

ARTÍCULO ORIGINAL

Psicopatología y características sociodemográficas en personas con el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida

MSc. Dr. Andrés Vázquez Machado¹, Lic. Julienne Mukamutara²

¹Policlínico Universitario “Jimmy Hirzelt”, Bayamo, Granma, Cuba

²Hospital Central de Nampula, Nampula, Mozambique

RESUMEN

Introducción: las enfermedades mentales están asociadas con un mayor riesgo de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y, a la inversa, algunos trastornos mentales se producen como resultado directo de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

Objetivo: identificar la presencia de psicopatología en personas con el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y su relación con algunas características sociodemográficas. **Método:** estudio descriptivo transversal de 741 pacientes con el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida atendidos en el Hospital Central de Nampula, Mozambique. Se estudiaron las variables sociodemográficas, la presencia de síntomas psicológicos y el diagnóstico psiquiátrico. Se utilizaron estadísticas descriptivas e inferenciales para el análisis de los datos. **Resultados:** el promedio de edad fue de 35,4 años y predominaron las personas del sexo femenino, con empleo, escolaridad primaria, pareja estable y de cero a dos hijos. La mayoría (70,7%) tenían síntomas psicológicos, prevalecían los depresivos. Los diagnósticos más frecuentes fueron los trastornos adaptativos (18,7%), el trastorno depresivo mayor (16,8%), la psicosis (10,5%), los trastornos de personalidad (5%) y el trastorno distímico (3,6%). La edad de 15 a 24 años, el sexo femenino, el desempleo, estar preso, no tener pareja y tener de cero a dos hijos se asociaron significativamente con la psicopatología ($p < 0,05$).

Conclusiones: la morbilidad psiquiátrica es frecuente en personas seropositivas y se asocia con algunas características demográficas que parecen convertirse en factores de estrés psicosocial.

Palabras clave: depresión; psicopatología; VIH

ABSTRACT

Introduction: mental illnesses are associated with an increased risk of infection by the human immunodeficiency virus and acquired immunodeficiency syndrome and, conversely, some mental disorders occur as a direct result of human immunodeficiency virus infection. **Objective:** to identify the presence of psychopathology in people with human immunodeficiency virus and acquired immunodeficiency syndrome and its relationship with some sociodemographic characteristics. **Method:** a cross-sectional descriptive study including 741 patients with the human immunodeficiency virus and acquired immunodeficiency syndrome assisted at the Central Hospital of Nampula, Mozambique, was conducted. The sociodemographic variables, the presence of psychological symptoms and the psychiatric diagnosis were studied. Descriptive and inferential statistics were used to

analyze the data. **Results:** the average age was 35.4 years old and female patients predominated, with employment, primary schooling, a stable partner and zero to two children. The majority (70.7%) had psychological symptoms, symptoms of depression prevailed. The most frequent diagnoses were adjustment disorders (18.7%), major depressive disorder (16.8%), psychosis (10.5%), personality disorders (5%) and dysthymic disorder (3, 6%). The age group between 15 and 24 years, female sex, unemployment, being in prison, not having a partner and having zero to two children were significantly associated with psychopathology ($p < 0.05$). **Conclusions:** psychiatric morbidity is frequent in seropositive persons and is associated with some demographic characteristics that seem to become factors of psychosocial stress.

Key words: depression; psychopathology; HIV

INTRODUCCIÓN

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es una importante causa de defunción y discapacidad, especialmente en los países de bajos y medianos ingresos. Aunque se considera que el foco originario del virus de inmunodeficiencia humano (VIH) podría ser África Central, los primeros casos se notificaron en los Estados Unidos en 1981. La rápida propagación a otros países, la elevada mortalidad y la ausencia de cura para la enfermedad la convirtieron en una de las peores epidemias que ha azotado a la humanidad.⁽¹⁾ Según la Organización Mundial de la Salud en el mundo había 36,9 millones de personas con el VIH en 2014 y más de 34 millones habían muerto por causas relacionadas con el SIDA desde el comienzo de la epidemia.⁽²⁾ Aunque solamente un 12% de la población mundial vive en África subsahariana, aproximadamente el 71% de los que en el mundo están contaminados por el VIH viven en esta parte del continente africano.⁽³⁾ Sudáfrica es considerado el país con mayor número de casos (5,7 millones).⁽⁴⁾ Se estima que en Nigeria hay más de tres millones de personas VIH positivos y es el país con la segunda mayor cantidad de enfermos en el mundo.^(5,6) Informes de investigadores también revelan cifras elevadas en Tanzania (dos millones),⁽⁷⁾ Zimbabwe (1,4 millones),⁽⁸⁾ Uganda (1,2 millones)⁽⁹⁾ y Etiopía (1,1 millones).⁽¹⁰⁾ También son países de esta región del continente los que tienen la prevalencia más alta de la enfermedad: Swazilandia (26,5%), Lesotho (23,1%), Bostwana (23%) y Sudáfrica (17,9%).⁽¹¹⁾

Mozambique se encuentra entre los 10 países del mundo que tienen mayor número de infectados y más elevada prevalencia. Según cifras oficiales hay alrededor de 1,6 millones de personas VIH positivos y la prevalencia estimada es de 11,5%.⁽¹²⁾

La salud mental y el VIH/SIDA están estrechamente interrelacionados; las enfermedades mentales están asociadas con un mayor riesgo de infección por VIH/SIDA e interfieren con su tratamiento y, a la inversa, algunos trastornos mentales se producen como resultado directo de la infección por VIH.^(6,8,9,13)

El trastorno mental más común en pacientes con VIH/SIDA es la depresión. Diversos estudios informan que el 54% de personas infectadas con VIH (PIVIH) presentan síntomas depresivos.⁽¹³⁾ La prevalencia estimada de trastorno depresivo a lo largo de la vida es de 22% a 45% en PIVIH, la probabilidad de presentarlo es dos o tres veces más alta que en sujetos seronegativos.⁽¹⁰⁾ En mujeres con VIH/SIDA se han encontrado tasas de depresión cuatro veces más elevadas cuando se compara con mujeres VIH

negativas.⁽¹⁴⁾ Los estimados de depresión entre PIVIH que viven en el África subsahariana varían de 2% a 56%.⁽⁷⁾

La presencia de síntomas depresivos en PIVIH afecta la calidad de vida, incrementa el estigma, aumenta la mortalidad y daña aún más el sistema inmune. En estos enfermos es evidente una rápida progresión de la enfermedad y pobre adherencia al tratamiento antirretroviral (TARV), con incremento de los costos por discapacidad y mortalidad.^(9,10)

El abuso de alcohol y otras drogas está asociado a un incremento de las conductas sexuales de riesgo y, por lo tanto, a una mayor probabilidad de contraer el VIH, particularmente entre hombres que tienen sexo con otro hombre (HSH). Entre las PIVIH el consumo de sustancias es mayor que en la población general.⁽¹³⁾

El deterioro cognitivo es una de las manifestaciones neurológicas de la enfermedad, existe una gran variabilidad entre la presentación y la severidad del daño. La frecuencia varía de 12% a 70% y la más usual es el complejo demencia-SIDA. El trastorno cognitivo menor es otro trastorno que se caracteriza por un grado menor de deterioro cognitivo.⁽¹⁵⁾

Los trastornos adaptativos y los neuróticos son comunes en ellos. Los trastornos de ansiedad frecuentemente se presentan como un diagnóstico comórbido con depresión y están relacionados con el incremento de la mortalidad, la pobre calidad de vida y la mala adhesión al TARV. Otros trastornos mentales son frecuentes en estos enfermos. El trastorno de estrés postraumático puede resultar de factores asociados con la infección por VIH como el diagnóstico de seropositividad o estar asociado a traumas como el abuso sexual, que muchas veces fue el causante de la infección; también se informan episodios maníacos, trastornos de personalidad y cuadros psicóticos.^(10,13,15)

El objetivo de esta investigación fue identificar la psicopatología presente en pacientes con VIH/SIDA y su relación con algunas variables sociodemográficas.

MÉTODOS

Diseño y población

Estudio descriptivo, transversal en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Central de Nampula, de la Provincia de Nampula, Mozambique, en el período comprendido de mayo de 2014 a septiembre de 2016.

El universo de estudio estuvo constituido por todas las PIVIH que asistieron a las consultas externas o que fueron ingresadas en las Salas de Medicina del hospital. Se escogió una muestra no aleatoria y quedó conformada por los 741 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión:

- Aceptar participar previo consentimiento informado
- El estado físico y mental les permitió aportar la información necesaria para los objetivos de la investigación.

Fueron excluidos los pacientes que hablaban lengua local (macua) por las dificultades para una adecuada comunicación.

Variables de estudio

Se consideró VIH positivo a toda persona con antecedentes de ser seropositivo y a los que no tenían este antecedente pero resultaron positivos a la prueba

rápida del VIH Uni-Gold Recombigen[®], que es la que se utiliza en este hospital, la que se realiza a todos los pacientes que ingresan por cualquier enfermedad y la que se indica frecuentemente a los que asisten a consultas externas.

A todos los pacientes seleccionados se les recogió la información relativa a la edad, el sexo, la escolaridad, la ocupación, el estado conyugal, el número de hijos y la presencia de síntomas psicológicos. Se realizó el diagnóstico psiquiátrico, se utilizaron los criterios del DSM IV.⁽¹⁶⁾

Técnicas y procedimientos

Todos los pacientes VIH positivos que ingresaron en salas de hospitalización de Medicina y los que asistieron a las Consultas de Medicina Interna, de diabetes y de TARV del hospital fueron evaluados a través de entrevistas realizadas por un Especialista en Psiquiatría y una Licenciada en Psicología (autores) en un local adecuado y cuidando las normas de privacidad. Cuando se detectó la presencia de síntomas psicológicos el paciente fue evaluado por el Especialista en Psiquiatría para hacer el diagnóstico nosológico.

Procesamiento de los datos y análisis estadístico

La información obtenida a través de las entrevistas se llevó a una base de datos realizada en una hoja de cálculo electrónica de Excel (Microsoft). Se elaboraron cuadros unidimensionales y bidimensionales para la distribución de frecuencias absolutas y relativas. Para el procesamiento y el análisis se utilizaron, para las variables cualitativas: por cientos y para las variables cuantitativas: media aritmética y rangos. Se realizaron análisis bivariados para la determinación de asociación entre la presencia de psicopatologías y las características sociodemográficas; se consideró significativa la probabilidad menor o igual que 0,05. Se calculó la razón de disparidad con un intervalo de confianza de 95%. Se utilizó el paquete estadístico EPINFO versión 2002.

Procedimientos éticos

Previa a la realización de la investigación se obtuvo la autorización del Comité Científico (hace funciones de Comité de Ética) del HCN. Se utilizaron los datos obtenidos solo para fines de la presente investigación y se cumplió el secreto profesional al no divulgar ninguna información que afecte la privacidad de la persona.

RESULTADOS

Fueron entrevistados 741 pacientes con VIH/SIDA, predominaron el sexo femenino y los que tenían de 25 a 34 años de edad. El promedio de edad fue de 35,4 años, con rangos de 15 a 86 años. Prevalecieron los que tenían escolaridad primaria, un empleo, una pareja estable y de cero a dos hijos (tabla 1).

Entre los pacientes estudiados el 70,7% manifestaron algún síntoma psicológico al momento de la entrevista. Los más frecuentes fueron los síntomas depresivos, seguido por la ansiedad, la agitación psicomotriz, el insomnio, los síntomas psicopáticos, las alucinaciones, los déficit cognitivos y el consumo excesivo de alcohol (tabla 2).

Tabla 1. Características sociodemográficas de pacientes con VIH/SIDA

Síntomas	Femenino (n=393) %	Masculino (n=348) %	Total (n=741) %
Grupos de edades			
15 - 24 años	16,3	5,20	11,1
25 - 34 años	38,9	41,9	40,3
35 - 44 años	25,4	30,2	27,7
45 - 54 años	12,5	14,9	13,6
55 - 64 años	6,60	7,20	6,90
≥ 65 años	0,30	0,60	0,40
Escolaridad			
Analfabeto	13,2	5,50	9,60
Primaria	30,5	34,8	32,5
Secundaria	29,8	26,4	28,2
Bachiller	21,6	26,1	23,8
Universitario	4,80	7,20	5,90
Ocupación			
Ama de casa	53,7	-	28,5
Con empleo	29,0	61,8	44,4
Sin empleo	8,70	23,6	15,7
Estudiante	5,30	1,70	3,60
Campesino	2,00	6,00	3,90
Jubilado	1,30	2,60	1,90
Preso	0,00	4,30	2,00
Estado conyugal			
Con pareja	45,3	70,7	57,2
Divorciado	30,5	16,4	23,9
Viudo	15,3	2,60	9,30
Soltero	8,90	10,3	9,60
Número de hijos			
0 - 2	53,2	46,8	50,2
3 - 4	29,5	29,3	29,4
≥ 5	17,3	23,9	20,4

Fuente: entrevistas

Tabla 2. Síntomas psicológicos en pacientes con VIH/SIDA

Síntomas	% (n=741)
Depresivos	43,2
Ansiedad	11,6
Agitación psicomotriz	5,40
Insomnio	3,10
Psicopáticos	2,40
Alucinaciones	1,80
Déficit cognitivos	1,80
Consumo excesivo de alcohol	1,80
Disociativos/conversivos	1,50
Irritabilidad	1,30
Delirios	1,20
Intento suicida	1,10
Negación	1,10
Disfunción sexual	0,90
Somáticos	0,80
Hipomanía/manía	0,80

Fuente: entrevistas

Se diagnosticó una enfermedad psiquiátrica en 353 pacientes (67,4% del total de los que manifestaron síntomas psicológicos y 47,6% del total de la muestra). Los más frecuentes fueron los trastornos adaptativos, el trastorno depresivo mayor (TDM), la psicosis, los trastornos de personalidad y el trastorno distímico. Otros diagnósticos menos frecuentes incluyeron el alcoholismo crónico, los trastornos de ansiedad, el complejo demencia/SIDA y la reacción a estrés agudo (tabla 3).

Tabla 3. Psicopatología en pacientes con VIH/SIDA

Diagnóstico nosológico*	% (n=524)
Trastornos adaptativos	18,7
- Con estado de ánimo depresivo	9,90
- Con ansiedad	4,80
- Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo	3,60
- Con trastorno de comportamiento	0,40
Trastorno depresivo mayor	16,8
Psicosis	10,5
- Orgánicas	8,00
- Reactivas	2,30
- Esquizofrénicas	0,20
Trastornos de personalidad	5,00
Trastorno distímico	3,60
Alcoholismo	3,20
Trastornos de ansiedad	2,90
Complejo demencia/SIDA	2,10
Reacción a estrés agudo	2,10
Retraso mental	1,90
Trastorno depresivo ansioso	1,50
Reacción de duelo	1,50
Trastorno somatoforme	0,90
Abuso de drogas	1,10
Episodio maniaco	0,80
Trastorno disociativo	0,80
Trastorno de conversión	0,60
Otros	0,60

*en pacientes con síntomas psicológicos

Fuente: entrevistas

Tabla 4. Correlación de características demográficas con la presencia de psicopatología en pacientes con VIH/SIDA

	%	χ^2	p	Odds ratio	L.I 95%	L.S 95%
15 - 24 años	11,1	11,8434	SE*	2,59	1,48	4,53
Sexo femenino	40,3	13,3330	SE*	1,80	1,31	2,48
Sin empleo	15,6	5,3293	SE†	1,75	1,08	2,83
Recluso	2,00	3,8823	SE‡	6,05	0,79	46,27
Jubilado	1,90	1,6198	NS	2,57	0,57	11,58
Sin pareja	33,3	15,3389	SE*	1,93	1,39	2,69
0 - 2 hijos	50,2	5,3888	SE†	1,45	1,06	1,99

SE: significación estadística; NS: no significativo

*p=0,000; †p=0,020; ‡p=0,048

Fuente: datos del estudio

El análisis bivalente permitió comprobar que la edad de 15 a 24 años, el sexo femenino, el desempleo, estar preso, no tener pareja y tener de cero a dos hijos se asociaron significativamente con la presencia de psicopatología ($p < 0,05$). Al calcular la razón de disparidad se comprobó que, además de las características demográficas anteriores, estar jubilado también incrementa la probabilidad de psicopatología (tabla 4).

DISCUSIÓN

Los enfermos con VIH/SIDA son personas jóvenes (con predominio de las mujeres) que están en la etapa más productiva de la vida y en la edad en la que las personas tienen una vida sexual más activa (principal vía de transmisión de la enfermedad); también son más evidentes en esta etapa los cambios frecuentes de pareja, la promiscuidad sexual y las relaciones no protegidas, todo motivado por la falta de información, la pobre educación sexual y los tabúes y los mitos que se transmiten de generación en generación y que van en detrimento de las acciones preventivas que se requieren para detener la propagación de la epidemia.

Las tasas de infección por VIH son más elevadas en el sexo femenino, lo que obedece a factores como la desigualdad de género, la pobreza y la falta de oportunidades económicas y educativas. Las mujeres se casan más temprano que los hombres, por lo que la exposición a esta vía de contagio ocurre a una edad más precoz; incluso las relaciones sexuales prematuras ocurren más frecuentemente en las mujeres, casi siempre con hombres que ya han tenido experiencias sexuales y que muchas veces están infectados con el VIH. Las carencias económicas inducen a las mujeres a tener relaciones sexuales a cambio de dinero u otros recursos materiales, son víctimas de violación sexual con mayor frecuencia y las relaciones sexuales forzadas anulan la posibilidad de exigir el uso de preservativos. Algunos factores biológicos como el hecho de que el sistema genital femenino tiene una mayor superficie expuesta que el masculino, aumenta el riesgo de infección en cada exposición.^(3,17,18)

En la Provincia de Nampula es común que las personas tengan muchos hijos, sobre todo los que viven en zonas rurales. Lo encontrado en esta investigación puede estar relacionado con el contagio en edad temprana que, unido al planeamiento familiar para evitar la transmisión vertical de la enfermedad, puede dar lugar a una disminución del número de descendientes como resultante de la actividad preventiva con estas personas. En el presente estudio el número de hijos puede convertirse en un factor de estrés psicosocial no solo por la cantidad que se tienen, sino por el hecho de que muchos de ellos están enfermos o padecen el virus; esto explicaría su asociación con la enfermedad.

El desempleo en personas con VIH/SIDA puede ser consecuencia de la discapacidad que la enfermedad provoca cuando aparecen las complicaciones o ser producto del estigma social que dificulta la incorporación de estas personas al mundo laboral. En todo caso este estatus ocupacional se constituye en un estresor psicosocial que contribuye a agravar la situación del enfermo y a propiciar la aparición de complicaciones y psicopatologías; esta misma situación ocurre con las personas privadas de libertad. La jubilación en estas personas casi siempre se debe a que ya están en un estadio avanzado de la

enfermedad que los obliga a dejar de trabajar por la incapacidad que el trastorno le provoca; en esta situación es común la presencia de manifestaciones psicológicas.

No tener pareja se asocia con la psicopatología. Diversos autores consideran el estatus de divorciado y viudo como un factor relacionado con trastornos mentales, fundamentalmente depresión.⁽¹⁴⁾ En este estudio la ausencia de pareja puede ser una consecuencia de estar enfermo o padecer el virus, lo que contribuye a aumentar el malestar emocional y a sentirse rechazado, desesperanzado y carente de esta fuente de apoyo social.

En Beira Pearson y colaboradores encontraron resultados similares en cuanto a las características demográficas, excepto en la ocupación, pues la totalidad de los hombres de su estudio eran estudiantes o trabajadores. Su muestra estuvo constituida por personas que estaban en un régimen de TARV.⁽¹⁹⁾

La mayoría de los pacientes manifestó algún síntoma psicológico y los síntomas depresivos preponderaron; la ansiedad como síntoma prevalente fue la segunda manifestación más frecuente. Dos tercios de ellos reunían criterios del DSM IV para alguna enfermedad mental. Entre los que tenían manifestaciones depresivas el TDM fue el diagnóstico más frecuente, seguido de los trastornos adaptativos con estado de ánimo depresivo, trastorno distímico y trastornos de personalidad descompensada con cuadros depresivos. Las PIVIH suelen sufrir depresión y ansiedad a medida que asumen las consecuencias del diagnóstico de la infección. La depresión es resultado del efecto del virus sobre el sistema monoaminérgico cerebral, también como una reacción psicológica resultante de sentirse rechazados por familiares, amigos y la sociedad en general,⁽²⁰⁾ por la amenaza percibida al padecer una enfermedad potencialmente mortal, por las limitaciones para tener hijos y por el miedo a las reacciones adversas del TARV. El estigma social, la discriminación y la pérdida de apoyo social incrementan la culpa, la vergüenza, la frustración y la visión sombría del futuro.^(4,6,7,13)

Numerosos estudios en países desarrollados y subdesarrollados han revelado tasas más elevadas de depresión en las PIVIH en comparación con los grupos VIH negativos. En San Petersburgo el 39% de los seropositivos puntuaron para depresión clínica según el CES-D.⁽²⁰⁾ En una muestra de enfermos chinos la prevalencia fue de 71,9%.⁽²¹⁾ En los Estados Unidos el 12,4% de las personas infectadas tenían un TDM y el 14,4% otros tipos de depresión.⁽²²⁾ En la India el 58,7% de un grupo de pacientes en TARV estaban deprimidos.⁽²³⁾

Los trastornos adaptativos constituyeron el diagnóstico nosológico más frecuente de manera general. Esta enfermedad se presenta como una reacción al descubrimiento de la seropositividad, a un cambio en su estadio, al inicio del TARV o a la aparición de los síntomas físicos. La presentación de este trastorno refleja un fallo en los mecanismos psicológicos del sujeto para afrontar su condición. El estigma y la falta de información respecto a la enfermedad son factores que contribuyen a estas reacciones,^(24,25) pero muchas veces la persona con VIH/SIDA está afectada por eventos vitales adversos que son los que provocan la psicopatología.

Según estudios publicados la frecuencia de diagnóstico de esta enfermedad muestra una amplia variabilidad: se ha informado 3,8% en los Estados Unidos, 14,8% en Sudáfrica y 67,8% en Alemania.⁽¹⁵⁾ Entre los pacientes con atención ambulatoria en varias clínicas holandesas el 9,7% tenían un trastorno

adaptativo.⁽¹³⁾ Un estudio en la India con pacientes seropositivos asintomáticos encontró que el 10% tenía un trastorno adaptativo.⁽²⁵⁾

Los trastornos psicóticos se presentan con mayor frecuencia en estadios avanzados de la infección con VIH, con un rango de prevalencia que varía de un 6% a un 17,1%,⁽¹⁵⁾ casi siempre tienen un substratum orgánico, aunque pueden presentarse como un cuadro reactivo ante la confirmación de la seropositividad o la aparición de complicaciones. Los síntomas más frecuentes son ideas delirantes y alucinaciones (estas últimas pueden adoptar cualquier modalidad sensorial). En esta investigación la agitación psicomotriz fue el síntoma predominante.

Las personas con trastornos de la personalidad tienen menos mecanismos psicológicos para lidiar con el conocimiento de padecer una enfermedad que tiene una mortalidad elevada; tienen más probabilidad de hacer crisis depresivas y padecer cuadros de ansiedad y de alteración del comportamiento que la población general.⁽¹⁵⁾ Estos pacientes son más propensos a involucrarse en comportamientos sexuales de riesgo que pueden favorecer la propagación del VIH/SIDA, son más proclives a abusar del alcohol y otras drogas y a tener comportamientos suicidas.

La ansiedad como síntoma y los trastornos de ansiedad como enfermedades nosográficas son frecuentes en PIVIH. En la investigación de Adejumo y colaboradores el 7,7% de los enfermos padecía un trastorno de ansiedad.⁽²⁶⁾ Esa frecuencia se elevó a 17,3% en un área rural de Tanzania⁽²⁷⁾ y a 32,4% entre personas VIH positivas de un hospital en Etiopía.⁽¹⁰⁾

El abuso de alcohol es un factor de riesgo de infección por VIH y de conductas de riesgo entre las PIVIH como el hábito de fumar y el consumo de otras drogas y predispone al incremento de infecciones bacterianas, particularmente la tuberculosis, aumenta el daño hepático causado por la infección por el virus de la hepatitis C, interfiere con la eficacia de los antirretrovirales y la adhesión al tratamiento y se asocia con la realización de relaciones coitales desprotegidas y la tenencia de múltiples parejas sexuales.^(28,29)

Existen variables informes de prevalencia del complejo demencia-SIDA, que casi siempre son altos. Este trastorno aparece comúnmente en etapas avanzadas de la enfermedad, aunque puede ocurrir en infecciones asintomáticas. El déficit afecta las actividades cognitiva, motora y emocional e induce cambios en la personalidad. Fuera de la región subsahariana existía una elevada prevalencia en la era pre-TARV; mientras, en la zona subsahariana, aún persisten elevadas cifras de la enfermedad según informan algunos estudios.⁽³⁰⁾

La reacción a estrés agudo aparece generalmente cuando el enfermo recibe la información de que padece el VIH, pero también ante la presencia de complicaciones. El trastorno se presenta con angustia, llanto, negación y hostilidad; aunque el cuadro es transitorio, requiere atención especial porque puede acompañarse de comportamientos suicidas.

Se incluyeron entre los diagnósticos psiquiátricos las reacciones de duelo que, a pesar de considerarse una reacción normal (adaptativa) ante la pérdida de seres queridos, constituye un diagnóstico nosológico y se acompaña de malestar psicológico significativo.

CONCLUSIONES

La morbilidad psiquiátrica es frecuente en personas seropositivas y se asocia a algunas características sociodemográficas que parecen convertirse en factores de estrés psicosocial. El aporte de este estudio es alertar sobre la presencia de esta comorbilidad en los enfermos, que puede empeorar su calidad de vida y la evolución de la dolencia e interferir con los resultados del tratamiento y su adherencia a él. Se intenta hacer un llamado a todos los profesionales que atienden personas con VIH/SIDA a hacer una evaluación integral del paciente que tenga en cuenta los aspectos psicosociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sharp PM, Hahn BH. Origins of HIV and the AIDS pandemic. Cold Spring Harb Perspect Med [Internet]. 2011 Sep [citado 20 Ene 2018];1(1):a006841. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3234451/>
2. World Health Organization. HIV/AIDS. Fact sheet N°360 [Internet]. Ginebra: WHO; 2015. [citado 20 Ene 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
3. Kharsany AB, Karim QA. HIV Infection and AIDS in Sub-Saharan África: Current Status, Challenges and Opportunities. Open AIDS J [Internet]. 2016 [citado 20 Ene 2018];10:34-48. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4893541/>
4. Schlebusch L, Govender RD. Elevated risk of suicidal ideation in HIV-Positive persons. Depression Res Treat [Internet]. 2015 [citado 20 Ene 2018];4:1-6. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/drt/2015/609172/>
5. Egbe CO, Dakum PS, Ekong E, Kohrt BA, Minto JG, Ticao CJ. Depression, suicidality, and alcohol use disorder among people living with HIV/AIDS in Nigeria. BMC Public Health [Internet]. 2017 Jun [citado 20 Ene 2018];17(1):542-55. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28577548>
6. Olley BO, Adebayo KO, Ogunde MJ, Ishola A, Ogar AP. Psychosocial factors predicting severity of depression among treatment-seeking HIV/AIDS patients: A multi-site Nigerian study. Niger J Clin Pract [Internet]. 2017 Mar [citado 20 Ene 2018];20(3):296-302. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28256483>
7. Seth P, Kidder D, Pals S, Parent J, Mbatia R, Chesang K. Psychosocial Functioning and Depressive Symptoms Among HIV-Positive Persons Receiving Care and Treatment in Kenya, Namibia, and Tanzania. Prev Sci [Internet]. 2014 Jun [citado 20 Ene 2018];15(3):318-28. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23868419>
8. Tlhafoane M, Eaton JW, Takaruza A, Rhead R, Maswera R, Schur N, et al. Prevalence and associations of psychological distress, HIV Infection and HIV Care Service utilization in East Zimbabwe. AIDS Behav [Internet]. 2018 [citado 20 Ene 2018];22(5):1485-95. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5902521/>
9. Okeke EN, Wagner GJ. AIDS Treatment and Mental Health: Evidence from Uganda. Soc Sci Med [Internet]. 2013 [citado 20 Ene 2018];92:27-34. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3713499/>
10. Tesfaw G, Ayano G, Awoke T, Assefa D, Birhanu Z, Miheretie G, et al. Prevalence and correlates of depression and anxiety among patients with HIV on follow up at Alert Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. BMC Psychiatry [Internet]. 2016 Nov [citado

- 20 Ene 2018];16(1):368-75. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27806711>
11. Fittig J, Swaminathan M, Murrill CS, Kaplan JE. Global Epidemiology of HIV. *Infect Dis Clin North Am* [Internet]. 2014 Sep [citado 20 Ene 2018];28(3):323-37. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25151559>
 12. Jobarteh K, Shiraishi RW, Malimane I, Gudo PS, Decroo T, Auld AF; et al. Community ART Support Groups in Mozambique: The Potential of Patients as Partners in Care. *PLoS One* [Internet]. 2016 Dec [citado 20 Ene 2018];11(12):e0166444. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27907084>
 13. Schadé A, van Grootheest G, Smit JH. HIV-infected mental health patients: characteristics and comparison with HIV-infected patients from the general population and non-infected mental health patients. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2013 Jan [citado 20 Ene 2018];13:35. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23343356>
 14. Shittu RO, Issa BA, Olanrewaju GT, Mahmoud AO, Odeigah LO, Salami AK, et al. Prevalence and correlates of depressive disorders among people living with HIV/AIDS, in North Central Nigeria. *J AIDS Clin Res* [Internet]. 2013 [citado 20 Ene 2018];4(11):251-8. Disponible en: <https://www.omicsonline.org/prevalence-and-correlates-of-depressive-disorders-among-people-living-with-hivaids-in-north-central-nigeria-2155-6113.1000251.php?aid=21034>
 15. Knights MJ, Chatziagorakis A, Buggineni SK. HIV infection and its psychiatric manifestations: a clinical overview. *Br J Psych Advanc* [Internet]. 2017 [citado 20 Ene 2018];23(4):265-77. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-advances/article/hiv-infection-and-its-psychiatric-manifestations-a-clinical-overview/EB1393FE02F9E9872BD049F58E26FB8F>
 16. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc; 2000.
 17. Onsomu EO, Kimani JK, Abuya BA, Arif AA, Moore D, Duren-Winfield V; et al. Delaying sexual debut as a strategy for reducing HIV epidemic in Kenya. *Afr J Reproduct Health* [Internet]. 2013 Jun [citado 20 Ene 2018];17(2):46-57. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24069751>
 18. Stöckl H, Kalra N, Jacobi J, Watts C. Is early sexual debut a risk factor for HIV infection among women in sub-Saharan Africa? A systematic review. *Am J Reprod Immunol* [Internet]. 2013 Feb [citado 20 Ene 2018];69(Suppl 1):27-40. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23176109>
 19. Pearson CR, Micek MA, Pfeiffer J, Montoya P, Matediane E, Jonasse T; et al. One Year After ART Initiation: Psychosocial Factors Associated with Stigma Among HIV-Positive Mozambicans. *AIDS Behav* [Internet]. 2009 Dec [citado 20 Ene 2018];13(6):1189-96. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19639405>
 20. Amirkhanian YA, Kelly JA, Kuznetsova AV, DiFranceisco WJ, Musatov VB, Pirogov DG. People with HIV in HAART-era Russia: Transmission Risk Behavior Prevalence, Antiretroviral Medication-Taking, and Psychosocial Distress. *AIDS Behav* [Internet]. 2011 May [citado 20 Ene 2018];15(4):767-77. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20803063>
 21. Su X, Lau JT, Mak WW, Choi KC, Chen L, Song J, et al. Prevalence and associated factors of depression among people living with HIV in two cities in China. *J Affect Disord* [Internet]. 2013 Jul [citado 20 Ene 2018];149(1-3):108-15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23452645>
 22. Do AN, Rosenberg ES, Sullivan PS, Beer L, Strine TW, Schulden JD, et al. Excess burden of depression among HIV-infected persons receiving medical care in the United State: Data from the medical monitoring project and the behavioral risk

- factors surveillance system. PLoS One [Internet]. 2014 Mar [citado 20 Ene 2018];9(3):e92842. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24663122>
23. Bhatia MS, Munjal S. Prevalence of depression in people living with HIV/AIDS undergoing ART and factors associated with it. J Clin Diagn Res [Internet]. 2014 Oct [citado 20 Ene 2018];8(10):1-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4253251/>
24. Sánchez-Fernández MD, Tomateo-Torvisco D. Síndromes psiquiátricos en personas infectadas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana: una revisión breve. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2014 [citado 20 Ene 2018];77(2):70-7. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n2/v77n2ar2.pdf>
25. Chauhan VS, Chaudhury S, Sudarsanan S, Srivastava K. Psychiatric morbidity in asymptomatic human immunodeficiency virus patients. Ind Psychiatry J [Internet]. 2013 Jul-Dec [citado 20 Ene 2018];22(2):125. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4085804/>
26. Adejumo O, Oladeji B, Akpa O, Malee K, Baiyewu O, Ogunniyi A; et al. Psychiatric Disorders and adherence to antiretroviral therapy among a population of HIV-infected adults in Nigeria. Int J STD AIDS [Internet]. 2016 Oct [citado 20 Ene 2018];27(11):938-49. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26384949>
27. Marwick KF, Kaaya SF. Prevalence of depression and anxiety disorders in HIV-positive outpatients in rural Tanzania. AIDS Care [Internet]. 2010 Apr [citado 20 Ene 2018];22(4):415-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20131127>
28. Moss da Silva C, Mendoza-Sassi RA, Días da Mota L, Nader MM, Barral de Martínez AM. Alcohol use disorders among people living with HIV/AIDS in Southern Brazil: prevalence, risk factors and biological markers outcomes. BMC Infect Dis [Internet]. 2017 Apr [citado 20 Ene 2018];17(1):263-71. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28399823>
29. Gordon S, Rotheram-Borus MJ, Skeen S, Perry C, Bryant K, Tomlinson M. Research Priorities for the Intersection of Alcohol and HIV/AIDS in Low and Middle Income Countries: A Priority Setting Exercise. AIDS Behav [Internet]. 2017 Nov [citado 20 Ene 2018];21(suppl 2):262-73. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28975440>
30. Belete T, Medfu G, Yemiyamrew E. Prevalence of HIV Associated Neurocognitive Deficit among HIV Positive People in Ethiopia: A Cross Sectional Study at Ayder Referral Hospital. Ethiop J Health Sci [Internet]. 2017 Jan [citado 20 Ene 2018];27(1):67-76. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28458492>

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

AVM: organizó la investigación, seleccionó la muestra del estudio

JM: gestionó información

Ambos autores procesaron los datos, redactaron y aprobaron el documento finalmente emitido.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

Recibido: 1/5/2018
Aprobado: 8/1/2019

Andrés Vázquez Machado. Policlínico Universitario Jimmy Hirzelt. Antonio Maceo No. 109 e/ Avenida Granma y calle 2, Reparto Antonio Guiteras. Bayamo, Granma, Cuba. Código Postal: 85100 Teléfono: (53)23424676
anvaz@infomed.sld.cu
<https://orcid.org/0000-0001-8930-3363>