síntomas psiquiátricos y diagnósticos establecidos en una población mexicana con VIH-SIDA en diferentes estadios, los que nos proveerá de información importante para establecer una causística y dar pie a estudios posteriores que amplíen otros factores asociados a la enfermedad y entablar comunicación con los otros profesionales para mejorar el tratamiento y la adherencia terapéutica.

Antecedentes y Marco Teórico

VIH-SIDA

El HIV infecta directamente a los linfocitos T. Los linfocitos con el marcador de superficie CD4 (T4) son el blanco primario de la infección. Dado que el número de células CD4 disminuye a medida que la infección por HIV progresa, el recuento de laboratorio de estas células es una herramienta importante para evaluar el estado inmunológico de los pacientes con infección por HIV. Los conteos normales de CD4 van de 500 a 1.600 por milímetro cúbico. Un conteo de CD4 por debajo de 200/ml es diagnóstico de SIDA.

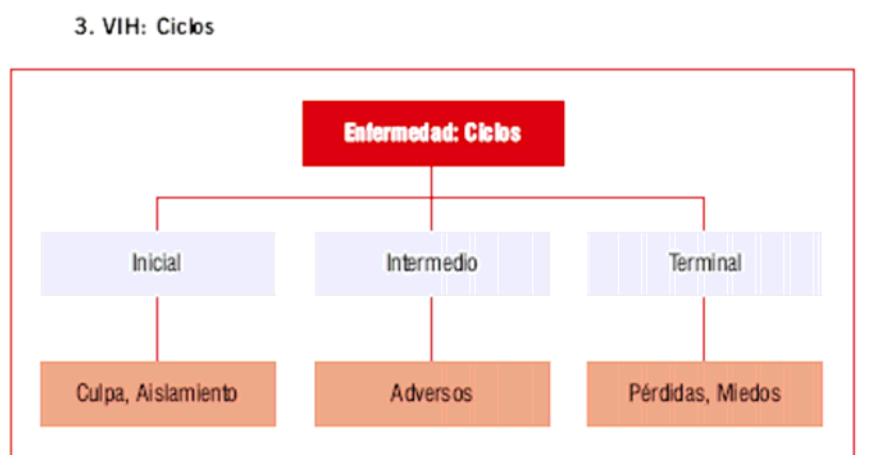
Uno de los objetivos de la comunidad científica desde el comienzo de la infección VIH/SIDA ha sido conocer la conflictiva psicosocial así como los trastornos psiquiátricos de los individuos afectados (ⁱ, ⁱⁱ, ⁱⁱⁱ, ^{iv}). Desde el principio se vió que los problemas psicológicos eran muy comunes y además, una proporción sustancial de los sujetos presentaban alteraciones patológicas y persistentes, cuyas tasas eran comparables a los niveles detectados en otras poblaciones de enfermos crónicos (^v), pero sustancialmente más alta que los encontrados en la población general (15.4-30%) (^{vi}, ^{vii}).

El rápido diagnóstico de estos trastornos va a ser muy importante en esta población, pues las alteraciones mentales pueden complicar los esfuerzos en prevención primaria (al aumentar los comportamientos de riesgo), afectar a la capacidad de afrontamiento, asociarse con una mayor mortalidad (^{viii}), influenciar la adherencia al tratamiento antirretroviral (^{ix}, ^x), además de empeorar la calidad de vida en las personas seropositivas (^{xi}, ^{xii}). Sin embargo, existe una enorme dificultad a la hora de evaluar a estos pacientes, tanto por el alto nivel de

psicopatología como por el carácter polisindrómico de la enfermedad por VIH, además, siempre existe el riesgo de apreciar erróneamente los síntomas psicopatológicos como una reacción “natural” al diagnóstico de VIH+, lo que conduce en muchos casos a un tratamiento inadecuado, poco agresivo e ineficaz para la resolución del problema.

La presencia de alteraciones psicológicas sufre constantes cambios durante la progresión de la enfermedad, esto lo podemos observar en el siguiente diagrama:

Figura 1. Cambios psicológicos durante los estadios de enfermedad de VIH



Tomado de: Polo R, Sans S. Recomendaciones del PNS para el manejo de los trastornos relacionados con VIH, Ministerio de Educación y Ciencia 2005.

Inicial: Miedo: A Infectar. Al rechazo. Sentimiento: Culpa, Fracaso.

Mecanismo: Aislamiento.

Intermedio: Miedo: Al Deterioro y E. Adversos. Sentimiento: Hastío.

Mecanismo: Abandono.

Terminal: Miedo: A la muerte. Sentimiento: Pérdidas generalizadas.

Mecanismo: Negación.

Los diferentes estadios establecidos para el VIH/SIDA depende tanto de datos de laboratorio como clínicos. En la base clínica los parámetros establecidos son los siguientes:

CATEGORÍA CLÍNICA A

- Infección aguda por VIH
- Linfadenopatías generalizada persistente o no
- Infectado asintomático Portador de VIH, aparentemente SANO o con Síndrome de impregnación viral transitorio prolongado.

CATEGORIA CLINICA B

- Angiomatosis bacilar.
- Candidiasis oral recurrente
- Candidiasis vulvovaginal recurrente
- Displasia cervical (moderada o grave) o carcinoma cervical in situ.
- Fiebre o diarrea de más de un mes de duración sin otra definida.
- Leucoplasia oral vellosa.
- Herpes zoster recurrente o multidermatómico.
- Púrpura trombocitopénica idiopática.
- Listeriosis
- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Neuropatía periférica.
- Cualquier enfermedad cuyo curso, pronóstico o respuesta al tratamiento se vea alterado por la infección por VIH, según criterio médico.

CATEGORIA CLINICA C

- Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar
- Candidiasis esofágica.
- Carcinoma de cérvix invasivo.
- Criptococosis extrapulmonar.
- Criptosporidiosis con diarrea de más de un mes de duración.

- Infección por citomegalovirus (localización distinta o añadida a la de hígado bazo o ganglios linfáticos, con edad superior a un mes.)
- Retinitis por citomegalovirus
- Encefalopatía por VIH (demencia subaguda asociada al SIDA)
- Infección por virus del herpes simple que produzca lesión mucocutánea de más de un mes de evolución o bronquitis, neumonitis o esofagitis (edad superior a un mes.)
- Histoplasmosis diseminada (localización distinta o añadida a la pulmonar o a la de ganglios linfáticos torácicos o cervicales)
- Isosporidiosis con diarrea de más de un mes de duración.
- Sarcoma de Kaposi
- Linfoma de Burkitt o equivalente
- Infección extrapulmonar o diseminada por *Mycobacterium avium intracelulare* o *M. Kansasii*.
- Neumonía por *Pneumocystis carinii*.
- Sepsis recurrente por *Salmonella* no typhi.
- Toxoplasmosis cerebral (edad superior a un mes).
- Caquexia asociada al SIDA

Algunas de las enfermedades indicadoras de SIDA pueden aparecer en individuos VIH negativos, y se tratan y curan , como es habitual.

Por lo tanto, no basta sólo con conocer de la enfermedad los indicadores del SIDA, sino conocer el estado inmunológico y pronóstico asociado al mismo, para catalogarlo como tal; hecho que requiere de una buena experiencia clínica y/o consulta previa al dictamen final del Médico especializado en estos temas.

PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN PACIENTES VIH+

La prevalencia a lo largo de la vida en sujetos infectados por el VIH de algún trastorno mental, incluyendo el abuso de sustancias, se encuentra entre un 30 y un 73% ^(xiii). En la mayoría de los casos, el inicio del trastorno mental parece preceder a la seroconversión ^(xiv).

Los resultados de los diferentes estudios acerca de la prevalencia de trastornos mentales en el momento de la evaluación son variados tanto en pacientes seropositivos como en los seronegativos en riesgo de infección. Sin embargo, la mayoría de estos estudios sugieren para los trastornos afectivos y el abuso de sustancias tasas que rondan el 50%, las cuales son mucho mayores que las esperadas para la población general (^{xv}). Hay que hacer constar que mientras que los problemas psiquiátricos con un origen orgánico eran muy comunes al inicio de la epidemia del SIDA, desde el advenimiento de la terapia antirretroviral potente –TAP– los síndromes sin una etiología orgánica son más frecuentes. Sin embargo, la mayoría de las investigaciones realizadas sobre este tema están basados en datos de la era pre-TAP. Los problemas apreciados en las distintas investigaciones hacen desear futuros estudios donde se utilicen similares metodologías, con muestras mayores y elegidas al azar, que incluyan individuos pertenecientes a todas las categorías de transmisión y a todos los estadios clínicos, en estudios longitudinales. También debería existir consenso en cuanto a los instrumentos de evaluación y criterios diagnósticos operativos utilizados (^{xvi}).

DETERIORO COGNITIVO LEVE Y DEMENCIA

Una proporción de las personas infectadas por el VIH puede desarrollar trastornos cerebrales, no sólo como complicaciones secundarias sino también como efecto directo del VIH.

Dentro de los trastornos cerebrales primarios asociados a la infección VIH se incluye la demencia asociada a la enfermedad por el VIH o el complejo demencia SIDA (CDS) y con un grado menor de deterioro cognitivo, el trastorno cognitivo menor (^{xvii}).

La demencia asociada al VIH se caracteriza por un deterioro marcado en el funcionamiento cognitivo. Las manifestaciones clínicas sugieren una afectación predominantemente subcortical afectando la capacidad de atención, concentración, memoria, al procesamiento de la información, al lenguaje y al sistema motor (^{xviii}).

La prevalencia y la gravedad del CDS se relacionan con la situación de la enfermedad sistémica y con la inmunosupresión. La prevalencia de CDS entre los pacientes con SIDA se ha establecido en 6.5-20% y puede acontecer como enfermedad definitoria de SIDA en 3-10% de los pacientes en esta situación ^(xix).

La presencia de deterioro cognitivo sin llegar a cumplir los criterios de demencia es de dos a tres veces más frecuente que el CDS. Continúa la controversia acerca de la presencia de alteraciones en las pruebas neuropsicológicas, su tipo e intensidad, en pacientes infectados por el VIH asintomáticos ^(xx).

Se piensa que va a existir una reducción en la incidencia de CDS por la difusión del uso de la TAP, pero su impacto real en la incidencia y curso clínico de esta complicación está por determinar ^(xxi). Estudios recientes han encontrado que la TAP produce un sustancial y positivo efecto en el deterioro

neurocognitivo de los pacientes infectados por el VIH, siendo la reducción de la carga viral en plasma la que mejor se correlaciona con la regresión de las anormalidades en los test neuropsicológicos para estos autores ^(xxii).

REACCIONES A ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

La reacción a estrés agudo se trata de un trastorno transitorio de una gravedad importante. Su definición incluye una reacción claramente significativa a un acontecimiento biográfico identificable, excepcionalmente capaz de producir una reacción a estrés agudo o la presencia de un cambio vital significativo y sostenido, que da lugar a situaciones desagradables persistentes que llevan a un trastorno de adaptación (F43 – CIE 10).

Todo ello cursa con un nivel de psicopatología: síntomas emocionales o comportamentales que aparecen con un umbral inferior al requerido para realizar el diagnóstico de un trastorno más específico aunque en este último hubiera existido también algún estrés implicado en su etiología. Puede ocurrir en cualquier fase de la infección por VIH, especialmente coincidiendo con cambios en el estadio clínico del individuo y ante el diagnóstico de seropositividad ^(xxiii).

Dentro de las reacciones emocionales posibles las más frecuentes incluyen la cólera, culpabilización, miedo, negación o desesperanza. En muchos casos pueden ir asociados a síntomas somáticos, ideación o tentativas autolíticas, abuso de drogas y conductas de alto riesgo. El manejo de estas reacciones psicológicas está basado en el pre- y post-test *counseling* ^(xxiv). La prevalencia de este tipo de reacciones no ha sido establecida. Los trastornos de adaptación se tratan de estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el periodo de adaptación (< 1mes) a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. Los trastornos adaptativos, que siguen normalmente un curso benigno, son bastante frecuentes (4-10%) ^(xxv) en los sujetos seropositivos y uno de los diagnósticos más comunes en personas referidas a los servicios de salud mental (alrededor de un 30%) ^(xxvi).

TRASTORNOS AFECTIVOS

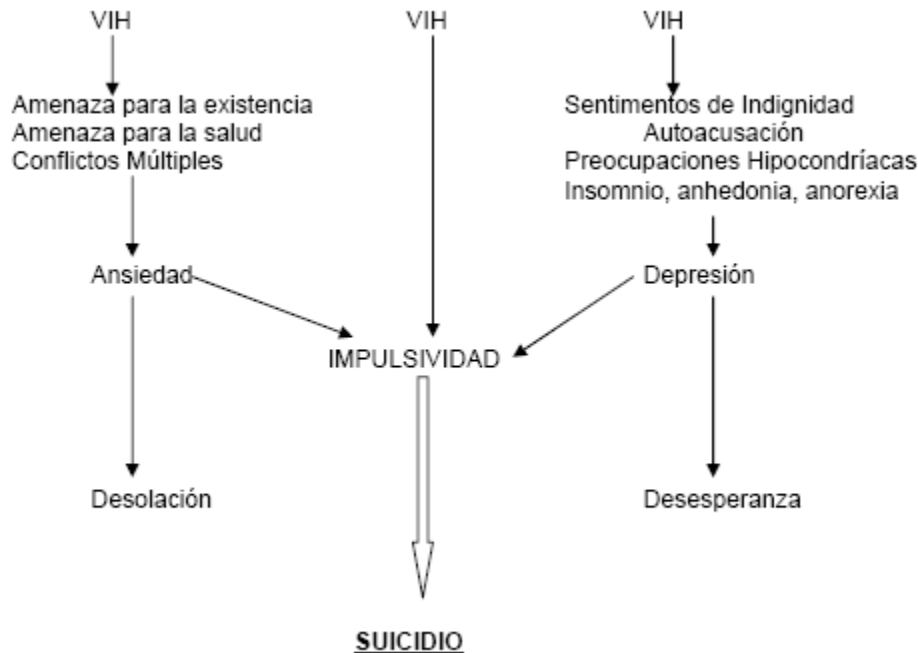
En pacientes seropositivos se dan frecuentemente cuadros de depresión mayor, pero cuando se trata de estimar la prevalencia real de casos, existen bastantes divergencias, aunque sí hay consenso en que las tasas son mayores que en la población general ^(xxvii). Las tasas de prevalencia a lo largo de la vida para trastornos depresivos en pacientes VIH positivos se han establecido entre el 30-60% ^(-xxviii), mientras que la prevalencia en el momento de la evaluación para la población ambulatoria es algo menor (4-40%) ^(xxix). Cuando se consideran a los pacientes hospitalizados estas tasas pueden ser mucho más altas. Los factores de riesgo para suicidio en pacientes con infección por HIV incluyen: episodio actual o pasado de depresión mayor, intentos de suicidio previos, abuso de sustancias, aislamiento social, percepción de carencia de sostén social, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, trastorno de personalidad, problemas

interpersonales o laborales relacionados al HIV, y duelo complicado o múltiple^(xxx). La valoración de la depresión relacionada al HIV debería estar acompañada de una evaluación médica completa, para identificar componentes orgánicos potenciales de la enfermedad, y tratarlos consecuentemente. Como mínimo, esta evaluación debería incluir tests de función tiroidea, gasometría arterial, y valoración metabólica y toxicológica. Las pruebas neurodiagnósticas pueden ser necesarias en el subgrupo de pacientes en el que se sospecha compromiso neurológico.

Existen otros diagnósticos que también deben ser considerados, como: depresión debida a una enfermedad médica general, a abuso de sustancias o a medicación relacionada al HIV, sepsis secundaria a infección oportunista, neoplasias sistémicas, o complicaciones a nivel del SNC.

La ideación suicida en el contexto de enfermedad por HIV no debería considerarse una reacción normal o comprensible a tener una enfermedad fatal y estigmatizante. Clínicamente, debería ser vista como un signo de enfermedad depresiva. La ideación suicida es común entre las personas infectadas por el VIH y suele estar asociada a un incremento de los síntomas. También hay un incremento de las tentativas autolíticas (21.4%) y suicidios respecto a la población general ^(xxxi).

Figura 2. Patogenia del suicidio



Tomado de **Recomendaciones de la SPNS/SEP/SENPI/GESIDA sobre aspectos psiquiátricos y psicológicos en la infección por VIH. (Junio de 2008)**

Los clínicos también deben estar pendientes de la posible aparición entre los sujetos seropositivos de cuadros maníacos, siendo en estos pacientes la causa más frecuente de hospitalización psiquiátrica ^(xxxii). La mayoría de los nuevos casos de manía ocurren en la infección por VIH avanzada y a menudo asociada con la presencia de daño cerebral. No se disponen de datos sobre la prevalencia o incidencia de este trastorno que, por otra parte, parece raro. Los fármacos antirretrovirales capaces de penetrar en el sistema nervioso central se han mostrado efectivos en la prevención de los trastornos maníacos ^(xxxiii).

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Episodios de ansiedad recortados (de uno a varios meses) son frecuentes en los pacientes seropositivos. Si se usan los criterios rigurosos del DSM-IV, que requieren un mínimo de seis meses de sintomatología ansiosa, la prevalencia es significativamente más baja. Esta puede ser una de las razones de la amplia variabilidad de resultados de los diferentes estudios para la prevalencia a lo largo de la vida (4-40,5%) (^{xxxiv}). Las tasas de trastorno de ansiedad generalizada en el momento de la evaluación oscilan entre el 5% (21) y 20% (^{xxxv}). Las tasas de otros trastornos ansiosos como las crisis de pánico o el trastorno obsesivo-compulsivo, no parecen elevarse con respecto a las descritas en la población general. Esta ansiedad puede evolucionar hacia un trastorno por estrés post-traumático completo. Los comportamientos de negación o evitación, secundarios a ansiedad relacionada al HIV no tratada, pueden disminuir la adherencia al tratamiento e interferir con el manejo médico de la enfermedad por HIV. Dentro de la gama de trastornos de ansiedad descritos para los pacientes HIV positivos, el trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso parece ser el más prevalente. La ansiedad también puede ser generada por patologías médicas, especialmente en los pacientes con dolor, en aquellos con compromiso respiratorio debido a neumonía, o con compromiso neurológico debido a infecciones oportunistas o neoplasias malignas; asimismo, debe considerarse la ansiedad inducida por sustancias. Como en depresión, es esencial una valoración médica completa para descartar problemas médicos que puedan estar causalmente relacionados con síntomas de ansiedad.

TRASTORNO POR ABUSO DE ALCOHOL O SUSTANCIAS TÓXICAS

A lo largo de la vida, el trastorno por abuso de alcohol tiene una prevalencia que oscila entre un 21,6% y 64,3%, mientras que para el abuso de drogas se estima entre un 29,4% y 55,9% (^{xxxvi}). La comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos es muy común (^{xxxvii}). La prevalencia en el momento de la evaluación de algún trastorno por uso de sustancias tóxicas, incluyendo el consumo de alcohol y el abuso de drogas, se ha establecido entre un 20% a un 73% .

El abuso de drogas puede empeorar la progresión de la enfermedad, tanto de modo directo – en modelos animales la metamfetamina aumenta la replicación del VIH y en humanos el VIH causa mayor daño neuronal y deterioro cognitivo en los adictos que en los enfermos VIH no consumidores- como, fundamentalmente, a través de una menor adherencia al tratamiento antirretroviral, con evidentes consecuencias negativas para los infectados y también, para la diseminación de la enfermedad.

Los médicos que tratan a estos pacientes deben tener en cuenta que los consumidores de drogas son propensos a tener comportamientos de riesgo para la transmisión por VIH debido a que producen desinhibición sexual, interferencia en la capacidad de juicio e impulsividad. Por esta misma razón también tienden a ser peores cumplidores de las terapias antirretrovirales(^{xxxviii}).

OTROS TRASTORNOS MENTALES

La disfunción sexual es muy común (39-59%) (^{xxxix}),y compromete en casi todos los casos un trastorno por disminución del deseo sexual (97%).

La relación entre psicosis e infección por VIH/sida es bidireccional. Por una parte, algunos enfermos mentales pueden presentar un riesgo elevado de exposición al VIH y por otro, en los pacientes seropositivos pueden aparecer síntomas psicóticos durante su evolución. Los trastornos psicóticos se encuentran más a menudo en los estadios avanzados de la infección VIH, con un rango de prevalencia de 0.2-15% (^{xl}).Casi un 8% de los pacientes infectados por HIV tiene una psicosis de algún tipo diagnosticada (^{xli}). Algunas de ellas son preexistentes

a la infección por HIV, mientras que otras son consideradas resultado del compromiso del SNC por HIV. La mayoría de los pacientes con psicosis asociada al HIV, también manifiesta síntomas de deterioro cognitivo concomitante, como un HMCMD o una HAD^{xlii}. La valoración médica debería incluir: imagenología, examen del LCR, y electroencefalograma (EEG), así como evaluación del estado metabólico, endócrino e inmunológico del paciente. Existen fármacos que también pueden causar síntomas psicóticos, estos se muestran a continuación

Tabla 1. Fármacos relacionados con la presencia de cuadros psicóticos^{xliii}

Delirium	Aciclovir, anfotericina B, ciprofloxacino, fluorocitosina, ganciclovir, isoniácida, ketoconazol, metronidazol, norfloxacino, rifampicina, zidovudina (AZT)
Alucinaciones	Aciclovir, ciprofloxacino, cotrimoxazol, fluorocitosina, foscarnet, isoniácida, ketoconazol, norfloxacino, ofloxacino, pentamidina, tiabendazol
Psicosis	Aciclovir, cicloserina, cotrimoxazol, isoniácida, interferón alfa, norfloxacino, ofloxacino, quinacrina, AZT

Tomado de Rojo y cols, tomado de Gattel y cols "Guía practica del SIDA", 2005.

También son frecuentes los trastornos de personalidad (30%). Los diagnósticos más comunes en orden decreciente son el trastorno de personalidad límite, antisocial, dependiente, pasivo-agresivo, histriónico y no especificado (^{xliv}). Los TP que más se asocian con la infección por VIH son los del grupo B, sobre todo el límite y antisocial, en relación a los siguientes factores:

- Tendencia a la promiscuidad sexual que estos sujetos poseen, relacionada con la impulsividad y la necesidad de gratificación fácil y rápida. Además, la no

consideración de las consecuencias futuras ayuda a que no tomen medidas preventivas del contagio^{xlv}

- El abuso de sustancias, que posee una elevada prevalencia en esta población. El uso de drogas facilita el contagio por varios mecanismos: directo, como consecuencia del uso de jeringuillas infectadas cuando el consumo es intravenoso, e indirecto, ya que las drogas facilitan la desinhibición sexual, aumentan la impulsividad y alteran las capacidades cognitiva y volitiva^{xlvi}. El tratamiento psiquiátrico en estos enfermos puede ser difícil por su extrema vulnerabilidad y la falta de adherencia^{xlvii}. Los principios del manejo psiquiátrico se sustentarán en clarificar los objetivos finales del tratamiento, realizar contratos de tratamiento para el paciente con extroversión, evitar malentendidos adelantando situaciones y trabajar en equipo. En pacientes politoxicómanos, el uso de benzodiacepinas es muy habitual, especialmente alprazolam. Merece la pena recordar que la mayoría de los inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósido (ITINN) e inhibidores de la proteasa (IP) presentan interacciones elevando los valores plasmáticos y el área bajo la curva de alprazolam^(xlviii). Además, la infección VIH puede complicarse por un trastorno de la conducta alimentaria^(xlix)

Los trastornos del sueño representan uno de los problemas más comunes entre las personas infectadas con el VIH/sida, incluso desde las fases más tempranas de la enfermedad. De hecho, alrededor del 35% de los sujetos manifiesta alteraciones en el ciclo de sueño-vigilia¹.

Aunque en algunos casos puede observarse hipersomnia, el insomnio representa uno de los problemas más comunes y por ello nos vamos a centrar en este trastorno. Puede darse un insomnio primario vinculado en su inicio, a factores emocionales o eventos estresantes a los que suelen estar expuestos los pacientes con VIH/sida, como el impacto emocional que puede provocar el diagnóstico, las expectativas frente a los controles médicos, la discriminación que puede darse, el comienzo de los síntomas de la enfermedad, etc., o un insomnio

secundario a la enfermedad y la medicación, ya que entre los efectos secundarios de algunos medicamentos antirretrovirales se encuentran los trastornos del sueño.

El insomnio es un problema multidimensional. Para facilitar una mayor comprensión de este trastorno, presentamos un modelo que recoge los factores implicados en el mismo, que permitirá a los profesionales una intervención más efectiva (^{li})

Figura 3. Factores implicados en el insomnio tomado de Morin CM. Insomnio, asistencia y tratamiento Psicológico, 2003.



Los datos de comorbilidad psiquiátrica se resumen en la siguiente tabla

Tabla 2. Comorbilidad psiquiátrica y VIH según Soler y cols. 2006.

	Epidemiología	Clínica	Escala	Comentarios
Depresión	- Prevalencia: 4-26% ^{14,21} - Más frecuente en mujeres (igual que en la población general) y comunidad homosexual ²²	- Mínimo de 2 semanas - Bajo estado de ánimo - Disminución del interés - Pérdida o aumento del apetito - Insomnio o hipersomnia - Entorpecimiento psicomotor - Fatiga - Sentimientos de inutilidad - Disminución de la capacidad para pensar - Pensamientos de muerte	- HAM-D - Escala de depresión de Beck - MADRS - HADS (no aparecen síntomas orgánicos)	- Diagnóstico diferencial con el complejo demencia-SIDA
Distimia	Prevalencia: 0-13% ²³	- 2 años, sin más de 2 meses sin clínica - Igual que la depresión	- Igual que la depresión	
Manía*	- Prevalencia: 4-8% ¹⁸ - Suele aparecer de forma previa al diagnóstico de VIH o en fases muy avanzadas de la enfermedad	- Mínimo de 1 semana - Autoestima exagerada o grandiosidad - Disminución de horas de sueño sin astenia - Verborrea - Fuga de ideas o pensamiento acelerado - Hiperactividad - Implicación excesiva en actividades placenteras (compras, desinhibición sexual, inversiones económicas, ...)	- Young	- Mayor severidad y curso que la presente en VIH (-) ¹⁴ - Mayor presencia de irritabilidad y síntomas psicóticos ² - Mayor presencia de trastorno bipolar II, ciclotimia y temperamento hipértimo en pacientes VIH (+)

*Causas de manía en el paciente VIH+: criptococosis meníngea, demencia asociada al VIH, farmacológica (lamivudina, efavirenz, didanosina, corticoterapia, etc), trastorno bipolar y tóxicos (cocaína, etc)^{lii}.

FACTORES ASOCIADOS CON EL DESARROLLO DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH

Son varios los factores que favorecen la morbilidad psiquiátrica y que deben ser reconocidos para identificar rápidamente a la población de riesgo y proporcionar una intervención terapéutica efectiva

Entre ellos podemos contar a los siguientes:

En un estudio español encontraron coincidencias en los resultados previos, De los 50 casos estudiados hallamos un 44% con antecedentes de patología psiquiátrica, de los cuales un 38% estaban en tratamiento farmacológico^{liii}. La mejora en los cuidados al paciente VIH requiere un abordaje multidisciplinar y la existencia de intervenciones psicoterapéuticas protocolizadas a través de planes de cuidados de Enfermería específicos de patología psiquiátrica, que eviten recurrir a la valoración psiquiátrica del paciente sólo en situaciones de descompensación clínica (trastornos del comportamiento, conductas de

descontrol por abuso o abstinencia, sintomatología concomitante a su patología psiquiátrica).

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

También se han asociado a una mayor morbilidad psiquiátrica la mayor edad, la inteligencia premórbida baja, factores educacionales, sexo femenino, ingresos bajos o minorías étnicas (^{liv}).

Estudios en México

Si bien existen múltiples estudios que evalúan factores psicológicos y sociales asociados al VIH-SIDA, se encuentran pocos que aborden factores psicopatológicos, uno de los primeros estudios realizados fue en 1987, por Valencia. Estudiaron a 38 (49%) de 77 pacientes registrados en el Instituto Nacional de Nutrición. Veinticuatro vistos en hospitalización y 14 en consulta externa, todos fueron del sexo masculino, la media de edad fue de 36 años, los pacientes eran homosexuales y bisexuales. Las reacciones de ajuste fueron los diagnósticos más frecuentes; prevaleció la sintomatología ansiosa y depresiva (mixta), ocupó el segundo lugar la depresión mayor unipolar, seguido de la reacción de ajuste con ansiedad y en cuarto lugar quedó el síndrome orgánico de tipo delirium. Se estudiaron las fases de negación y aceptación de la enfermedad por las que pasaron los pacientes. La preocupación principal de los pacientes al momento del diagnóstico médico fue la muerte, seguida del miedo a infectar a otros. Relación que se invirtió en la entrevista psiquiátrica en la cual estuvo en primer lugar el miedo de infectar a otros. Se desglosaron los síntomas psicológicos y las reacciones emocionales al momento del diagnóstico médico; los más frecuentes fueron la ansiedad y la depresión, seguidos por la negación de la enfermedad. Al momento de la entrevista psiquiátrica se observó una mayor

aceptación de la enfermedad. En todos los pacientes entrevistados, el tiempo entre el diagnóstico médico y la entrevista psiquiátrica no excedió de un mes^{lv}.

En un estudio realizado en pacientes internados por VIH en el IMSS^{lvi}, investigaron la prevalencia de diversos síndromes psiquiátricos en pacientes hospitalizados por complicaciones del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Fueron estudiados 43 pacientes con edades entre 17 y 90 años, con media de 37.17 años. La prevalencia de los problemas fue desesperanza 65.11 por ciento, ansiedad 55.81 por ciento, riesgo de suicidio 46.51 por ciento y depresión 37.2 por ciento.

En pacientes atendidos en un centro de atención psiquiátrica en Sonora, del total de muestras analizadas (n=854), se encontró un 0.5% de prevalencia a la infección por HIV, la cual correspondió a 5 pacientes usuarios de drogas intravenosas, del sexo masculino y con un promedio de edad de 29 años. En uno de los casos se pudo hacer un estudio de contacto, encontrándose positividad en éste. Este estudio demostró que el riesgo de adquirir una infección por HIV en los usuarios de drogas es de 1.2 veces mayor que en los no usuarios^{lvii}.

Finalmente han evaluado rasgos de personalidad en mujeres embarazadas portadoras de VIH, para ello se realizó una evaluación diagnóstica psiquiátrica con base en Entrevistas Clínicas Estructuradas (SCID -I y II) del DSM-IV, así como del Cuestionario de Personalidad del Eje II (PQ-II), complementada con el Inventario de Organización de la Personalidad (IPO), el Cuestionario General de Salud (GHQ), la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS) y el Test no verbal de inteligencia BETA-IIR. El grupo VIH se integró con 37 mujeres seropositivas y el grupo control con 115 gestantes sin ITS. Se emplearon las pruebas de Kolmogorov Smirnov o de Xi cuadrada, así como la razón de momios con un IC 95%. El grupo VIH estaba conformado por mujeres de menor edad ($p < 0.048$), escolaridad (0.000) y nivel socioeconómico (0.000), solteras (0.000) y con trabajo remunerado (0.051) que el grupo control. El grupo VIH manifestó un

mayor número de síntomas de depresión (EPDS, $p < 0.005$). Padecer un trastorno límite de la personalidad constituye un potencial de riesgo 45 veces mayor de adquirir la infección por VIH (IC 95% 5.40-386.35); si bien en ambos grupos se encontró una alta tasa de depresión (0.444 y 0.322), el potencial de riesgo fue de 17 veces más alto para el grupo VIH (IC 2.18- 140.53), padecer algún trastorno de personalidad también fue un factor de riesgo para la infección (RM 14.72 IC 1.40-155.08). Existe una asociación significativa entre el padecer un trastorno mental y la adquisición del VIH/SIDA (RM 23.01 IC 95% 3.021 - 175.353^{lviii}).

JUSTIFICACIÓN

Los clínicos que tratan con sujetos seropositivos necesitan ser conscientes de la complejidad de los aspectos psicosociales y psiquiátricos de las personas que se enfrentan a la infección por el VIH. Una evaluación psicopatológica, que valore el estado emocional y cognitivo presente, así como el riesgo de futuros problemas psiquiátricos debería realizarse a todo sujeto infectado por el VIH. La reducción en la comorbilidad psiquiátrica va a tener como fin mejorar el tratamiento integral del paciente, que mejorará adherencia y calidad de vida y por ende evolución del padecimiento. Lo que hace indispensable tener un perfil del tipo de síntomas y trastornos psiquiátricos presentes en población mexicana para conocer más ampliamente la problemática mexicana, desafortunadamente los estudios que aborden la salud mental que encontramos fueron escasos, además de que se puede obtener un acercamiento de la practica psiquiátrica en los pacientes con VIH/SIDA en un hospital de tercer nivel lo que hace útil y valiosa la presente investigación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿De los pacientes con VIH-SIDA y síntomas psiquiátricos cuales son los síntomas más frecuentes de éstos últimos?

OBJETIVO GENERAL

Describir los síntomas psiquiátricos afectivos asociados a diferentes estadios de la enfermedad de VIH/SIDA

OBJETIVOS SECUNDARIOS

Describir la edad, sexo y estado civil de la muestra

Describir las diferentes comorbilidades médicas de la muestra

Describir el síntoma psicopatológico más frecuente

Buscar si existe asociación entre el número de comorbilidades médicas y síntomas psiquiátricos después de la infección por VIH/SIDA

Describir la presencia de trastornos mentales afectivos.

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo, transversal y comparativo

UNIVERSO DEL ESTUDIO

Todos los expedientes de los pacientes que acuden al servicio de salud mental del Instituto Nacional de Nutrición y Ciencias Medicas “Salvador Zubirán” con VIH/SIDA que fueron evaluados por un psiquiatra adscrito al servicio.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Expedientes accesibles al investigador principal en los periodos de enero-septiembre al 2008

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con diagnóstico principal de VIH/SIDA
- Pacientes con síntomas psiquiátricos comórbidos.
- Mayores de 18 años
- Sexo masculino y femenino
- Pacientes con síntomas psiquiátricos comórbidos

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Encontrarse expediente sin diagnóstico psiquiátrico establecido considerándose sano por juicio clínico del psiquiatra.
- Que los datos o síntomas referidos fueran ilegibles

VARIABLES

- VIH/SIDA. Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida corroborada por ELISA y Western Bloth.
- Tipo de estadios de la enfermedad
- Ansiedad, depresión, intento suicida, psicosis, consumo de sustancias, etc.

CATEGORIAS CLÍNICAS

Deben ser adaptadas al nivel laboral de cuatro clases y pueden servir de ayuda al perito en dado caso.

A: Existen dos o más de los siguientes datos: linfadenopatías, hepatomegalia, esplenomegalia , dermatitis, parotiditis, infección respiratoria recurrente o persistente, sinusitis, otitis media. Signos y síntomas leves.

B: Afecciones atribuibles al VIH no incluidas en las categorías A o C. Signos y síntomas de intensidad moderada

C: Cualquier afección definitoria de SIDA , o infección evolutiva, variable según los CD4 y cargas virales

-Síntomas psiquiátricos. Presencia de alteración en el afecto, el pensamiento o conducta que altere el funcionamiento de manera clara.

-Trastornos psiquiátricos. Conjunto de signos y síntomas que formen un síndrome clínico claro en base a los criterios diagnósticos del CIE-10, realizado por un clínico experto en la materia.

PROCEDIMIENTO

Inicialmente el anteproyecto se presentó ante el Comité de Ética e Investigación del Instituto Nacional de Nutrición “Salvador Zubirán”, posterior a su aprobación se realizó la búsqueda de expedientes con los criterios de inclusión referidos. Se realizó la captura de datos, presentándose los resultados preliminares al Comité de Ética e Investigación del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, realizándose las correcciones necesarias y revisión por parte de los tutores, se realizó la presentación en formato de tesis.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para la descripción de la muestra se usó estadística descriptiva, las cuales fueron promedio, desviación estándar, frecuencias y porcentajes. Para el análisis de asociación se utilizó X^2 entre las diferentes variables categóricas y las variables numéricas. Se estableció un valor alpha de .05 para considerar significativos los resultados.

El análisis se realizó en el programa SPSS.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Dado que el estudio no implicó maniobras ni intervenciones, sino sólo revisión de los expedientes, se considera un estudio sin riesgo. Los datos fueron manejados con estricta confidencialidad.

RESULTADOS

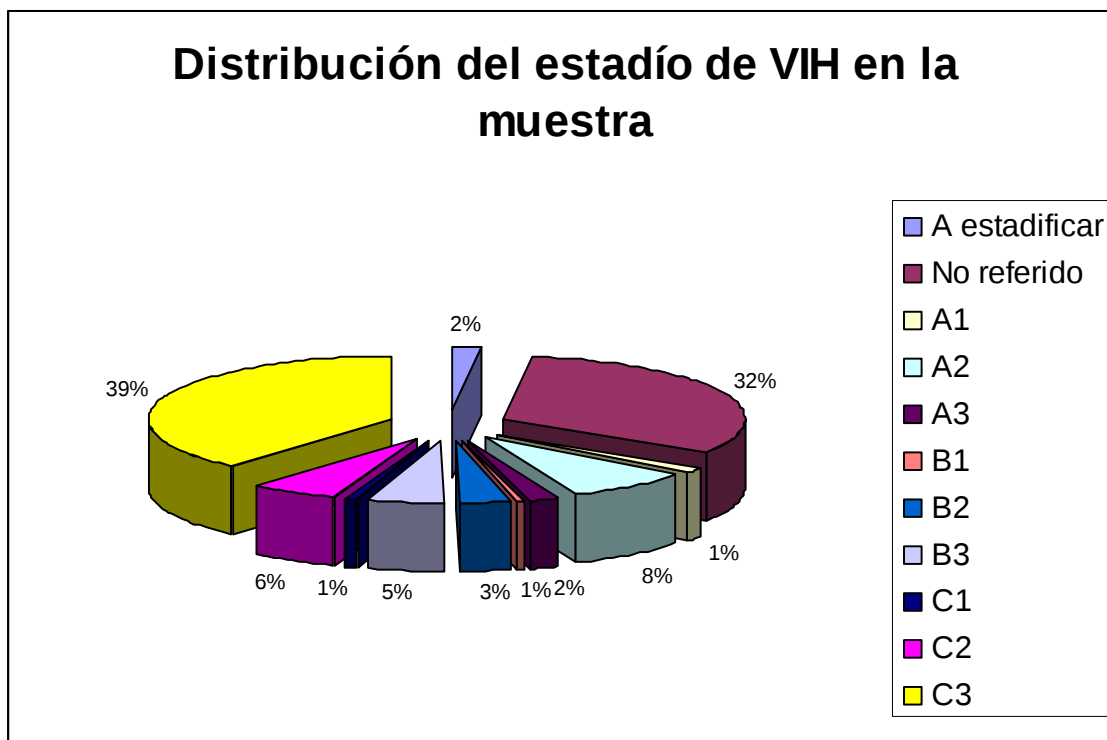
Se realizó la revisión de 162 expedientes de pacientes con VIH/SIDA y síntomas psiquiátricos, de ellos 24 eran mujeres (13.8%) y 138 eran hombres (85.2%). La edad promedio fue de 36.3 años con una desviación estándar de 10.5. El estado civil fue de 27 (16.7%) casados, 118 (72.8%) solteros, 11 (6.8%) separados, 1 (.6%) divorciado, cuatro (2.5%) en unión libre y uno viudo (.6%)

El estadio de VIH fue el siguiente:

Tabla 3.

Estadio	Frecuencia
A estadificar	3 (1.9%)
No referido	50 (30.8%)
A1	2 (1.2%)
A2	13 (8%)
A3	3 (1.9%)
B1	1 (.6%)
B2	5 (3.1%)
B3	8 (4.9%)
C1	1 (.6%)
C2	9 (5.5%)
C3	60 (37.1%)
Total	162 (100%)

Figura 4.



Las categorías descritas están basadas en los siguientes criterios:

Tabla 4. Criterios de estadificación mostrados en la figura 4.

Categoría CD4	A Asintomático Infección aguda	B Sintomático* (no A o C)	C Indicador de SIDA
>500/mm ³	A1	B1	C1
200-499/mm ³	A2	B2	C2
<200/mm ³	A3	B3	C3
No toma en cuenta la carga viral *muguet oral, candidiasis vaginal persistente, displasia cervical, fiebre-diarrea de >1 mes, leucoplasia vellosa, zoster (2 episodios o >1 dermatoma)			

Del total de la muestra, se seleccionaron a los pacientes que referían algún tipo de síntoma psicopatológico (n=46) descrito en la nota medica por el psiquiatra tratante, mostrando la distribución de los síntomas en la siguiente tabla (tabla 5).

Tabla 5. Sintomatología psicopatológica en la muestra

Sintomatología psiquiátrica	Frecuencia
Presencia de tristeza	37 (24.3%)
Labilidad emocional	22 (14.5%)
Ansiedad	19 (12.5%)
Astenia	3 (1.9%)
Adinamia	5 (3%)
Abulia	7 (5%)
Insomnio	6 (4.6%)
Inquietud	8 (5.2%)
Miedo	7 (5%)
Hiperhidrosis palmar	6 (3.9%)
Ideas de muerte	8 (5.2%)
Ideas suicidas	4 (2.4%)
Fastidio	6 (2.6%)
Alucinaciones visuales	1 (.7%)
Lenguaje incongruente	1 (.7%)
Irritabilidad	1 (.7%)
Minusvalía	11 (7.8%)

Como podemos observar la sintomatología mas frecuente fue la presencia de tristeza seguida de labilidad emocional y minusvalía. En cuanto a los trastornos psiquiátricos diagnosticados se muestran en la siguiente tabla (tabla 6).

Tabla 6. Frecuencia de diagnósticos psiquiátricos en pacientes con VIH-SIDA

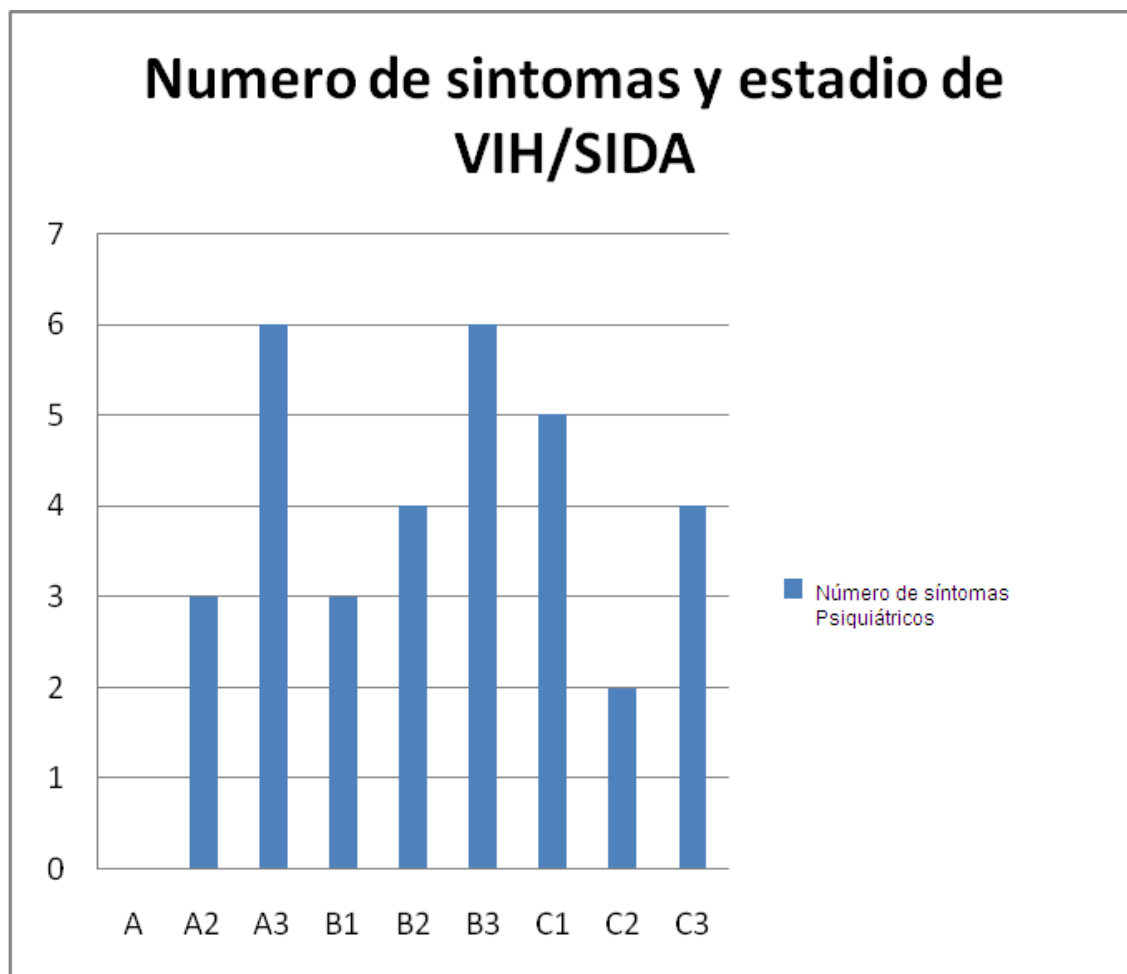
Diagnósticos psiquiátricos	Frecuencia
Trastorno adaptativo mixto	5 (3.1%)
Trastorno de ansiedad	1 (.6%)
Trastorno depresivo mayor	9 (5.5%)
Delirium	5 (3.1%)
Demencia	1 (.6%)
Duelo	1 (.6%)
Trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos	1 (.6%)
Trastorno Mixto ansioso depresivo	2 (1.2%)
Trastorno obsesivo compulsivo	1 (.6%)
Trastorno de personalidad (2 limite y 1 disocial)	3 (1.8%)
Dependencia a sustancias	3 (1.8%)
Retraso mental	1 (.6%)
Sin diagnóstico psiquiátrico	129 (79.69%)

Podemos observar que en primer lugar se encuentra el trastorno depresivo mayor, seguido por el trastorno adaptativo mixto, los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico no cumplían criterios aun a pesar de tener algún síntoma. De los pacientes que tenían síntomas psicopatológicos a continuación se presentan las principales co-morbilidades médicas. Además, se realizó una gráfica para mostrar el número de síntomas psicopatológicos presentes y el estadio de los pacientes.

Tabla 7. Frecuencia de enfermedades médicas co-morbidas en pacientes con síntomas psicopatológicos.

Enfermedad médica	Frecuencia
SIDA	37 (80.4%)
Endocarditis infecciosa	1 (2.2%)
Neumonía	3 (6.5%)
Leucemia	4 (8.7%)
Otras enfermedades gastrointestinales	1 (2.2%)
Histoplasmosis	1 (2.2%)
Asma	3 (6.2%)
Tuberculosis	4 (8.7%)
Linfoma de Hodgkin	3 (6.2%)
Hepatitis C	3 (6.2)
Trastorno metabólico	1 (2.2%)
Tuberculosis del sistema nervioso	1 (2.2%)
Efectos secundarios a sulfonamidas	1 (2.2%)

Figura 5.



El número de enfermedades comórbidas presentes en los pacientes con psicopatología fue la siguiente : ninguna 23 (50%), una en 20 (43.5%) pacientes y dos enfermedades comórbidas en 3 (6.5%) pacientes.

Se realizó también un análisis de asociación entre la presencia comorbilidades y sintomatología psiquiátrica encontrando que tener más de dos comorbilidades estaba asociado a labilidad emocional ($X^2=6.5$, $p=.038$) y la presencia de mas de dos comorbilidades e ideas de muerte ($X^2=5.8$, $p=.054$). El resto de las variables psiquiátricas no mostraron asociación con el número de enfermedades comórbidas.

Se realizó un análisis de asociación entre el tipo de enfermedad comórbida y la presencia de síntomas psiquiátricos.

Se encontró una asociación entre TOC ($X^2=14.65, p=.000$), fue significativo la presencia de neumonía con insomnio ($X^2=3.8, p=.051$) y trastorno adaptativo mixto ($X^2=8.13, p=.004$). La Leucemia mostró una asociación significativa con miedo ($X^2=12.13, p=.000$), además se asocia la presencia de histoplasmosis con miedo ($X^2=5.6, p=.017$), el Asma se asoció con ansiedad ($X=4.55, p=.033$) e ideas de muerte ($X=5.4, p=.020$) y cercano a la significancia los sentimientos de minusvalía ($X=3.2, p=.073$) y trastorno depresivo mayor realizado el diagnóstico por el psiquiatra tratante con base en criterios clínicos ($X^2=4.52, p=.033$) así como dependencia a sustancias ($X^2=3.7, p=.052$).

La hepatitis C se asoció con insomnio ($X^2=3.8, p=.051$), astenia ($X^2=3.7, p=.052$), adinamia ($X^2=10.3, p=.001$), Abulia ($X^2=6.5, p=.01$), ideas de muerte ($X^2=5.4, p=.020$), ideas suicidas ($X^2=13.5, p=.000$), cansancio ($X^2=8.1, p=.004$) y TOC ($X^2=3.7, p=.052$).

Se encontró una asociación entre Trastorno metabólico con tristeza ($X^2=4.3, p=.040$), el resto de las variables medicas no mostró una asociación significativa con los síntomas psiquiátricos. No se encontró una asociación significativa entre el Diagnóstico psiquiátrico y el estadio del VIH/SIDA.

DISCUSIÓN

El complejo VIH-SIDA es una enfermedad que genera altos costos, tanto sociales como en atención médica. Uno de los mayores problemas es la falta de adherencia a tratamiento, que genera constantes recaídas, resistencia al tratamiento antirretroviral además de una evolución mucho más tórpida.

Dentro del contexto de enfermedad, existen múltiples estudios que han evaluado los efectos psicosociales, desafortunadamente dentro del contexto mexicano se encontraron pocos estudios que aborden aspectos psiquiátricos dentro del contenido VIH-SIDA.

La muestra, al igual que la mayor parte de los estudios en poblaciones con VIH-SIDA, tuvo una edad promedio alrededor de los treinta años, con una mayor presencia de hombres, coincidiendo así con los estudios previos (^{42,4,40}).

En los seropositivos los efectos psicológicos y sociales provocan diversas alteraciones en sus estados emocionales: depresión, aumento del estrés, ansiedad, culpa, sentimientos de minusvalía, entre otros, los cuales ocasionan, a su vez, un deterioro más rápido del sistema inmunológico y, por lo tanto, la aparición de síntomas psicosomáticos e infecciones oportunistas relacionadas con el SIDA que dificultan el tratamiento, lo hacen menos eficaz e incluso conducen a muertes más rápidas a las personas con el síndrome completo (⁴⁵). La prevalencia reportada por algún trastorno mental a lo largo de la vida va de un 30 a un 73% (²⁰⁻²³) diferentes estudios, nuestro estudio se acerca a ese porcentaje al obtener un 20% de trastornos psiquiátricos

En pacientes seropositivos se dan frecuentemente cuadros de depresión mayor, pero cuando se trata de estimar la prevalencia real de casos, existen bastantes divergencias, aunque sí hay consenso en que las tasas son mayores que en la población general (²⁴). Las tasas de prevalencia a lo largo de la vida para trastornos depresivos en pacientes VIH positivos se han establecido entre el 30-60% (²⁸), nuestro estudio coincide parcialmente en estos datos al ser el padecimiento más frecuente, pero con una presencia menor (5.5%) además coinciden con lo reportado en estudios mexicanos (^{53,54}) que reportan en primer lugar trastornos depresivos. Esta inconsistencia en cuanto a los reportes

internacionales y el nuestro debe hacernos reflexionar si estamos infra-diagnosticando los trastornos psiquiátricos, por lo que es probable que sea necesaria una revisión más acuciosa del clínico tratante y una mayor comunicación con el servicio de psiquiatría. Otro limitante muy importante del estudio es que el diagnóstico no fue realizado de manera sistematizado, ya que no se aplicó ningún instrumento para validar el diagnóstico psiquiátrico por ende los resultados de este estudio se deben tomar con la necesaria reserva y es probable que esto explique nuestra falta de consistencia con los reportes históricos.

La prevalencia de Demencia entre los pacientes con SIDA se ha establecido en 6.5-20% y puede acontecer como enfermedad definitoria de SIDA en 3-10% (18) en nuestro caso el porcentaje es mucho menor (.6%), pero debemos tener en cuenta que son pacientes que en el momento de la revisión no se encontraban hospitalizados, por lo cual tenemos un sesgo en su frecuencia real, desafortunadamente tampoco se tomaron los teléfonos de los pacientes para corroborar datos, lo que hubiera ampliado la información del estudio.

Los trastornos psicóticos se encuentran más a menudo en los estadios avanzados de la infección VIH, con un rango de prevalencia de 0.2-15% ⁽⁴⁰⁾. Encontrando nosotros una frecuencia de .6%, en este caso fue un trastorno depresivo mayor con sintomatología psicótica que presentaba alucinaciones, ideas delirantes e ideas suicidas.

También son frecuentes los trastornos de personalidad (30%). Los diagnósticos más comunes en orden decreciente son el trastorno de personalidad límite, antisocial, dependiente, pasivo-agresivo, histriónico y no especificado ⁽⁴⁴⁾. Podemos observar que coinciden con los estudios internacionales y en población mexicana ⁽⁵⁶⁾, si bien fue un estudio realizado principalmente en mujeres, el nuestro al ser mixto muestra discretas diferencias, ya que encontramos que la personalidad límite es la más encontrada, la frecuencia fue mucho menor que la reportada por los otros autores (casi un 20% a 30% vs. 6%) debemos considerar de nueva cuenta la posibilidad de que exista un infradiagnóstico de los pacientes.

De nuevo tenemos que tomar estos resultados con reservas hasta la falta de validación de los diagnósticos por medio de algún instrumento.

Observamos que la presencia del espectro suicida es parecido a lo reportado en estudios previos (⁵⁵), encontramos que las ideas suicidas se presenta con mayor incidencia en pacientes que tienen mayor numero de enfermedades comórbidas y específicamente en nuestro estudio se encuentra asociada al diagnóstico de hepatitis C, se sabe que esta co-morbilidad aumenta de manera importante la sintomatología psiquiátrica, existiendo varias hipótesis en este aspecto, algunos estudios hablan de que existiría una probable neuroinfección por el virus de la hepatitis C que podría causar mayor presencia de síntomas o el tratamiento por interferón tuviera un efecto directo en la salud mental o la conjunción de estos dos fenómenos(^{lix}). En este caso, desafortunadamente no recabamos el tratamiento farmacológico actual, lo que hubiera sido de gran ayuda para saber si esta asociación era por el tratamiento o un efecto director de la comorbilidad médica.

Una de las limitantes del estudio fue el tamaño de la muestra, por lo que podemos esperar que en estudios posteriores se amplié este aspecto y también sería interesante que la evaluación sea directamente con el paciente y que se agregara otras evaluaciones como son mecanismos de afrontamiento, efecto de los mecanismos de intervención, seguimiento a los pacientes tratados con psicofármacos y finalmente observar si existen otros factores sociales para intervenir. Otra limitante como ya se mencionó es la falta de validación de los diagnósticos y síntomas establecidos por el psiquiatra tratante, ya que no se aplica de rutina ningún instrumento para sistematizar la obtención de datos, lo que ocasiona un sesgo de detección muy importante.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio encontramos que todos los pacientes con VIH presentaban síntomas efectivos, siendo el principal síntoma psiquiátrico la tristeza, seguida por labilidad emocional y finalmente ansiedad, sin embargo esto resultados pueden tener un sesgo ya los datos de los pacientes fueron obtenidos de manera indirecta por medio del expediente y no se requisitaron con la necesaria sistematización, siguiendo únicamente el juicio clínico, sin realizar una estandarización previa de esto."

En cuanto a trastornos psiquiátricos, el primer trastorno fue el trastorno depresivo mayor, seguido por ansiedad y trastornos adaptativos. Se encontró que la ideación suicida y mayor sintomatología afectiva se asociaba a co-morbilidad, específicamente a Hepatitis C.

Finalmente el estudio resultó valioso ya que podemos observar que es un área que aunque aparentemente se encuentra muy estudiada, en el ejercicio diario no se le da la validez y consistencia necesaria en la obtención de datos psicopatológicos, como podemos observar encontramos inconsistencias entre los datos obtenidos de los expedientes y los reportados en la literatura, lo que nos habla probablemente de un infradiagnóstico y que nos debe hacer reflexionar sobre el ejercicio psiquiátrico en esta rama tan importante.

Referencias Bibliográficas

- ⁱ Hoffman RS. Neuropsychiatric complications of AIDS. *Psychosomatics* 1984; 25: 393-400.
- ⁱⁱ Rabkin JG. Prevalence of psychiatric disorders in HIV. *International Review of Psychiatry* 1996; 8: 156-157.
- ⁱⁱⁱ Atkinson JH & Grant I. Natural history of neuropsychiatric manifestations of HIV disease. *Psych Clin North America* 1994; 17: 17-33.
- ^{iv} Maj M. Psychiatric aspects of HIV-1 infection and AIDS. *Psychol Med* 1990; 20: 547-563.
- ^v Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 976-981.
- ^{vi} Regier DA, Boyd JH, Burke JD et al. One month prevalence of mental disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 977-986.
- ^{vii} Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S et al. Lifetime and 12- month prevalence of DSM-III-R Psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-19.
- ^{viii} Mayne TJ, Vittinghoff E, Chesney MA, et al. Depressive affect and survival among gay and bisexual men infected with HIV. *Arch Intern Med* 1996; 156: 2233-38.
- ^{ix} Ferrando SJ, Wall TL, Batki SL, et al. Psychiatric morbidity, illicit drug use and adherence to ZDV among injection drug users with HIV disease. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1996; 22: 475-87.
- ^x Gordillo V, Del Amo J, Soriano, V, González-Lahoz J. Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS* 1999; 13: 1763-1769
- ^{xi} Evans S, Ferrando S, Sewell M, et al. Pain and depression in HIV illness. *Psychosom* 1998; 39: 528-535.

-
- ^{xii} Holmes WC, Bix B, Meritz M, et al. Human immunodeficiency virus (HIV) and quality of life: the potential impact of axis I psychiatric disorders in a sample of 95 HIV seropositive men. *Psychosomatic Med* 1997; 59: 187-92.
- ^{xiii} Myers HF, Satz P, Miller BE et al. The african american health project (AAHP): study overview and select findings on high risk behaviours and psychiatric disorders in african american men. *Ethn Health* 1997; 2: 183-196.
- ^{xiv} Rosenberger PH, Bornstein RA, Nasrallah HA, et al. Psychopathology in human immunodeficiency virus infection: lifetime and current assessment. *Compr Psychiatry* 1993; 34: 150-8.
- ^{xv} Lyketsos CG, Hutton H, Fishman M et al. Psychiatric morbidity on entry to an HIV primary care clinic. *AIDS* 1996; 10: 1033-1039.
- ^{xvi} Gallego L, Gordillo V, Catalan J. Psychiatric and psychological disorders associated to HIV infection. *AIDS Rev* 2000; 2: 48-59.
- ^{xvii} Catalan J, Burgess A, Klimes I. *Psychological Medicine of HIV Infection*. Oxford: Oxford University Press, 1995
- ^{xviii} Navia BA, Jordan BD & Price RW. The AIDS dementia complex: I. Clinical features. *Ann Neurol* 1986; 19: 517-524.
- ^{xix} Dore J, Correll P, Yieming L, et al. Changes to AIDS dementia complex in the era of highly active antirretroviral therapy. *AIDS* 1999; 13: 1249-1253.
- ^{xx} Burgess APO, Riccio M, Jadresic D et al. A longitudinal study of the Neuropsychiatric consequences of HIV-1 infection in gay men. I. Neuropsychological performance and neurological status at baseline and at 12-month follow-up. *Psychol Med* 1994; 24: 885-889.
- ^{xxi} Baldeweg T, Catalan J, Gazzard BG. Risk of HIV dementia and opportunistic brain disease in AIDS and zidovudine therapy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1998; 65: 34-41.
- ^{xxii} Tozzi V, Balestra P, Galgani S, et al. Positive and sustained effects of highly active antiretroviral therapy on HIV-1 associated neurocognitive impairment. *AIDS* 1999; 13: 1889-1897.

-
- ^{xxiii} Catalan J, Burgess A, Klimes I. Psychological Medicine of HIV Infection. Oxford: Oxford University Press, 1995.
- ^{xxiv} Bayés R. Sida y psicología. Barcelona, 1ª edición. Martínez Roca, 1995.
- ^{xxv} Lipsitz JD, Williams JBW, Rabkin JG, et al. Psychopathology in male and female intravenous drug users with and without HIV infection. Am J Psychiatry 1994; 151: 1662-1668.
- ^{xxvi} Dilley JW, Ochitill HN, Perl M, Volderbing PA. Findings in psychiatric consultations with patients with acquired immune deficiency syndrome. Am J Psychiatry, 1985; 142: 82-86.
- ^{xxvii} Perkins DO, Stern RA, Golden RN, et al. Mood disorders in HIV infection: prevalence and risk factors in a nonepicenter of the AIDS epidemic. Am J Psychiatry 1994; 151: 233-6.
- ^{xxviii} Kelly B, Raphael B, Judd F, et al. Psychiatric disorder in HIV infection. Aust N Z J Psychiatry 1998; 32 : 441-53
- ^{xxix} Jonhson JG, Rabkin JG, Lipsitz JD, et al. Recurrent major depressive disorder among human immunodeficiency virus (HIV)- positive and HIV-negative intravenous drug users: Findings of a 3-year longitudinal study. Compr Psychiatry 1999; 40: 31-34.
- ^{xxx} Rundell JR, Kyle KM, Brown GR, Thomason JL: Risk factors for suicide attempts in a human immunodeficiency virus screening program. Psychosomatics 33:24-27,1992.
- ^{xxxi} Coté TR, Biggar RJ, Dannenberg AL. Risk of suicide among persons with AIDS. JAMA 1992; 268: 2066-2068
- ^{xxxii} Ellen SR, Judd FK, Mijch AM, et al. Secondary mania in patients with HIV infection. Aust N Z J Psychiatry 1999; 33: 353-60.
- ^{xxxiii} Mijch AM, Judd FK, Lyketsos CG, et al. Secondary mania in patients with HIV infection: are antirretrovirals protective?. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 1999 Fall; 11: 475-80.

-
- ^{xxxiv} Myers HF, Durvasula RS. Psychiatric disorders in African American men and women living with HIV/AIDS. *Cult Div Ethn Min Psychology* 1999; 5: 249-262.
- ^{xxxv} Atkinson JH Jr, Grant I, Kennedy CJ, et al. Prevalence of psychiatric disorders among men infected with human immunodeficiency virus: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 859-64.
- ^{xxxvi} Lipsitz JD, Williams JBW, Rabkin JG, et al. Psychopathology in male and female intravenous drug users with and without HIV infection. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1662-1668
- ^{xxxvii} Rosenberger PH, Bornstein RA, Nasrallah HA, et al. Psychopathology in human immunodeficiency virus infection: lifetime and current assessment. *Compr Psychiatry* 1993; 34: 150-8.
- ^{xxxviii} Gordillo MV, González-Lahoz J. Variables psicológicas y adherencia al tratamiento. *Ann Med Interna (Madrid)* 2000;17:38-41.
- ^{xxxix} Goggin K, Engelson ES, Rabkin JG. The relationship of mood, endocrine and sexual disorders in human immunodeficiency virus positive (HIV+) women: a exploratory study. *Psychosom Med* 1998; 60: 11-6.
- ^{xl} Sewell DD. Schizophrenia and HIV. *Schizophr Bull* 1996; 22: 465-73.
- ^{xli} Harris M, Jeste D, Gleghorn A, et al: New-onset psychosis in HIVinfected patients. *J Clin Psychiatry* 52:369-376,1991.
- ^{xlii} Mijch AM, Judd FK, Lyketsos CG, et al: Secondary mania in patients with HIV infection: are antiretrovirals protective? *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 11:475-480,1999.
- ^{xliii} Rojo JE, Soler V, Morillas L, Mora D, Fumaz C. Trastornos psiquiátricos y problemática psicológica en pacientes con infección por VIH. En: Gatell JM, Clotet B, Podzamczar D, Miró JM, Mallolas J editores. *Guía práctica del SIDA*. 8ª edición. Barcelona: Masson; 2005. p. 483-497.
- ^{xliv} Perkins D, Davison E, Leserman J. Personality disorder in patients with HIV: a controlled study with implications for clinical care. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 309-315.

-
- ^{xlv} Treisman GJ, Angelino AF. The Psychiatry of AIDS: A Guide to Diagnosis and Treatment. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2004.217 p.
- ^{xlvi} Himelhoch S, Medoff DR. Efficacy of antidepressant medication among HIV-positive individuals with depression: A systematic review and meta-analysis. AIDS Patient Care and STDS 2005 Dec;19(12):813-22.
- ^{xlvi} Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorders: A multiwave study. Am J Psychiatry. 2007 Jun;164(6):922-8.
- ^{xlvi} Miró JM, Antela A, Arrizabalaga J, Clotet B, Gatell JM, Guerra L, et al. Recomendaciones de GESIDA/Plan Nacional sobre el SIDA respecto al tratamiento antirretrovírico en pacientes adultos infectados por el VIH en el año 2000. Enferm Infecc Microbiol Clin 2000;18:329-51.
- ^{xlix} Ramsay N, Catalan J, Gazzard B. Eating disorders in men with HIV infection. Br J Psychiatry 1992; 160: 404-407.
- ⁱ Navarro JF. Alteraciones del sueño en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Revista Psiquiatría Biológica 2002; 9 (6): 219-22.
- ⁱⁱ Morin C.M. Insomnio, Asistencia y Tratamiento Psicológico. Editorial Ariel Psicología 2003.
- ⁱⁱⁱ Soler A, Deig E, Ribell M, Pérez M, Pedrol E. Consultas urgentes por efectos secundarios del tratamiento antirretroviral y su manejo. Sarró A, Alberto M, Ramírez N, Arranz B, Sánchez JM. Urgencias Psiquiátricas. En: Pedrol E y Soler A editores.Urgencias y VIH. Granollers: FHAG; 2006.
- ⁱⁱⁱ [Carballo Alvarez](#) Montse, [Martínez-Vilariño](#) Mercedes, [Montserrat Llaga-Rodríguez](#), [M. Llunas Vidal](#) Trastornos psicopatológicos en pacientes VIH-SIDA [Revista ROL de enfermería](#), Vol. 31, Nº. 11, 2008 , pags. 45-52
- ^{liv} Stern R, Silva S, Chaisson N, et al. Influence of cognitive reserve on neuropsychological functioning in asymptomatic HIV-1 infection. Arch Neurol 1996; 148-153.

^{lv} Valencia-Mejía A;Barriguet J A. Reporte psiquiátrico de un grupo de pacientes con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; un estudio descriptivo inicial. Rev Invest Clin 1987; 39(Supl):S135-8

^{lvi} Illescas-Rico R;Jiménez-López J L; Ansiedad, depresión, desesperanza y riesgo de suicidio en pacientes internados por síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Fuente: Rev Med IMSS 1997 mar-abr;35(2):135-7

^{lvii} Soto G L;Moreno A M;Amarillas V S;Flores R Z;Téllez O M;Navarro H J. Seroprevalencia de HIV en pacientes de un Hospital Psiquiátrico de Hermosillo, Sonora- V Congreso Nacional Sobre SIDA 1995

^{lviii} González I;Domínguez Y;Pérez-Calderón M;Lartigue T. Transtorno límite de la personalidad y su asociación con el VIH/SIDA en gestantes. Perinatol Reprod Hum 2004; Vol. 18(2):103-118

^{lix} Soriano V, Puoti M, Sulkowski M, Mauss S, Cacoub P, Cargnel A, Dieterich D, Hatzakis A, Rockstroh J. Care of patients with hepatitis C and HIV co-infection. AIDS 2004, 18:1-12.