

Sánchez-Fernández, Miguel D.; Tomateo-Torvisco, David
Síndromes psiquiátricos en personas infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana: una revisión
breve.
Revista de Neuro-Psiquiatría, vol. 77, núm. 2, 2014, pp. 70-77
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372033986003>



Revista de Neuro-Psiquiatría,
ISSN (Versión impresa): 0034-8597
revista.neuro.psiquiatria@oficinas-upch.pe
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Perú

Síndromes psiquiátricos en personas infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana: una revisión breve.

Psychiatric syndromes in people infected with the Human Immunodeficiency Virus: a brief review.

Miguel D. Sánchez-Fernández ^{1,2,a}, David Tomateo-Torvisco ^{1,3,b}.

RESUMEN

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es una endemia que ha impactado severamente a la población mundial en tiempos recientes. A lo largo de los años se han descrito numerosas alteraciones psiquiátricas en los individuos que padecen la infección por este virus: deterioro cognitivo, depresión, delirium, psicosis, manía y ansiedad. El presente artículo es una breve revisión sobre aspectos generales de la infección con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana y la repercusión a nivel psiquiátrico que se evidencia en sujetos que padecen tanto de la infección como del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, VIH, psicopatología.

SUMMARY

Infection with Human Immunodeficiency Virus is an endemic disease that has severely impacted the world population in recent times. Over the years, numerous psychiatric syndromes have been reported in individuals who are infected by this virus: cognitive impairment, depression, delirium, psychosis, mania and anxiety. This article is a brief review of general aspects of the infection with the Human Immunodeficiency Virus and its psychiatric impact on the patients suffering from both infection and Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) and their complications.

KEY WORDS: HIV, HIV infections, Acquired Immunodeficiency Syndrome, psychopathology.

INTRODUCCIÓN

A) Historia

La aparición del VIH (Virus de la inmunodeficiencia humana) se remonta al 05 de junio de 1981, cuando el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América convocó a una conferencia de prensa para dar a conocer cinco casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* en varones

homosexuales de Los Ángeles. Un mes después de esto se empezaron a reportar diversos casos de sarcoma de Kaposi también en varones homosexuales. Si bien es cierto que ambas enfermedades eran bastante conocidas, lo que llamó a alerta a los médicos en ese momento fue la frecuencia de aparición en varones homosexuales, lo que llevó a realizar diversos estudios en los pacientes afectados, entre los que concitó poderosamente la atención un descenso marcado en el recuento de linfocitos T CD4. Debido

¹ Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado- Hideyo Noguchi". Lima, Perú.

³ Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú.

^a Médico residente de Psiquiatría.

^b Médico internista y psiquiatra.

a las lesiones dérmicas que también se apreciaban en los pacientes, la prensa le dio la denominación de “*peste rosa*”, término que sugería que se trataba de una enfermedad exclusiva de homosexuales, pero el tiempo se encargaría de desmentir esto al encontrarse que también se daba en adictos a drogas inyectables, inmigrantes haitianos y pacientes que recibían transfusiones sanguíneas. En 1982 la enfermedad fue bautizada oficialmente como AIDS (siglas en inglés para Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida - SIDA), reemplazando al término GRID (siglas en inglés para inmunodeficiencia relacionada a los gays) usado provisionalmente por la comunidad científica de ese entonces. Fueron varios años durante los cuales no se conoció la causa exacta de esta nueva enfermedad, realizándose numerosos trabajos de investigación epidemiológica. En 1984, dos científicos franceses, Françoise Barré-Sinoussi y Luc Montagnier del Instituto Pasteur, aislaron el virus del SIDA y lo purificaron. El Dr. Robert Gallo, estadounidense, pidió muestras del virus al laboratorio original, y adelantándose a los franceses lanzó la noticia de que había descubierto el virus y que había realizado la primera prueba de detección y los primeros anticuerpos para combatir a la enfermedad. Finalmente en 1986 el virus identificado recibió el nombre de Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Mucho se ha avanzado en el conocimiento del agente viral, los modos de transmisión, medidas de protección, detección temprana, incluso en el tratamiento (con los antirretrovirales actualmente usados), sin embargo sigue siendo una enfermedad para la cual no se ha encontrado una cura definitiva, esto último relacionado a las características propias del virus (alta capacidad para mutar) que han impedido que se pueda sintetizar una vacuna (1,2).

B) Agente

El virus del VIH es un lentivirus, perteneciente a la familia de los retrovirus, los cuales se caracterizan por poseer la capacidad de transformar su material genómico de ARN en ADN gracias a la enzima transcriptasa inversa, lo cual le brinda la alta capacidad de mutar incluso de un portador a otro. Según los estudios epidemiológicos realizados, este virus sería la variante M del VIH-1 proveniente de la región media de África, y estaría emparentado con otros virus de inmunodeficiencia en chimpancés. Este virus tiene elevada afinidad por células del sistema inmune entre las que se incluyen linfocitos T CD4, monocitos, macrófagos y células dendríticas. Asimismo en

estudios recientes se ha encontrado que este virus también infecta células del SNC entre las que se encuentran las células de la microglia, aparentemente esto reviste repercusión en la aparición de síntomas neuropsiquiátricos, entre ellos el deterioro cognitivo visto en las personas infectadas por este virus (1).

C) Vías de entrada y estadios de enfermedad

Cuando la persona queda expuesta al virus del VIH mediante las vías de transmisión ya bien conocidas (sexual, sanguínea y vertical) pasa al estado de portador, pudiendo permanecer asintomático incluso por años; sin embargo esta evolución depende tanto de la carga viral como del compromiso del sistema inmune del paciente, el cual consiste en la disminución de los linfocitos T CD4. Se dice que una persona padece de SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida) cuando el recuento de estos es menor a 200 por ul. Los pacientes presentan diferentes estadios previos a esta fase con características propias del estado creciente de inmunosupresión (1).

D) Tratamiento

Desde 1995 hasta la actualidad la morbimortalidad del VIH ha disminuido gracias al uso de diferentes fármacos en lo que se conoce como TARGA (terapia antirretroviral de gran actividad), la cual consiste en el uso combinado de fármacos que actúan a diferentes niveles de la replicación del material genético y el ensamble proteico de las partículas virales. Entre estos fármacos los más conocidos y usados en la actualidad son: inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos, uno de los más conocidos es AZT (zidovudina), inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos (efavirenz como ejemplo), inhibidores de la proteasa, encontrándose entre estos el ritonavir, y los inhibidores de la fusión como el enfuvirtide (1,4).

Debido a la gran capacidad de mutación que tiene el virus del VIH se están encontrando actualmente cepas virales resistentes al tratamiento con los antirretrovirales más conocidos, motivo por el cual actualmente existen diferentes esquemas de tratamiento TARGA. Asimismo se está encontrando relación entre la aparición de esta resistencia hacia los fármacos con el uso irregular de estos, situación similar a la observada con los antibióticos y las bacterias resistentes (1,3).

E) Prevención

Gracias al conocimiento cada vez mayor de las características del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se han identificado mejor las vías de contagio así como la viabilidad del virus fuera del portador, lo que a su vez ha permitido establecer medidas eficaces en la prevención de transmisión del virus realizándose campañas a nivel mundial, siendo las más difundidas la protección de transmisión durante las relaciones sexuales mediante el uso de preservativos y realizando despistaje del virus tanto en sangre como en hemoderivados para transfusiones sanguíneas; otra medida importante adoptada ha sido la prevención del contagio vertical durante el momento del parto, así como la prevención del contagio por medio de la lactancia materna (1).

INFECCIÓN POR VIH Y PSIQUIATRÍA

A) Infección por VIH como problema psicosomático

Si bien es cierto que al comienzo de la pandemia de VIH, la mortalidad por esta enfermedad era bastante alta debido al deterioro en el sistema inmune y las complicaciones que esto acarreaba, desde que en 1995 se instauró la terapia antirretroviral combinada, la mortalidad ha disminuido de manera sustancial siendo pocos los casos que llegan al estadio de SIDA. Sin embargo observando esta enfermedad como un fenómeno más allá de lo meramente somático, encontraremos una alta comorbilidad con trastornos psiquiátricos, y esto no es de extrañar pues hasta hace menos de dos décadas, el ser diagnosticado como portador de VIH era casi una sentencia de muerte con todo lo que esto implicaba (4). Mucho tuvo que ver también el hecho de que ser portador de VIH durante muchos años, incluso hasta ahora, implica un tremendo estigma social que ocasiona discriminación, relacionada esta a su vez al hecho de que en un principio se creía que era una enfermedad exclusiva de un grupo de personas determinadas. Por lo tanto, pese a tener herramientas terapéuticas para controlar la replicación del virus en el organismo, el aspecto psíquico que genera el hecho de ser portador de VIH o estar en el estadio de SIDA, genera en el paciente un gran estrés sobre el que afloran diversas patologías psiquiátricas, lo que lleva a la necesidad de ver la infección por VIH como un problema psicosomático (2,3).

B) VIH como problema biopsicosocial

Actualmente podemos decir que bastante se ha avanzado en cuanto al conocimiento del VIH como enfermedad en el individuo, sin embargo aún no se está abordando de manera similar el impacto psicosocial en el grupo de personas que padecen esta enfermedad. Diversos factores como algunas características sociodemográficas con las que se relacionó esta enfermedad (el ser homosexual, pertenecer a una minoría, provenir de estratos económicos bajos, etc.) han generado una fusión de rechazo y estigmatización hacia estas personas, lo cual evidentemente afecta la salud mental tanto de quienes la padecen como de quienes no, como un ejemplo de esto último mencionemos a un nuevo tipo de nosofobia que apareció junto con el VIH: “*la sidafobia*” -análoga a la venerable “*sifilofobia*” del pasado-, en cuya génesis se halla la falta de información respecto a la enfermedad y la desinformación aportada por los medios de comunicación a nivel global (1,6).

C) Psiconeuroinmunología y VIH

Cada vez se conoce más sobre la relación existente del sistema nervioso con el sistema endocrino y a su vez con el sistema inmune y la interacción entre ellos mediante diversos procesos de retroalimentación (2,3). Diversas investigaciones en esta área han estudiado el rol negativo que tienen sobre el curso de la enfermedad los estresores -tanto internos como externos- así como la capacidad del individuo a adaptarse a estos en el curso de la enfermedad, dado el rol que tienen diversas hormonas y neurotransmisores en las situaciones de estrés, incluyendo al cortisol y las catecolaminas, entre otros. Se ha demostrado una relación inversamente proporcional entre los niveles de estas sustancias y el conteo de linfocitos T CD4 y directamente proporcional a la carga viral, sugiriendo esto el rol deletéreo que tendría tanto el estrés como sus sustancias mediadoras en el sistema inmune, lo cual incrementaría aún más la inmunosupresión en las personas portadoras del VIH (5). También estudios en este campo han demostrado que el soporte social y psicológico, lo cual disminuye el estrés y permite una adecuada adaptación ante la enfermedad, mejora la función del sistema inmune en estos pacientes (1).

D) Complicaciones médicas

Con el propósito de dar una idea general mencionaremos las más prevalentes. Es imprescindible recordar que el manejo psiquiátrico de enlace implica

el conocimiento general por parte del profesional de la salud mental de estas posibles complicaciones y el interjuego que ellas establecen sobre los síntomas psicosomáticos y el estado general de bienestar del individuo afectado:

a) Infecciones oportunistas por diversos agentes:

- Enfermedades bacterianas: la tuberculosis causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, así como las enfermedades causadas por el complejo *Mycobacterium avium* (17).
 - Enfermedades protozoarias: causadas por agentes como el *Toxoplasma gondii*, *Pneumocystis carinii*, la microsporidiosis, la criptosporidiosis, la isosporiasis y la leishmaniasis (19).
 - Enfermedades virales: como las causadas por citomegalovirus, virus JC (John Cunningham) causante de la leucoencefalopatía multifocal progresiva (20)
 - Enfermedades micóticas: como la candidiasis, la criptococosis (meningitis criptocócica) y la peniciliosis (18).
- b) *Neoplasias*: entre los principales encontramos a los linfomas causados por la infección por el virus de Epstein-Barr, el sarcoma de Kaposi causado por el Herpesvirus 8, las neoplasias causadas por la infección de virus hepatotrofos (hepatocarcinoma), infección por *Helicobacter pylori* (cáncer de estómago) e infección por papilomavirus (cáncer del área anogenital, cavidad oral y faringe, laringe, labio, esófago y conjuntiva). Otros tumores que también tienen mayor incidencia en ambas poblaciones son los de pulmón, riñón, mieloma múltiple y las leucemias (21).

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS AL VIH

A) Trastornos de ansiedad

No se ha encontrado una diferencia significativa entre los trastornos pertenecientes a este espectro entre pacientes con VIH y la población en general, sin embargo en algunos estudios se observó que conforme el conteo de linfocitos T CD4 disminuía, la intensidad de síntomas ansiosos se incrementaba (7). La ansiedad como síntoma es una manifestación bastante frecuente y está asociada a otras alteraciones comórbidas, especialmente con la depresión mayor (5). En el tratamiento de la ansiedad en pacientes con VIH se evita el uso de las benzodiacepinas, tanto por el riesgo de dependencia y abuso como por las interacciones farmacocinéticas de éstas con

los antirretrovirales, pero de ser necesario su uso se prefiere el clonazepam y lorazepam. Los hipnóticos – sedantes no benzodiacepinicos (eszopiclona, zolpidem) son preferibles, aunque también se debe tener muy en cuenta la interacción de estos con el metabolismo hepático a nivel del CYP 450 3A4. Tanto antidepresivos sedantes como la mirtazapina y la nefazodona y antipsicóticos atípicos como la olanzapina y quetiapina son bastante útiles en disminuir la ansiedad asociada en estos pacientes (8).

B) Reacciones vivenciales y trastorno adaptativo

El saberse portador de VIH o enfermo de SIDA, la pérdida de salud que esto implica, la disminución en el funcionamiento, el deterioro en la integridad física y la ansiedad debida a “morir antes de tiempo” puede resultar en una reacción de duelo, experimentando estas personas síntomas como tristeza, insomnio, hiporexia, pérdida de peso, como reacciones a la pérdida tanto de la salud y el bienestar propios como la de los allegados que se preocupan por el afectado. Pese a los avances realizados en torno al tratamiento de esta enfermedad y la mejora en la calidad de vida de estos pacientes, el estigma y la falta de información respecto a esta enfermedad que persisten en la sociedad juegan un rol importante en la presentación de estas reacciones tanto de las personas infectadas como de su entorno (6,10). El abordaje y evaluación integral con el debido respaldo psicoterapéutico son imprescindibles.

C) Delirium

Es una complicación bastante frecuente en pacientes con infección avanzada por VIH, teniendo una presentación clínica caracterizada por inatención, pensamiento desorganizado o confusión, fluctuaciones en el nivel de conciencia, labilidad emocional y alucinaciones y delusiones (2,15).

Respecto al diagnóstico diferencial se incluye la demencia asociada a VIH, la manía por VIH, trastorno cognitivo-motor menor, depresión mayor, trastorno bipolar y trastornos psicóticos breves (6).

El manejo de este cuadro es similar al del delirium en general, incluyendo la identificación y tratamiento de la causa subyacente, intervenciones ambientales y farmacoterapia, siendo muy útiles bajas dosis de antipsicóticos de alta potencia como haloperidol; respecto a los de segunda generación, los efectos anticolinérgicos de estos podrían empeorar la condición, asimismo se debe tener especial cuidado y evitar el uso

de benzodiazepinas. Cabe mencionar la precaución que se debe tener al usar antipsicóticos debido a la mayor susceptibilidad que tienen los pacientes con VIH de realizar síntomas extrapiramidales, esto quizás relacionado a la degeneración neuronal en ganglios basales que se observa en pacientes con VIH (8,14).

D) Demencia por VIH

Desde los principios de la epidemia de VIH se constató que algunos pacientes se presentaban con alteraciones neurocognitivas rápidamente progresivas, si bien es cierto esto puede ser debido a múltiples de los organismos oportunistas, se encontró que el VIH por sí mismo podría ocasionar esta alteración, como se pudo corroborar en autopsias realizadas en pacientes con VIH en los que se encontró desmielinización, nódulos de la microglía, células gigantes multinucleadas e infiltrados peri vasculares (1). Actualmente se sabe que el VIH produce alteraciones en la función de macrófagos y secreción de citoquinas que podrían explicar estas alteraciones. Generalmente la demencia por VIH se produce en aquellos pacientes con un conteo de linfocitos CD4 menor a 200/ul (4). Respecto a cómo el virus infecta al SNC se han planteado algunas hipótesis, una de ellas es la conocida como la “hipótesis del caballo de Troya”, según la cual el virus atravesaría la barrera hemato-encefálica mediante monocitos infectados, asimismo también existe la hipótesis de la entrada directa del virus. El VIH entra en el SNC, invade sus células y produce lesiones en el tejido neural, de lo que se derivan ciertos cambios cognitivos. Aunque todavía se investiga cómo queda afectado el SNC, se describen alteraciones en determinadas áreas cerebrales, principalmente en estructuras subcorticales (6). De manera específica, se describe pérdida de neuronas, sobre todo en la corteza frontal, atrofia cerebral y desmielinización de la sustancia blanca, fundamentalmente en las zonas periventricular, cuerpo calloso, cápsula interna, comisura anterior y tracto óptico (11). Sin embargo, pese a la evidencia de dicho compromiso directo del SNC por el VIH, también diversos estudios han demostrado la coexistencia de otros factores que podrían explicar dicho deterioro cognitivo, figurando entre estos: enfermedad neurológica previa, enfermedad psiquiátrica, consumo de drogas, nivel educativo, reserva cognitiva, entre otras (9).

Otro aspecto que debemos tener en cuenta a la hora de evaluar el rendimiento neuropsicológico de los seropositivos es su estado de ánimo, ya que entre los pacientes infectados por VIH son frecuentes los síntomas depresivos (6).

Respecto a la clínica de esta patología encontramos

la tríada típica observada en otras demencias subcorticales: alteraciones en la memoria y velocidad psicomotriz, síntomas depresivos y desórdenes del movimiento. Las alteraciones empiezan de forma sutil para ir agravándose con el tiempo, llegando a estar los pacientes en una situación de franca discapacidad y pudiendo llegar a fallecer en apenas dos años desde el inicio de los síntomas. Sintomatología depresiva como anhedonia, hipobulia y tristeza también puede darse concomitantemente (7,11).

En el estudio por imágenes con RMN se puede apreciar pérdidas significativas de sustancia blanca así como atrofia cortico-subcortical. Al estudio con SPECT se ha podido comprobar una disminución del flujo sanguíneo hacia las partes comprometidas (11).

En lo que respecta al tratamiento de esta patología se propone intensificar el tratamiento antirretroviral, asimismo existen diversos ensayos clínicos en los que se ha buscado una mejoría de los síntomas con el uso de nimodipino, antioxidantes, péptido T y memantina, aunque ninguno de estos ha demostrado notoria eficacia. Los estimulantes por otra parte sí han demostrado una mejoría en el desempeño cognitivo. Algunos estudios han encontrado que de entre los fármacos antirretrovirales, la zidovudina especialmente ha mostrado disminución de la sintomatología en los cuadros de demencia (8).

E) Trastorno cognitivo-motor menor y deterioro motor avanzado

Podría considerarse a éste como la etapa inicial o prodrómica de lo que vendría a ser la demencia por VIH. En este trastorno hay déficits bastante sutiles como tardar más tiempo en la lectura de un libro o ligeras disfunciones al realizar actos motores finos. La primera fase se caracteriza por un descenso de la regulación emocional presentando el paciente en ocasiones espontaneidad afectiva anormal y episodios de labilidad emocional, distraibilidad y cambios de la personalidad, etc. Algunos pacientes persisten con este grado leve de deterioro mientras que otros progresan a la demencia (2,5). La exquisita sensibilidad de gran cantidad de estos pacientes a los bloqueadores de receptores de dopamina, sugiere una profunda y quizás selectiva anormalidad en los sistemas estriados al nivel de los ganglios basales con pérdida de neuronas dopaminérgicas. Esto explicaría la alta susceptibilidad a las drogas que actúan sobre este sistema. Tanto los neurolépticos como los psicoestimulantes pueden exacerbar estos síntomas. Hay evidencias

experimentales de que las proteínas virales como gp120 y Tat pueden causar efectos tóxicos sobre las neuronas dopaminérgicas (10,11).

Inicialmente aparece inseguridad en la conducción, reducción de la velocidad para realizar movimientos, hipomimia, temblor. En etapas más avanzadas se observan: hallazgo positivo en el test de Babinski, enlentecimiento motor, respuesta anormal al test del nistagmus optocinético. En la última etapa de la enfermedad puede aparecer tetraplejia espástica e incontinencia esfinteriana (2,10).

F) Depresión mayor

La depresión es un problema frecuente en pacientes con VIH, tanto como causa como consecuencia, por la carga personal y social que implica para el paciente ser portador del VIH y en cuanto a lo segundo está demostrado que personas deprimidas son más proclives a adquirir VIH, debido a que un gran grupo de éstas se ven implicadas en conductas sexuales riesgosas y al uso de drogas, incluso drogas inyectables (1,3). La prevalencia de depresión en pacientes con VIH puede ser de 19%-43%. Los pacientes con VIH tienen un riesgo incrementado de padecer depresión mayor a través de diversos mecanismos entre los cuales se encuentra daño directo en áreas subcorticales cerebrales, stress crónico, aislamiento social y desmoralización. Probablemente el estudio que mejor demostró esta asociación fue el realizado por Sledjeski et al. el año 2005 en el cual se demostró que la tasa de depresión se incrementaba 2,5 veces cuando el conteo de linfocitos T CD4 era inferior a 200/ul. Carrico et al. en el año 2007 encontró como factores asociados al suicidio en los pacientes con VIH: la desesperanza, consumo de alcohol, pobre soporte social, baja autoestima e historia de enfermedad psiquiátrica (13). También se ha encontrado relación entre suicidio y diagnóstico reciente de la enfermedad. En diferentes estudios se ha demostrado que las personas con VIH suelen experimentar estados de depresión más o menos prolongados a lo largo del proceso de infección por VIH, con implicaciones directas sobre los comportamientos de adhesión al tratamiento con medicamentos antirretrovirales y la progresión clínica de la enfermedad (14). Por lo tanto resulta indispensable en estas personas un monitoreo regular y adecuado de sintomatología depresiva habiendo demostrado ser bastante útiles la aplicación de diversas escalas, entre ellas Inventario de Depresión de Beck (BDI, por sus siglas en inglés), la Escala de Síntomas Depresivos del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D,

por sus siglas en inglés), la Escala de Depresión de Hamilton (HAM-S, por sus siglas en inglés), la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADS, por sus siglas en inglés) y la Escala de Depresión de Zung. No se ha demostrado la superioridad de ninguna de estas escalas sobre otras en dichos individuos (12).

Respecto al diagnóstico diferencial se incluye a la distimia, demencia, delirio, intoxicación, malnutrición, síndrome de emaciación y una gran variedad de otras condiciones. Muchas veces los pacientes con VIH y deprimidos se presentan al consultorio médico con múltiples quejas somáticas, llevando esto a que el clínico subestime el diagnóstico de depresión y empiece a buscar causas de tipo infeccioso en estas quejas, demorando de esta manera el inicio del tratamiento (1,6).

En lo que refiere al tratamiento, una adecuada medicación antidepressiva junto con el TARGA son fundamentales para la mejoría del paciente así como la psicoterapia, especialmente la psicoterapia de apoyo que es la que ha demostrado mayor efectividad, sin embargo estos datos varían según diferentes autores (8).

Rabkin et al. en 1994 reportó en un estudio doble ciego una respuesta favorable con el uso de imipramina, respondiendo el 74% de pacientes, comparados con 30% de los que recibieron placebo. Sin embargo el uso de los antidepressivos tricíclicos no estaría recomendado debido a los efectos anticolinérgicos de estos fármacos así como a la interacción con muchos receptores. Ferrando y Freyberg en 1999 encontraron buena respuesta y remisión de síntomas depresivos con el uso de fluoxetina, sertralina y paroxetina. También se ha probado el uso de psicoestimulantes, dehidroepiandrosterona en pacientes varones y hierba de San Juan (1,8).

G) Manía

Los pacientes con un trastorno bipolar de base pueden experimentar una exacerbación debido al estrés de la enfermedad del VIH, sin embargo existen también episodios maniacos secundarios a la injuria que causa la infección en el SNC, el primero de estos fue reportado en 1984 por Hoffman. La prevalencia de manía es bastante mayor en los pacientes con VIH comparados con la población general. Estos cuadros de manía secundaria no solo son debidos a la infección sino también por la medicación entre ellas el efavirenz, zidovudina y didanosina; así como por infecciones

oportunistas del SNC. Respecto al estadio en el que la manía secundaria al SIDA suele aparecer es sobre todo cuando el recuento de linfocitos T CD4 es menor a 100/ul. (1,13).

Respecto al tratamiento de la manía secundaria a la infección por VIH no se ha establecido un tratamiento óptimo, siendo los síntomas maniacos más resistentes al tratamiento respecto al trastorno bipolar primario. Pese a esta dificultad, los agentes como estabilizadores del ánimo, sobre todo el valproato, y antipsicóticos atípicos han demostrado eficacia, sin embargo siempre que sea posible se usarán de preferencia los antipsicóticos, ya que los estabilizadores del ánimo presentan efectos adversos a nivel de células sanguíneas (1,8).

H) Psicosis

La psicosis aparece independientemente del VIH: esta categoría engloba esquizofrenia, trastorno psicótico agudo transitorio y trastorno de ideas delirantes. Las delusiones y las alucinaciones son los síntomas más frecuentes. Además, suele aparecer lenguaje desorganizado, conducta desorganizada o catatónica. En lo referente a su etiopatogenia, se considera que son varios los factores que intervienen en su génesis. Según el Modelo de Vulnerabilidad-Estrés se sugiere que en los casos de vulnerabilidad adyacente cualquier variable que incremente el estrés ambiental puede facilitar la aparición de un trastorno psicótico. Aparentemente la infección por VIH aumenta la vulnerabilidad de presentar un episodio psicótico (2,13).

En relación a los cuadros psicóticos relacionados a causa orgánica, determinadas infecciones oportunistas del SNC, linfomas cerebrales o encefalitis por VIH pueden dar lugar a dicho trastorno. Las delusiones pueden ser muy variadas, las más frecuentes están relacionadas con temas religiosos o persecución. Las estructuras corticales y subcorticales como las del lóbulo temporal suelen estar afectadas. Las alucinaciones pueden ser somatosensoriales (auditivas, visuales, táctiles, olfatorias o gustativas) (1,6).

Respecto a las psicosis primarias, si bien es cierto los pacientes con esquizofrenia son menos proclives a tener relaciones sexuales debido a la propia enfermedad o debido a los efectos secundarios de la medicación, suelen no usar protección cuando realizan prácticas sexuales y también son más proclives al consumo de drogas. También tenemos que tener en

cuenta que la mayoría de pacientes con esquizofrenia tienen un menor conocimiento de la infección por VIH y su prevención (1).

El tratamiento de la esquizofrenia en pacientes con VIH sigue los mismos principios al de los que no padecen de VIH, siempre teniendo en cuenta que son más proclives a los efectos secundarios. Lo que es un gran problema en este grupo de pacientes es la falta de adherencia a la que se sumaría la del tratamiento antiretroviral (1,8).

I) Suicidio y VIH

El suicidio es un resultado biopsicosocial complejo de la depresión, la desesperanza, la desolación y la falta de soporte social. La infección por el VIH y todas las connotaciones negativas que esta implica, incluida la discriminación, pueden ser precursoras para ideación suicida o suicidio consumado. Varios factores se han visto asociados con ideación suicida en personas infectadas por VIH entre ellas la pérdida de un compañero por la enfermedad, la presencia previa de ideación suicida y la presencia de síntomas físicos. Algunas de las variables psiquiátricas que pueden predecir ideación suicida incluyen abuso de sustancias, historia pasada de depresión y la presencia de desesperanza. El estigma también es considerado como una importante variable predictora de suicidio (1,6).

ASPECTOS IMPORTANTES DE FARMACOLOGÍA EN PACIENTES CON VIH

Es menester tener presente para el tratamiento de trastornos psiquiátricos en pacientes con VIH, algunos aspectos fundamentales, entre ellos:

- i) Las interacciones farmacocinéticas entre fármacos antirretrovirales y psicofármacos a nivel de metabolismo hepático (excepto los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos que son metabolizados a nivel renal) especialmente en los CYP450 3A4 y 2D6 (1,8).
- ii) Las complicaciones médicas que podrían presentar estos pacientes de la más diversa índole entre ellas enfermedad hepática, trastornos metabólicos y cardiovasculares por citar solo algunos (2).
- iii) En pacientes que se encuentren en estadios avanzados debe tenerse presente la mayor predisposición que tienen estos para padecer de los efectos secundarios de los psicofármacos (1,8).

iv) La historia de abuso y dependencia de sustancia psicoactivas en este grupo de pacientes se debe tener en cuenta ya que esto puede generar problemas similares al momento de usar un psicofármaco, esto especialmente a tener en cuenta con el uso de benzodiacepinas (8,13).

v) Alteraciones en vías neurales que implican tanto a la dopamina como a la serotonina podría explicar las respuestas atípicas en este grupo de pacientes (1).

En cuanto a los efectos adversos en lo que a sintomatología psiquiátrica se refiere, los fármacos usados actualmente en el tratamiento antirretroviral pueden verse asociados a lo siguiente:

-Análogos de nucleósidos:

Abacavir: psicosis, alteraciones del ánimo.

Didanosine: manía.

Lamivudine: alteraciones del ánimo.

Zidovudine: manía.

-Inhibidores de la proteasa:

Indinavir: alteraciones del ánimo.

-Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de los nucleósidos:

Efavirenz: depresión, manía, psicosis, predisponer a desarrollar trastorno por estrés postraumático.

Nevirapine: depresión, psicosis. (8).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cohen M, Gorman J. Comprehensive textbook of AIDS psychiatry. New York: Oxford University Press; 2008.
2. David AS, Fleming S, Kopelman MD, Lovestones S, Mellers JDC. Lishman's Organic Psychiatry. 4th ed. Singapore: Wiley-Blackwell. 2009.
3. Blumfield M, Strain JJ. Psychosomatic medicine. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
4. Kaplan & Sadocks. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. Washington: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
5. Levenson J. Textbook of psychosomatic medicine. 2nd ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2011.
6. Owe-Larsson B, Säll L, Salamon E, Allgulander C. HIV infection and psychiatric illness. Afr J Psychiatry. 2009;12:115-128.
7. Watkins CC, Treisman GJ. Neuropsychiatric complications of aging with HIV. J Neurovirol. 2012; 18: 277-290.
8. Gallego L, Barreiro P, López-Ibor J. Psychopharmacological treatments in HIV Patients under Antiretroviral Therapy. AIDS Rev. 2012; 14: 101-111.
9. Vázquez-Justo E, Rodríguez-Álvarez M. Influencia de factores no relacionados con la infección en el rendimiento neuropsicológico de seropositivos al VIH. Rev Neurol. 2002; 35: 474-480.
10. Casanova-Sotolongo P. Manifestaciones neuropsiquiátricas de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Rev Cubana Med Milit 2002; 31:194-200.
11. McArthur JC. HIV dementia: an evolving disease. J Neuroimmunology. 2004; 157: 3-10.
12. Rivera BM, Corrales AE, Cáceres O, Pina JA. Validación de la Escala de Depresión de Zung en Personas con VIH. Terapia psicológica. 2007; 25: 135-140.
13. Chandra PS, Desai G, Ranjan S. HIV & psychiatric disorders. Indian J Med Res. 2005; 121: 451-467.
14. Uldall K, Ryan R. Association between delirium and death in AIDS Patients. J Neurovirol. 2012; 18: 277-290.
15. Navines R, Gómez E, Franco JG, De Pablo J. Delirium en la interconsulta psiquiátrica de un hospital general. Actas Esp Psiquiatr. 2001; 29:159-164.
16. Meijide H, Mena A, Pernas B, Castro A, López S, Vázquez P, y cols. Neoplasias en pacientes con infección por VIH. Estudio descriptivo de 129 casos en el período 1993-2010. Rev Chilena Infectol. 2013; 30 (2): 156-161.
17. Coniel-Linares E, Acosta-Núñez N, Linares-Guerra M, Alcalde-Pérez JC. Infecciones oportunistas de origen bacteriano más frecuentes en pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Higiene, Epidemiología y Microbiología. 2008; 14(1): Accesible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v14n1/rpr08110.pdf> (Acceso: mayo 2014)
18. González A, Tobón AM. Infecciones micóticas oportunistas en pacientes con VIH/SIDA. Infectio. 2006; 10: 279-288.
19. Flórez AC, García DA. Prevalencia de microsporidiosis y otros parásitos intestinales en pacientes con infección por VIH, Bogotá, 2001. Biomedica 2003; 23: 274-82.
20. Lizarazo J, Castro F, De Arco M, Chaves O, Peña Y. Infecciones oportunistas del sistema nervioso central en pacientes con VIH atendidos en el Hospital Universitario Erasmo Meoz, Cúcuta, 1995-2005. Infectio. 2006; 10: 226-31.
21. Moore PS, Chang Y. Detection of Herpesvirus-Like DNA Sequences in Kaposi's Sarcoma in Patients with and Those without HIV Infection. N Engl J Med. 1995; 332: 1181-1185.

Recibido: 11/04/2014

Aceptado: 02/06/2014