

**ASPECTOS PSIQUIATRICOS DEL SIDA Y DE
LA INFECCION POR EL VIRUS DE LA
INMUNODEFICIENCIA HUMANA**

*Por GUIDO MAZZOTTI**

RESUMEN

Se revisa la literatura actual sobre los aspectos psiquiátricos del SIDA y la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Se describe los trastornos psiquiátricos más importantes relacionados a la infección por el VIH y al SIDA. Se enfatiza los aspectos clínicos y terapéuticos relacionados a demencia y delirio en el SIDA. Finalmente se considera la importancia del tema para la salud pública, la investigación y la estructura asistencial.

SUMMARY

The literature on the psychiatric aspects of the HIV infection and AIDS is reviewed. The most important HIV infection-AIDS related psychiatric disorders are covered. The clinical and therapeutic aspects related to delirium and dementia in AIDS are emphasize. Finally, the importance of the topic for public health, investigation and assistance is considered.

PALABRAS - CLAVE: Aspectos psiquiátricos, infección por VIH, SIDA.

KEY WORDS: Psychiatric aspects, HIV infection, AIDS.

* Médico Psiquiatra. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi", Lima.

INTRODUCCION

Desde la descripción del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en 1981, y la identificación de su agente etiológico, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), en 1983, la psiquiatría se ha interesado en este cuadro nosológico por dos motivos: a) el reconocido tropismo del VIH por el sistema nervioso central (SNC), con el hallazgo de anomalías neuropatológicas en más del 70% de autopsias de sujetos fallecidos con SIDA^{10, 40, 54}; y, b) el impacto psicológico dramático que significa el diagnóstico de la enfermedad, su avance a estadios sintomáticos y las complicaciones de la fase terminal. Esto último se agrava aun más porque los sujetos infectados son adultos jóvenes en su mayoría, en quienes el diagnóstico de una enfermedad crónico-terminal es de difícil aceptación, y además, buena parte de ellos aún pertenece a grupos que la sociedad ha marginado y estigmatizado: homosexuales, prostitutas y drogadictos³³. Posteriormente, la línea de trabajo que ha desarrollado la psico-neuro-endocrino-inmunología plantea la importante relación entre trastornos psiquiátricos, en particular la depresión y la integridad funcional del sistema inmunológico^{10, 18, 52}.

El tropismo del VIH por el SNC ha significado la descripción de un cuadro inicialmente llamado *complejo demencia-SIDA*, y que ahora ha sido incluido en el ICD-10⁶⁵ con el nombre de *demencia en la enfermedad por VIH* y con el código F02.4. Esto ha generado a su vez dos líneas de investigación: a) la detección de compromiso cognoscitivo que preceda a la demencia con el uso de pruebas neuropsicológicas específicas; y, b) la posibilidad que los sujetos seropositivos

presenten cuadros de delirio (por las complicaciones del SIDA o por los tratamientos), desórdenes psicóticos y desórdenes afectivos, aun en ausencia de compromiso cognoscitivo previo²⁹. Es por esto que las consideraciones diagnósticas y terapéuticas -sobre todo la psicofarmacológica- han merecido especial atención^{50, 51}.

El impacto psicológico de la enfermedad genera reacciones agudas de estrés y desórdenes de ajuste. Puede complicar situaciones previas como trastornos del humor, consumo de sustancias psicoactivas, desórdenes de ansiedad y parafilias. Los estudios sobre suicidio en sujetos seropositivos o con SIDA tienen en cuenta este impacto psicológico y su evolución en la historia aun corta de la infección VIH/SIDA en seres humanos^{12, 16}. Es importante considerar a los trastornos psiquiátricos y de salud mental en los sujetos con infección VIH/SIDA como coadyuvantes para aliviar a la humanidad del costo, inclusive económico, de la enfermedad, con la aplicación adecuada de intervenciones tempranas^{2, 24}. Finalmente, es importante considerar la patología psiquiátrica relacionada al SIDA como fobias, obsesiones y delusiones en sujetos no infectados^{30, 33}.

DESORDENES ORGANICO MENTALES

Demencia

Epidemiología

La estimación de la prevalencia de demencia-VIH ha sido difícil de establecer por factores como la manera de reclutar a los pacientes, la forma de determinar el estado de la infección, y los criterios

usados para el diagnóstico. La OMS consigna la cifra de 0 - 3.3% para la presentación de demencia como manifestación inicial del SIDA⁶⁴. Los reportes, con las limitaciones descritas inicialmente, dan cifras que van del 6.5% al 66% (cuando se apoyan en hallazgos neuropatológicos) para la prevalencia de vida de demencia en sujetos infectados por el VIH.

Patogénesis

Se conoce que el tipo de células más comunmente infectadas son los macrófagos y las células multinucleadas derivadas de ellos. También se ha identificado antígenos virales en microglia y se mantiene poco claro si se produce infección de la neurona, astrocitos, oligodendrocitos y el endotelio vascular. Los estudios se han realizado con técnicas de inmunohistoquímica, microscopía electrónica, y cultivo del VIH del cerebro y del líquido cefalorraquídeo (LCR)^{13, 19, 64}.

Aunque la patogénesis exacta de la demencia-VIH permanece poco clara parece necesaria la existencia de inmunosupresión severa para su desarrollo. Se ha postulado la interferencia del gp120 (una glicoproteína de la envoltura del VIH) con las propiedades de tropismo de la neuroleukina, y con la función de otros neuropéptidos como el péptido intestinal vasoactivo. También se ha pensado en una reacción inmunológica de destrucción de la mielina, similar a la infección por Visna virus en las ovejas, que explicaría la vacuolación y otras alteraciones de la sustancia blanca observadas en la demencia-VIH. Otros hallazgos importantes revelan una correlación entre niveles de ácido quinolínico (metabolito intermediario tóxico del triptofano) y avance de la demencia-VIH;

además, estudios de espectroscopía por resonancia magnética han encontrado una reducción cerebral en la tasa entre adenosintrifosfato (ATP) y fosfato inorgánico sugiriendo una reducción del metabolismo cerebral. Los estudios clínicos que sugieren la existencia de variantes neurotrópicas del VIH fueron interpretados inicialmente como variantes de la susceptibilidad del individuo; ahora se postula lo primero ya que el código genético para la glicoproteína GP120 aparece particularmente variable. Otros indicadores de metabolismo cerebral aberrante en la demencia por VIH son las anomalías en la mediación de los canales de Calcio y el receptor-operador de estos canales: el N-mentil-D-aspartato (NMDA).

Diagnóstico y cuadro clínico

El compromiso cognoscitivo, de conducta y motor es insidioso. Es común observar al principio una muy ligera lentitud en las respuestas, dificultades de diverso grado para continuar conversaciones, lecturas u observaciones. Esto se consolida en una hipomnesia a predominio reciente y en disprosexia o hipoprosexia. Conductualmente se puede encontrar reducción de espontaneidad, apatía y aislamiento que comprometen la actividad social, familiar, laboral y sexual; lo anterior puede asociarse a síntomas depresivos, irritabilidad y labilidad emocional, raramente a síntomas psicóticos y agitación. Los hallazgos motores son descritos en revisiones sobre compromiso neurológico; sin embargo, diremos que los más importantes son: tremor, descoordinación y compromiso de propiocepción^{33, 38, 43}. Añadiremos que la demencia por infección VIH está con-

siderada en la categoría C que define el diagnóstico de SIDA en la última clasificación del CDC⁴¹.

Los hallazgos neuropsicológicos en la demencia-VIH muestran compromiso de control motor fino, resolución de problemas secuenciales rápidos, resolución de problemas visoespaciales (diseño de bloques), fluidez verbal y memoria visual. El mayor compromiso estriba en la lentitud pero los errores también son prominentes. El vocabulario y la asociación nominal se encuentran preservados aun en los casos más avanzados^{8, 45}. Se ha descrito al complejo demencia-SIDA como el síntoma inicial o carta de presentación de la infección VIH/SIDA³⁹.

Los exámenes auxiliares como la imagenología nos indican los siguientes hallazgos: a) predominio de atrofia cerebral, en especial la ampliación de los surcos cerebrales y en menor grado elongación de los ventrículos, en exámenes con tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM); b) la RM ha demostrado lesiones hiperdensas mayormente difusas, en sustancia blanca, que son reversibles con el tratamiento con zidovudina (AZT); c) la tomografía por emisión de positrones (PET) ha demostrado un relativo hipermetabolismo subcortical temprano (ganglios basales y tálamo), e hipometabolismo cortical y subcortical en estadios avanzados. El electroencefalograma (EEG) suele ser normal, aunque en estadios avanzados se puede observar lentificación difusa. El examen de LCR ha identificado por lo menos dos marcadores que correlacionan con la progresión de la encefalopatía por VIH: la beta-2-microglobulina y el antígeno p24. Han sido importantes los trabajos que correlacionaron el compro-

miso neuropsicológico que precede o no a la demencia con los niveles linfocitarios CD4 encontrando que hasta valores que fluctúan entre 200 y 350 no se suele objetivar un compromiso significativo de funciones superiores^{9, 36}.

Los estudios de patología en demencia-VIH revelan atrofia cerebral y eventualmente fibrosis meníngea. La histopatología muestra mayores anomalías en estructuras grises profundas y sustancia blanca central, y el hallazgo más frecuente es palidez de la sustancia blanca central y perivascular. En casos más avanzados se suele hallar rarefacción y microvacuolación focal de sustancia blanca.

El diagnóstico diferencial se debe hacer con las patologías por infecciones oportunistas y neoplasias en el caso de personas seropositivas. Se debe pensar en meningitis criptocócica, encefalitis por citomegalovirus o por herpes virus, toxoplasmosis cerebral, sífilis y tuberculosis; entre la neoplasias se debe pensar en linfoma primario de SNC. Para esto se debe consolidar el diagnóstico con TC, RM y examen de LCR^{10, 33, 56}. Es importante considerar algún factor carencial como el de la vitamina B12.⁶

Tratamiento

Se ha descrito efectos beneficiosos sobre las afecciones cognoscitivas en pacientes con demencia-VIH durante el tratamiento con AZT. Están a favor de este hallazgo los estudios abiertos; sin embargo, los estudios controlados aun dan resultados contradictorios. Los estudios abiertos con ddI también reportan resultados favorables, aunque describen complicaciones como episodios de delirio y desorden afectivo orgánico. Es

prometedor aunque todavía no concluyente el uso de nimopidina, un bloqueador de los canales de calcio usado en Estados Unidos en el tratamiento posterior a la ruptura de aneurismas cerebrales para prevenir la muerte celular asociada a vasoespasmo; en Europa se prueba en pacientes con accidentes cerebro vasculares y enfermedad de Alzheimer con resultados inciertos. Otro producto en ensayo es la memantina que actúa en el bloqueo del receptor NMDA; es usado como antiparkinsoniano en Europa. También se encuentra en fase experimental la pentoxifilina, actualmente usada para tratar claudicación intermitente y con un efecto demostrado en la disminución de niveles de factor de necrosis tumoral. En el seguimiento de los pacientes con demencia-VIH en tratamiento con AZT se ha sugerido evitar el uso de antidepresivos tricíclicos por haberse observado generación o complicación de episodios de delirio.

Los estadios avanzados de la demencia-VIH, que generalmente coinciden con el avance de las complicaciones del SIDA ameritan una atención de soporte que podría resultar difícil en unidades de atención general e incluso en un servicio psiquiátrico. Es importante la instrucción y motivación de la familia, si la hubiera, para que su intervención sea favorable, o al menos, no negativa. Un problema particular se presenta con los pacientes con pobre control de impulsos, en especial los sexuales; en estos casos se ha ensayado el uso de neurolépticos y, con mucha contradicción, las restricciones mecánicas^{33, 48}.

Delirio

El delirio se ha descrito durante la evolución de la demencia-VIH y en el

contexto de la meningitis aséptica que se suele desarrollar con la seroconversión. La presencia de delirio en pacientes con SIDA puede estar relacionada a hipoxia (en casos de neumonía por *Pneumocistis carinii* o tuberculosis), a meningitis criptocócica, a infecciones sistémicas, a linfomas o abscesos cerebrales, a desórdenes metabólicos (hidroelectrolíticos y de equilibrio ácido base), y a uso de fármacos, en donde destacan los psicotrópicos y corticoides. Los antidepresivos tricíclicos son los psicotrópicos que más frecuentemente causan delirio pues parecen tener un efecto anticolinérgico central mayor en los pacientes con infección VIH/SIDA. No existe una estimación apropiada de la prevalencia e incidencia de delirio en la infección VIH/SIDA.

Los criterios diagnósticos que el ICD-10 define para delirio (F-05) los enumeramos a continuación y debe identificarse la sintomatología en cada uno de los siguientes aspectos:

- a) Compromiso de conciencia y atención.
- b) Trastorno global de funciones cognitivas (distorsiones perceptuales, ilusiones y alucinaciones, más frecuentemente visuales; compromiso del pensamiento abstracto y comprensión, con o sin delusiones transitorias, pero típicamente con algún grado de incoherencia; compromiso de memoria inmediata pero relativa conservación de la memoria remota; desorientación en tiempo, y en casos más severos de espacio y persona).
- c) Trastornos psicomotores (hipo- o hiperactividad impredecible; tiempo de reacción incrementado; incremento o

disminución en la fluidez del habla; bloqueos en el inicio de la actividad).

- d) Trastorno del ciclo sueño-vigilia (insomnio, o en casos severos inversión total del ciclo; somnolencia diurna; mayor deterioro nocturno del cuadro; pesadillas que pueden continuar con alucinaciones luego del despertar).
- e) Trastornos emocionales como depresión, ansiedad, temor, irritabilidad, euforia, apatía y perplejidad.

El manejo del delirio consiste básicamente en el tratamiento de la causa subyacente, mantenimiento de un buen balance hidroelectrolítico y nutricional, corrección dentro de lo posible de la alteración del ciclo sueño-vigilia, sedación si fuera necesario y soporte de enfermería. Es factible el uso de diazepam EV en dosis que tomen en cuenta el estado general, la causa del delirio y los antecedentes de consumo de sustancias del sujeto (10-50 mg EV); del mismo modo es factible el uso de un neuroléptico de alta potencia como el haloperidol IM o EV (lento), tomando en cuenta las consideraciones anteriores y ajustándose a la menor dosis necesaria (5-10 mg, 2 a 4 veces al día)³⁵.

DESORDENES PSIQUIÁTRICOS NO ORGANICOS

Existen pocos estudios controlados para determinar la prevalencia de trastornos psiquiátricos, con diagnóstico actual o de prevalencia de vida. ATKINSON *et al.*, con el uso de una entrevista psiquiátrica estructurada, al examinar a 56 homosexuales en forma ambulatoria, 15

con SIDA, 13 con "complejo relacionado al SIDA", 17 con síntomas moderados, y 11 seronegativos; usa como grupo control a 22 "heterosexuales sanos"; encuentra como prevalencia de vida en el grupo homosexual un 39% de consumidores de alcohol y drogas no-opiáceas, desorden de ansiedad generalizada en 39%, y depresión mayor en 30%, sin diferencia por su estatus de seropositividad. El diagnóstico actual fue muy parecido, y en general fue diferente al grupo control⁴. El seguimiento de pacientes a largo plazo confirma estos hallazgos^{3, 11}.

BAER⁵ describe la psicopatología de 60 pacientes con SIDA hospitalizados y encuentra desorden de ajuste en 22% de ellos y depresión mayor en 12%. PERRY *et al.*⁵³ encuentran al examinar 207 sujetos al momento del diagnóstico serológico, que los seropositivos tienen un diagnóstico de prevalencia de vida DSM-III-R en eje I en el 67.6%. Estas cifras coinciden con las encontradas a nivel latinoamericano en trabajos descriptivos^{26, 31, 61}; y con la encontrada por nosotros³⁶ en el Perú (68%), también en un trabajo descriptivo, con el uso de una entrevista estructurada (SCID) en pacientes seropositivos, criterios DSM-III-R y con niveles linfocitarios CD4 (>200).

Es importante reconocer que la mayor fuente de discrepancia entre las cifras de prevalencia halladas y entre los diagnósticos que las componen, está en las diferencias metodológicas^{30, 21, 36, 57, 62}. En esta situación se encuentran también los trabajos que han tratado de buscar prevalencia de infección VIH/SIDA en pacientes con trastornos psiquiátricos o en pacientes mentales sin techo^{7, 58}.

Casi todos los cuadros psiquiátricos que describiremos a continuación son

susceptibles de constituir una urgencia psiquiátrica, sin embargo, el trabajo de TOSTES⁵⁹ en Brasil encuentra que los desórdenes orgánico mentales son la causa de dos tercios de las urgencias psiquiátricas en pacientes con infección VIH/SIDA y hace énfasis en el manejo integral del paciente para evitar o controlar mejor estas complicaciones.

Reacciones agudas de estres

Las reacciones agudas de estres se pueden presentar en cualquier fase de la infección por VIH, especialmente luego de dado el diagnóstico serológico y al identificarse cambios en el estado clínico del paciente por el avance de la enfermedad. La reacción psicológica es similar a la encontrada luego del diagnóstico de cáncer y otras enfermedades crónico-terminales, pero agravada por los estigmas que tiene el VIH/SIDA. Los mayores estigmas son los siguientes: 1) de "grupos de riesgo": "la infección VIH/SIDA sólo la padecen los homosexuales, las prostitutas y los drogadictos"; 2) de "contagio": se presume que la enfermedad puede ser transmitida de formas absurdas como acercándose o tocando a un paciente o sus pertenencias; 3) de muerte: se tiene la idea que el SIDA es necesariamente sinónimo de una muerte con mucha deformación y sufrimiento. Por otro lado, es conocida la dificultad para aceptar y convivir con el diagnóstico de una enfermedad crónico-terminal en personas jóvenes y productivas. Recordemos que aproximadamente el 75% de los pacientes afectados con la infección VIH/SIDA tiene entre 18 y 45 años^{12, 14}.

Se debe identificar los siguientes criterios diagnósticos para las reacciones agudas de estrés. En primer lugar una

conexión temporal casi inmediata entre el impacto y un estresor importante. Los estresores más comunes suelen ser: el momento de la toma de muestra para la prueba serológica, el momento de entrega de resultados, la entrega de resultados de medición de niveles linfocitarios (CD4), el inicio de cuadros clínicos por infecciones oportunistas o neoplasias, y la aparición de algún signo físico importante en especial en la piel (por ej. S. de Kaposi). Luego, según el ICD-10⁶⁵, se debe identificar los siguientes grupos de síntomas:

- a) Demostración de un cuadro mixto que incluye al estado inicial de "ofuscamiento", depresión, ansiedad, miedo, incomodidad, inquietud y retraimiento. Todos estos síntomas se pueden observar, pero ninguno predomina por mucho tiempo.
- b) El cuadro debe resolverse rápidamente si el factor estresante se limita, explica o retira. En los casos en que el estresor persiste se puede esperar una duración de dos días y una casi resolución hacia el tercer día.

El manejo de estos cuadros es esencialmente preventivo. La labor de consejería tiene la función primordial en este aspecto. Debemos poner énfasis en la claridad absoluta de la información que debe transmitirse durante la consejería y la recomendación no siempre seguida de que el paciente se tome algunos días para decidir someterse a la prueba serológica. La consejería post-test tiene la particularidad de requerir principios éticos, médicos y de conciencia moral de gran importancia, como la honestidad, la confidencialidad, las alternativas y dere-

chos en los servicios de salud, y la orientación médica, social, de prácticas sexuales y de posible detección de contactos. Luego de estas intervenciones iniciales, el paciente ingresa en una suerte de consejería intermitente o sostenida que tiene su principal asidero en la relación médico-paciente. El médico tiene que aprender a ser extraordinariamente claro, honesto y humano, aunque también pertinente y con gran sentido común, para ir comunicando a los pacientes con infección-VIH/SIDA las noticias que casi siempre se referirán, como es natural en una enfermedad crónico terminal, a lo desfavorable de su curso.

Desorden de ajuste

La prevalencia del desorden de ajuste asociado a infección VIH/SIDA se ha determinado siempre alta. Los reportes la sitúan desde el 35% hasta el 100% de pacientes diagnosticados durante los primeros 8 años de la pandemia. La intervención adecuada, en especial la consejería, y la progresiva apertura y entendimiento de la sociedad hacia el problema VIH/SIDA han contribuido a disminuir estas cifras. Nosotros encontramos 18.66% como diagnóstico actual en pacientes que habían recibido el diagnóstico serológico hacía no más de 6 meses y que permanecían asintomáticos³⁶.

El desorden de ajuste es una respuesta mórbida (ya sea por lo prolongada o desproporcionada) al estresor en que se constituye el diagnóstico de la infección VIH/SIDA y que está condicionado por los siguientes factores: a) las pobres estrategias del sujeto para convivir con la enfermedad; b) la historia previa de trastornos psiquiátricos, en especial des-

órdenes de personalidad, y desórdenes de ajuste por otra causa; c) grado de aceptación de la situación (ej. seropositividad, homosexualidad) en el ámbito familiar, laboral y social; y d) accesibilidad a una adecuada consejería antes y después de la prueba serológica.

Se puede identificar en el sujeto, de acuerdo a criterios DSM-III-R, un compromiso significativo del funcionamiento académico o laboral, y de las actividades sociales o de las relaciones interpersonales habituales. No debe constituir un episodio de una enfermedad mental previamente existente y su duración no debe exceder los 6 meses. Se debe descartar la presencia de un duelo no complicado.

Se ha identificado tipos de desorden de ajuste. Puede asociarse a humor ansioso, depresivo o mixto; también a desorden de conducta (particularmente transgresora de la norma, en especial de conducta sexual preventiva de la transmisión del VIH); finalmente se observa desórdenes de ajuste asociados a quejas somáticas (ej. cefalea, fatiga), a aislamiento y a inhibición laboral o académico. Son particularmente importantes algunos síntomas obsesivo-compulsivos que suelen incluir una revisión mental continua de las experiencias sexuales pasadas tratando de identificar a compañeros sexuales posiblemente infectados, o tratando de recordar algún momento en que se podría haber expuesto a la infección a la pareja, familiares o amigos; del mismo modo, podemos encontrar una continua revisión somática buscando signos del avance de la enfermedad con pensamientos obsesivos acerca del deterioro físico y de la muerte.

El manejo del desorden de ajuste consiste básicamente en psicoterapia

cognitivo-conductual de índole individual o grupal, que refuerce positivamente las actividades, la expresión de pensamientos y sentimientos, la búsqueda de información, la resolución de problemas, la toma de decisiones, y la preocupación del paciente por sí mismo. Esta intervención debería involucrar a las parejas o miembros de la familia si el paciente lo considera adecuado. En algunos casos es razonable el uso de psicofármacos. Se debe tener presente la ya reportada mayor sensibilidad de los pacientes con infección VIH/SIDA a los antidepressivos tricíclicos; se recomienda dosis iniciales bajas e incrementos progresivos. Se debe tener cuidado en la administración de benzodiazepínicos a sujetos con antecedentes de abuso de sustancias y a pacientes con función respiratoria comprometida; en este último caso son recomendables los fármacos de vida media corta.

Desórdenes afectivos

Depresión

El reporte preliminar de PERRY & TROSS en 1984, citado por MAJ³³ en su revisión de 1990 indica una prevalencia actual de 82.7% de trastornos afectivos, correspondiéndole un 17.3% sólo a depresión mayor. Sin embargo, reportes posteriores van de 3.6 a 7% de prevalencia actual para depresión mayor. En el Perú, hemos encontrado una prevalencia actual de 12% para depresión mayor en pacientes seropositivos asintomáticos, además de 10.66% para distimia.

Durante la evolución de la infección VIH/SIDA se suele observar episodios depresivos que, en una cuidadosa evaluación, no cumplen con los criterios diagnósticos requeridos por el ICD-10 o

el DSM-III-R. Con mayor frecuencia se encuentran luego del diagnóstico de seropositividad, luego del paso al estado sintomático y al inicio de los cuadros de demencia. Es importante anotar que numerosos síntomas depresivos pueden ser resultado de infecciones oportunistas y neoplasias, en especial las que afectan al SNC, así como pueden ser el efecto colateral de drogas antineoplásicas usadas en el tratamiento del sarcoma de Kaposi y de los linfomas (ver Tabla 1). Del mismo modo, debemos señalar que la sintomatología depresiva puede ser difícil de diferenciar o puede superponerse a los síntomas iniciales de inmunodeficiencia severa (fatiga, anorexia, pérdida de peso y libido, trastornos del sueño), o de la demencia (hipomnesia, hipoprosexia, bradipsiquia).

Aun se mantiene en estudio la influencia de las siguientes variables en la alta prevalencia de trastornos afectivos, en especial depresión: a) acción directa del VIH, en particular sobre las áreas límbicas, que desencadenaría la depresión en sujetos predispuestos; b) asociación por la alta prevalencia de enfermedades afectivas, en especial depresión, que se puede encontrar en los grupos hasta ahora mayoritariamente afectados por la infección VIH/SIDA; c) resultado de los aun graves efectos psicosociales que provoca el diagnóstico y padecimiento de la infección VIH/SIDA; y d) efecto colateral de tratamientos farmacológicos.

Suicidio

El suicidio como causa de muerte fluctúa entre el 0.4 y 0.9% en la población general. En la población que padece de cáncer se ha establecido entre 1.4 a 1.9 veces esta cifra. El reporte de MARZUK *et*

TABLA 1
COMPLICACIONES NEURO-PSIQUIATRICAS DE MEDICAMENTOS
USADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA INFECCION VIH/SIDA

MEDICACION	EFECTO COLATERAL
Acyclovir	Depresión, agitación, alucinaciones, despersonalización, confusión, hiperestesia, hiperacusia, insomnio, cefalea, ideación obsesiva.
Anfotericin B	Delirio, neuropatía periférica, visión borrosa, diplopia, hiporexia, baja de peso, cefalea.
Cicloserina	Ansiedad, depresión, confusión, desorientación, alucinaciones, paranoia, hiporexia, fatiga.
Citosina arab. Disulfiram Etambutol	Neuropatía periférica, ataxia cerebelar. Neuropatía periférica. Cefalea, confusión, alteraciones auditivas y visuales.
Etopósido Ganciclovir Interferon	Hiporexia, neuropatía. Irritabilidad, elevación leve. Depresión, confusión, delirio, hiperfrontalidad, cefalea, parkinsonismo, elación, manía, catatonía.
Interleukina-2 Isoniacida	Desorientación, deterioro cognitivo. Depresión, agitación, alucinaciones, neuropatía periférica, paranoia, hipomnesia.
Ketoconazol L-Asparaginasa Metotrexate	Cefalea, fotosensibilidad. Encefalopatía reversible. Cefalea, visión borrosa, fatiga, encefalopatía, meningitis aséptica, fotosensibilidad.
Pentamidina Procarbazina	Hipoglicemia, tremor, cansancio Manía, hiporexia, cefalea, insomnio, pesadillas, confusión, malestar.
Rifampina Sulfonamidas	Cefalea, fatiga, hiporexia. Cefalea, insomnio, neuritis, hiporexia, fotosensibilidad
TMX-SMX*	Psicosis, mutismo, depresión, hiporexia, insomnio, cefalea, apatía, neuritis.
Vinblastina Vincristina	Depresión, hiporexia, cefalea, neuritis. Alucinaciones, cefalea, neuritis, ataxia, compromiso sensorial, autonómico y de pares craneales.
5-Fluoracilo 5-Flucitosina	Ataxia cerebelar Sedación, confusión, cefalea.

* Trimetoprim-sulfametoxazol.

al. (1985) que reproduce la OMS⁶⁴ para llamar la atención sobre el tema, afirma encontrar que el riesgo relativo de suicidio para hombres con SIDA, con edad entre 20 y 59 años, era 36.3 veces mayor que en una población similar sin el diagnóstico y 66.15 veces mayor que en la población general. En la actualidad hay reportes que sitúan las cifras en una magnitud similar a las del cáncer. En el Perú, sobre 236 casos de SIDA vistos en consulta, sólo se produjeron 5 intentos de suicidio, ninguno exitoso; conocemos sin embargo 2 casos exitosos fuera de este protocolo.

Es importante reconocer a tiempo los indicadores de riesgo suicida en pacientes con VIH/SIDA. La gran mayoría de casos suele suceder dentro de los 6 a 9 meses de haber recibido el diagnóstico; manifiestan sus cavilaciones o intenciones suicidas a familiares, amigos o a su médico; muchos ya tienen un control en un servicio de salud mental. Sin embargo, muchos pacientes suelen cometer suicidio con y por el avance de la enfermedad. A lo anterior debemos agregar los indicadores de riesgo clásico: ausencia o pérdida de pareja y de familia organizada, antecedentes familiares de suicidio, dolencia pobremente controlada (ej. dolor, diarreas), fechas de celebración (ej. Navidad, cumpleaños), depresión o desesperanza. El inicio de los episodios de delirio merece especial vigilancia^{44, 46}.

Enfermedad bipolar

No se ha descrito una asociación significativa entre la enfermedad bipolar y la infección VIH/SIDA. Los reportes apuntan a la descripción de manía o síndromes maníacos en el curso de la infección, en especial en los estadios avanza-

dos. LYKETSOS *et al.*³² afirman haber encontrado 8% de síndromes maníacos en una población de pacientes con SIDA, y encuentran además, que aquellos pacientes sin antecedentes familiares o personales de enfermedad afectiva presentan el síndrome más tardíamente en el curso de la enfermedad. Nosotros hemos encontrado un caso (1.33%) de desorden bipolar y 2 casos de hipomanía (2.66%) en 75 pacientes asintomáticos evaluados. Siempre será importante descartar complicaciones orgánicas como tumores o infecciones como criptococosis²⁸.

Las variables que influyen en la también alta prevalencia de diagnóstico actual para síndromes maníacos son las mismas que las descritas para depresión, aunque debemos resaltar la importancia del avance de la enfermedad y el uso de fármacos, en especial corticoides, AZT y ddI. La intervención terapéutica debe considerar estos factores. Por otro lado, el tratamiento con neurolépticos de alta potencia (ej. haloperidol) debe ensayarse a menores dosis que las usadas convencionalmente y evitar su uso en combinación con Litio por algunos reportes de mayor susceptibilidad a desarrollar síndromes neurolépticos malignos.

Desórdenes psicóticos

Con los conocimientos actuales acerca de la infección VIH/SIDA no se debe hacer el diagnóstico de un cuadro psicótico cuando existe evidencia de compromiso cognoscitivo, complicaciones por inmunodeficiencia severa y, naturalmente, valores CD4 menores de 200. Usualmente, estos cuadros son incompletos y si se busca cuidadosamente los criterios diagnósticos, se encuentra básicamente alucinaciones y delusiones no

estructuradas. En una búsqueda clínica estricta el diagnóstico debe ser delirio o demencia.

En el caso de individuos asintomáticos, no se ha demostrado una relación entre la presencia de cuadros psicóticos e infección VIH/SIDA. Las variables que se podría identificar como influyentes en la presencia de síndromes psicóticos serían las mismas que para la depresión. Se ha postulado una susceptibilidad de los tractos dopaminérgicos como un posible mecanismo patogénico de los desórdenes esquizofreniformes que se producen en sujetos seropositivos asintomáticos, a lo que se debe añadir el hecho aceptado en la actualidad de que durante el llamado "período asintomático" el virus no se mantiene totalmente inactivo. Un estudio con tomografía por emisión de positrones identifica una "predilección" del VIH por el sistema límbico con el aumento de irrigación sanguínea y metabolismo de glucosa en la corteza temporal derecha y los ganglios basales³³.

La respuesta de los desórdenes psicóticos en sujetos con VIH/SIDA al tratamiento con fenotiacínicos es usualmente favorable. Se ha descrito una mayor susceptibilidad a desarrollar efectos extrapiramidales (en severidad y celeridad de instalación) en especial con los antipsicóticos de alta potencia. Por otro lado, la presencia de cuadros psicóticos puede implicar un dilema ético en cuanto al difícil control de la conducta futura (en especial la sexual) de un sujeto cuando se decida el alta de hospitalización; o cuando, por ese motivo, se decida su internación.

Desórdenes de ansiedad

No se ha encontrado una relación entre los desórdenes de ansiedad y la

infección VIH/SIDA. Es necesario intentar identificar el contexto sindrómico exacto en el que podemos encontrar a la ansiedad como síntoma; el trastorno de adaptación es el principal cuadro a tener en cuenta. Si embargo, es posible encontrar desorden de pánico, de ansiedad generalizada, obsesivo-compulsivo o fobias en un paciente que a la vez tiene infección VIH o SIDA. En este contexto, el principal motivo de preocupación debe ser el afronte terapéutico. Es la condición en que se debe procurar intensamente el afronte psicoterapéutico y un adecuado entrenamiento en relajación. Los psicofármacos deben ser usados con cautela, en especial las dosis elevadas de clomipramina que suele emplearse en el desorden obsesivo compulsivo. Los benzodiazepínicos son recomendables por períodos cortos y a dosis algo menores que las habituales por las mismas razones que las expresadas a propósito del desorden de ajuste¹⁷.

Personalidad

Nuevas investigaciones han relacionado las variables de personalidad y las conductas de riesgo para adquirir enfermedades de transmisión sexual (ETS), lo cual, naturalmente, incluye a la infección VIH/SIDA. Sin embargo, el llamado *coeficiente de personalidad* refleja que raramente esta variable significa más el 5% de la varianza en evaluaciones finales de transmisión de ETS-VIH/SIDA. No hay un trabajo trascendente que haya estudiado el *componente personalidad* en poblaciones con infección VIH/SIDA; se presume que cuanto más heterosexual sea la transmisión, más se acercarán las prevalencias de personalidades anormales a las de la población general (5-15%)^{29, 49, 63}.

Se ha relacionado en particular la personalidad limítrofe y la personalidad narcicista a una mayor prevalencia de trastornos de adaptación y consecuentemente a una menor posibilidad de desarrollar adecuadas estrategias de convivencia con una enfermedad crónico-terminal, en especial la infección VIH/SIDA⁵⁵. Esto es importante cuando se hace una adecuada vigilancia epidemiológica y se trata de controlar mediante intervenciones la transmisión sexual de la infección a partir de los grupos mayormente afectados (*core groups*)⁶³.

Es necesario afrontar la complejidad que significa estudiar el ideal de relaciones moderadas entre el sujeto infectado y la sociedad; por ejemplo, para cuantificar la percepción de la abstinencia sexual, del uso espontáneo del preservativo y su eficacia, y de la posición de la pareja frente al uso del mismo. Esto va más allá del ya complejo método para diagnosticar personalidad, pues nos colocamos en el terreno de la llamada *intención de conducta* que no necesariamente tiene que ver con la normalidad o anormalidad de personalidad del sujeto, sino con un gran número de variables moderadoras mayormente de naturaleza social⁶³.

Sustancias psicoactivas

Son conocidos los estudios que relacionan el consumo de drogas a la infección VIH/SIDA y otras ETS. El uso de drogas endovenosas es, definitivamente, un factor de riesgo. Los usuarios de drogas endovenosas constituyen un problema mayor en los países en donde su prevalencia es alta; a nivel latinoamericano, Argentina y Brasil son el ejemplo. Los reportes de prevalencia de vida de

ETS en usuarios de drogas van del 40 al 60%; los mismos valores, aunque con tendencia a ser mayores se encuentran para la prevalencia de vida de uso de drogas en pacientes con ETS. En poblaciones de pacientes con diagnóstico de abuso o adicción a sustancias psicoactivas la prevalencia de infección VIH/SIDA llegaría a ser 10 a 15 veces mayor que en la población general. La relación con actividades de prostitución en algún momento de la historia de consumo con el objetivo de conseguir drogas es de importancia y materia de constante estudio por los distintos "estilos" de consumo, los factores sociales y las nuevas drogas o las variantes de consumo que pueden suceder en plazos cortos.

En el reporte peruano, se encontró consumo de alcohol en 53% de pacientes asintomáticos entrevistados, aunque no se completaron criterios para un diagnóstico actual de abuso o adicción a sustancias psicoactivas; además, 35% consumía tabaco, 5% marihuana, 6.6% pasta básica de cocaína y 3% cocaína; estas tres últimas cifras difieren considerablemente de las encontradas en la población general³⁶. El consumo de alcohol amerita ser investigado por ser un determinante de riesgo que dificulta seriamente el cumplimiento de normas de prevención, reinfección e infección por otras ETS en los pacientes con VIH/SIDA⁶³.

CONSIDERACIONES TERAPEUTICAS

Comenzaremos por resumir algunos efectos colaterales del espectro neuropsiquiátrico que se producen con el uso de medicamentos indicados para las complicaciones neoplásicas o infecciosas de la inmunodeficiencia (Tabla 1). Esto

es particularmente útil en la práctica de psiquiatría de enlace²³.

Psicofármacos

Es importante señalar que no se dispone de reportes con información concluyente sobre las consideraciones psicofarmacológicas en el tratamiento de pacientes con infección VIH/SIDA. La información de que se dispone es en gran medida anecdótica, o reportes breves con casuística escasa^{15, 34, 35, 42, 64}.

Antidepresivos. Se ha encontrado que en pacientes con antecedentes familiares de enfermedad afectiva, en especial depresión, y que presentan el cuadro durante el período asintomático de la infección VIH, el uso de antidepresivos es exactamente igual al que se practicaría en la población general. Si el cuadro depresivo es de presentación tardía, en el período asintomático, en especial en pacientes sin antecedentes personales ni familiares de enfermedad afectiva, se encuentra una mayor susceptibilidad a los efectos anticolinérgicos de los antidepresivos tricíclicos; por lo tanto los heterocíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ej. fluoxetina, fluvoxamina) y los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO), en especial los reversibles (ej. moclobemida) tendrían ventaja al respecto. No disponemos de información consistente sobre sertralina. Siempre, sin embargo, se recomienda dosis menores a las usadas en personas no infectadas por el VIH. Se ha recomendado el uso de tricíclicos, en especial amitriptilina, en los cuadros de hiperperistaltismo intestinal ("colon irritable") de sujetos infectados, y también como coadyuvantes en el tratamiento de

dolor y disestesias en combinación con analgésicos opiáceos y no opiáceos. No se recomienda el uso de antidepresivos cuya presentación comercial se da en mezclas a dosis fijas con otros fármacos, en especial antipsicóticos.

Antipsicóticos. Se ha reportado mayor presentación de parkinsonismo en pacientes infectados con VIH que reciben tratamiento con antipsicóticos; se postula una depresión nigroestriatal provocada por la infección viral. También se reportó una mayor susceptibilidad a los efectos anticolinérgicos y se recomendó el uso de dosis bajas de antipsicóticos de alta potencia (ej. haloperidol, flufenazina); posteriormente esto no ha sido confirmado consistentemente y se ha reportado que antipsicóticos como la clorpromacina y el molindone son bien tolerados y con igual eficacia.

Benzodiazepínicos. Se recomienda el uso de benzodiazepinas de vida media corta o intermedia, con el adecuado monitoreo de la función respiratoria en pacientes sintomáticos. Están indicados en los cuadros psicóticos o afectivos complicados con agitación, en los cuadros de delirio y previo a determinados procedimientos invasivos. El diazepam es recomendado en los casos de abstinencia alcohólica y cuando se trata de sujetos con historia de abuso o adicción a drogas, limitando severamente la duración de su suministro.

Litio. No se ha reportado alguna contraindicación a su uso en dosis habituales. Se ha reportado que el Litio produce una mejoría sobre el efecto mielosupresor (traducido en neutropenia) de la zidovudina. No se ha comprobado consistentemente, a diferencia de la población seronegativa, que el Litio (ni la

triyodotironina) funcione como coadyuvante de los antidepresivos. Los efectos beneficiosos sobre la función inmunológica son contradictorios y eventualmente inconsistentes.

Psicoestimulantes. Su uso en los casos de depresión e inhibición psicomotriz, en especial en el período sintomático de la infección por VIH, ha sido reportado como beneficioso aún cuando el paciente no alcance una recuperación total. Los fármacos reportados son el metilfenidato (dosis de hasta 45 mg/d) y dextroanfetamina (dosis de hasta 30 mg/d)^{1, 17, 22, 27}.

Terapia electroconvulsiva

Su uso en la práctica clínica para tratar a pacientes con infección VIH/SIDA se ha extendido en los últimos años y se ha concluido que ésta no constituye una contraindicación para su uso. Naturalmente, se debe tener un mayor cuidado en descartar procesos expansivos intracraniales¹⁷.

Antiretrovirales

Se ha reportado consistentemente el aporte beneficioso de la zidovudina (AZT) en sujetos con infección VIH/SIDA que presentan compromiso neuropsicológico y depresión, particularmente asociados a conteos linfocitarios CD4 bajos. Sin embargo, se conoce de casos de agitación, insomnio y cefalea severos asociados al uso de AZT. Existen reportes en el mismo sentido para ddI, aunque no para ddC y péptido T. Se ha descrito cuadros elativos con el uso de AZT y ddI que han remitido con la suspensión del tratamiento^{17, 25, 37, 47, 60}.

IMPLICANCIAS PARA LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Las implicancias de los trastornos psiquiátricos y su manejo para los servicios de salud mental tienen tres tópicos fundamentales: a) temas de investigación; b) provisión de servicios; y c) resolución de problemas legales y éticos¹².

Temas de investigación

Se debe procurar incluir en protocolos de investigación a la totalidad de pacientes con infección VIH/SIDA atendidos en consulta psiquiátrica con el objetivo de identificar predictores del curso del cuadro clínico y complicaciones. El desarrollo de encuestas en profundidad permitirá un mejor estudio de los determinantes de riesgo (como el consumo de sustancias psicoactivas) y la llamada *intención de conducta*. Finalmente, una constante y positiva evaluación de los servicios brindados permitirá un desarrollo adecuado de los mismos.

Provisión de servicios

Es pertinente desarrollar una relación directa entre los servicios de salud mental y las organizaciones de base comunitaria y de apoyo social. Es de gran importancia la existencia de un buen servicio de psiquiatría de enlace en los hospitales generales. Se debe ponderar la importancia de la disposición de camas en los hospitales psiquiátricos y el entrenamiento del personal, y la integración del servicio de salud mental a un equipo de atención integral domiciliaria de los pacientes en estadíos intermedios de la enfermedad; esto mismo debe adecuarse a la atención del paciente terminal. La

educación y eventualmente la terapia de apoyo del personal de hospitales generales que atiende a pacientes con SIDA debe estar a cargo de un equipo de salud mental.

Problemas éticos y legales

El profesional de salud mental enfrentará con frecuencia la deliberación acerca de la confidencialidad de los datos obtenidos de determinados pacientes, la posibilidad de detección y entrevista a contactos, los riesgos objetivos o subjetivos del personal asistencial y su implicancia para negarse a atender pacientes, la detención de pacientes, y eventualmente las decisiones acerca del derecho a

la salud o a la suspensión de medidas terapéuticas que prolongan una vida en malas condiciones.

COMENTARIO FINAL

Es importante reconocer que a pesar de los datos y detalles estrictamente médicos y biológicos que se dan en esta revisión y en todas la que, por especialidades, tratan el tema de la infección VIH/SIDA, éste no es un tópico estrictamente del ámbito científico-natural y positivista; es, en una concepción más amplia, un problema de la humanidad en su conjunto dada la complejidad hasta ahora no muy clara de la conducta del ser humano individualmente y en sociedad.

ZUSAMMENFASSUNG

Man hatte die Theoretischen Kenntnisse über die psychiatrischen Aspekte der AIDS-Krankheit studiert. Es wurden die wichtigen psychiatrischen Beschwerden beschrieben. Sehr wichtig ist die Untersuchung von Delirium und Demenz bei AIDS. Der Verfasser behauptet, dass AIDS eine besondere Rolle im Gesundheitswesen, Forschung und Gesundheitsordnung spielt.

BIBLIOGRAFIA

1. ANGRIST, B., D'HOLLOSY, M., SANFELIPO, M. *et al.* (1992): "Central Nervous System Stimulants as Symptomatic Treatments for AIDS-Related Neuropsychiatric Impairment". *J. Clin. Psychopharmacol.* 12: 4.-
2. ARNO, P. S. (1987): "The Economic Impact of AIDS" Editorial, *JAMA*, 258: 10.-
3. ATKINSON, H., PATTERSON, T., SUMMERS, J. *et al.* (1992): "Longer term follow up of psychiatric disorder in HIV", En: *VIII International Conference on AIDS Abstract Book; Vol. 1*, Amsterdam, Pg. B186.-
4. ATKINSON, J. H. JR., GRANT, T., KENNEDY, C. J. *et al.* (1988): "Prevalence of psychiatric disorders among men infected with human immunodeficiency virus. A controlled study", *Arch. Gen. Psychiatry.* 45: 859-864.-
5. BAER, J. W. (1989): "Study of 60 patients with AIDS or ARC Requiring Psychiatric Hospitalization", *Am. J. Psychiatry* 146: 1285-1288.-
6. BAUM, M. K., BEACH, R., MORGAN, R. *et al.* (1990): "Vitamin B12 and cognitive function in HIV infection". En: *Sixth International Conference on AIDS. Abstracts Volume 2*. San Francisco, Pg. 97.-
7. BINDER, R. L. (1987): "AIDS antibody tests on inpatient psychiatric units", *Am. J. Psychiatry.* 144: 176-181.-
8. BOLGERT, F., BRUNET, P., CANCES, A. M. *et al.* (1990): "Early intellectual impairment in HIV patients, a longitudinal study". En: *Sixth International Conference on AIDS. Abstracts Volume 2*. San Francisco, Pg. 173.-
9. BORNSTEIN, R., NASRALLAH, H., PARA, M. *et al.* (1991): "Rate of CD4 decline and neuropsychological performance en HIV

- infection", En: *VII International Conference on AIDS Abstract Book, Vol. 1*, Florence, Pg. 200.-
10. BRIDGE, T. P., MIRSKY, D. F. & GOODWIN (Eds.) (1988): *Psychological, neuropsychiatric, and substance abuse aspects of AIDS*. Raven Press. New York.-
11. BROWN, G. R., RUNDLELL, J. R., SEAL, G. *et al.* (1991): "Psychiatric morbidity in early HIV infection in women: results of a 3.5 year prospective study", En: *VII International Conference on AIDS Abstract Book, Vol. 1*, Florence, Pg. 189.-
12. CATALAN, J. (1988): "Psychosocial and Neuropsychiatric Aspects of HIV Infection: Review of their Extent and Implications for Psychiatry", *J. Psychosom. Res.* 32: 3.-
13. DALAKAS, M., WICHMAN, A. & SEVER, J. (1989): "AIDS and the Nervous System", *JAMA*, 261: 2696-2699.-
14. DEW, M. A., RAGNI, M. V. & NIMORWICZ, P. (1990): "Infection with Human Immunodeficiency Virus and Vulnerability to Psychiatric Distress", *Arch. Gen. Psychiat.* 47: 737-744.-
15. DI GIANNANTONIO, M., PERSICO, A. M., ZEPPELLI, E. *et al.* (1989): "The psychopharmacotherapy of AIDS patients: a retrospective study". En: *Psychiatry Today, accomplishments and promises. VIII World Congress of Psychiatry Abstracts*. Ed. Excerpta Medica. Amsterdam. Pg. 327.-
16. DILLEY, W. J., OCHTILL, H. N., PERL, M. *et al.* (1985): "Findings in Psychiatric Consultations with patients with Acquired Immune Deficiency Syndrome", *Am. J. Psychiatry* 142: 82-86.-
17. EVANS, D. L. & PERKINS, D. O. (1990): "The clinical psychiatry of AIDS", *Curr. Op. Psychiat.* 3: 96-102.-
18. EVANS, D. L., LESERMAN, J., PERKINS, D. O. *et al.* (1991): "Stress related reduction of natural Killer cells in HIV", En: *VII International Conference on AIDS Abstract Book, Vol. 2*, Florence, Pg. 79.-
19. FAUCI, A. S. (1986): "The human immunodeficiency virus: infectivity and mechanisms of pathogenesis". *Science* 239: 617-622.-
20. FAULSTICH, M. E. (1986): "Psychiatric Aspects of AIDS". *Am. J. Psychiatry* 144: 551-556.-
21. FENTON, T. W. (1987): "AIDS-related psychiatric disorder". *Br. J. Psychiatry*. 151: 579-588.-
22. FERNANDEZ, F., ADAMS, F., LEVY, J. K. *et al.* (1988): "Cognitive impairment due to AIDS-related complex and its response to psychostimulants". *Psychosomatics* 29: 38-46.-
23. FERNANDEZ, F., HOLMES, V. F., LEVY, J. K. *et al.* (1989): "Consultation-Liaison Psychiatry and HIV-Related Disorders", *Hosp. Comm. Psychiat.*, 40: 2.-
24. FRANCIS, D. P., ANDERSON, R. E., GORMAN, M. E. *et al.* (1989): "Targeting AIDS Prevention and treatment toward HIV-1-Infected Persons. The Concept of Early intervention". *JAMA*, 262: 2572-2576.-
25. GORMAN, J. M., MAYEUX, R., STERN, Y. *et al.* (1993): "The Effect of Zidovudine on Neuropsychiatric Measures in HIV-Infected Men", *Am. J. Psychiatry*, 150: 505-507.-
26. HERNANDEZ, V., HERNANDEZ-AVILA, M., GROTMAKER, S. *et al.* (1992): "A cuantitative study on depression, seropositivity and sexual behavior, Mexico", En: *VIII International Conference on AIDS Abstract Book, Vol. 1*, Amsterdam, Pg. 213.-
27. HOLMES, V. F., FERNANDEZ, F. & LEVY, J. K. (1989): "Psychostimulant response in AIDS-related complex patients", *J. Clin. Psychiatry*. 50: 5-8.-
28. JOHANNESSEN, D. J. & WILSON, L. G. (1988): "Mania with cryptococcal meningitis in two AIDS patients", *J. Clin. Psychiatry*. 49: 200-201.-
29. KAPLAN, H. I. & SADOCK, B. J. (1989): *Comprehensive Textbook of Psychiatry/V*, Fifth Edition, Williams & Wilkins, Baltimore. Pg. 1297.-
30. LAWLOR, B. A. & STEWART, J. T. (1987): "AIDS delusions: a symptom of our times, letter", *Am. J. Psychiatry* 144: 1244.-
31. LUCIO, O., ROSSI, L., LUCIO, M. *et al.* (1991): "Prevalence of depression among patients who goes to AIDS information center (south) CONASIDA, Mexico", En: *VII International Conference on AIDS Abstract Book, Vol. 1*, Florence, Pg. 279.-
32. LYKETOS, C. G., HANSON, A. L., FISMAN, M. *et al.* (1993): "Manic Syndrome early and late in the course of HIV", *Am. J. Psychiat.* 150: 326-327.-
33. MAJ, M. (1990): "Psychiatric aspects of HIV-1 infection and AIDS", *Psychol. Medicine*, 20: 547-563.-
34. MANNING, D., JACOBSBERG, L., ERHART, S. *et al.* (1990): "The efficacy of imipramine in the treatment of HIV-related depression". En: *Sixth International Conference on AIDS. Abstracts Volume 1*, San Francisco, Pg. 141.-
35. MAROTTA, R., BREITBART, W., PLATT, M. *et al.* (1990): "Pharmacologic management of delirium in medically hospitalized AIDS patients". En: *Sixth International Conference on AIDS. Abstracts Volume 1*, San Francisco, Pg. 141.-
36. MAZZOTTI, G. (1993): *Diagnóstico psiquiátrico actual en una población VIH-seropositiva de Lima*, Tesis para optar el Grado de Especialista en Psiquiatría, Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.-
37. MCARTHUR, J. C., MILLER, E. N., SELNES, O. A. *et al.* (1990): "Effects of long-term zidovudine use on neuropsychological performance in the multicenter AIDS cohort study". En: *Sixth International Conference on AIDS. Abstracts Volume 2*, San Francisco, Pg. 97.-
38. NAVIA, B. A., JORDAN, B. D. & PRICE, R. W. (1986): "The AIDS Dementia Complex: I. Clinical Features", *Ann. Neurol.* 19: 517-524.-
39. NAVIA, B. A. & PRICE, R. W. (1987): "The Acquired Immunodeficiency Syndrome Dementia Complex

- as the Presenting or Sole Manifestation of HIV Infection", *Arch. Neurol.* 44: 65-69.- 40.
- NURNBERG, H. G., PRUDIC, J., FIORI, M. & FREEDMAN, E. (1983): "Psychopathology complicating Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)", *Am. J. Psychiatry.* 141: 95-96.- 41.
- NCDC, DIVISION OF HIV/AIDS (1993): "1993 Revised Classification System for HIV Infection and Expanded Surveillance Case Definition for AIDS Among Adolescents and Adults", *MMWR.* 41: RR-47.- 42.
- OCHTILL, H., DILLEY, J. & KOHLWES, J. (1991): "Psychotropic drug prescribing for hospitalized patients with Acquired Immunodeficiency Syndrome", *Am. J. Med.* 90: 601-605.- 43.
- OCHTILL, H. & DILLEY, J. (1991): "Neuropsychiatric aspects of Acquired Immunodeficiency Syndrome", En: *AIDS and the Nervous System*, M. L. Rosenblum et al. (Eds.), Raven Press, New York, Pg. 315.- 44.
- ODOW, M. A., FREEDMAN, J., KAPLAN, I. et al. (1992): "Characteristics of HIV+ patients attempting suicide while attending a psychiatric clinic", En: *VIII International Conference on AIDS Abstract Book, Vol. 1*, Amsterdam, Pg. B186.- 45.
- OECHSNER, M., MÖLLER, A. A. & ZAUDIG, M. (1993): "Cognitive impairment, dementia and psychological functioning in human immunodeficiency virus infection. A prospective study based on DSM-III-R and ICD-10", *Acta Psych. Scand.* 87: 13-17.- 46.
- ORR, D., O'DOWD, M. A., MCKEGNEY, F. P. et al. (1990): "A comparison of self reported suicidal behaviors in different stages of HIV infection", En: *Sixth International Conference on AIDS. Abstracts Volume 1*, San Francisco, Pg. 141.- 47.
- ORTH, J. P., OLLIVIER, B., VINTI, H. et al. (1991): "Occurrence of acute mania in two AIDS patients during dideoxyinosine treatment at a dose of 750 mg/24h.", En: *VII International Conference on AIDS Abstract Book, Vol. 1*, Florence, Pg. 189.- 48.
- OSTROW, D. G., GRANT, I. & ATKINSON, H. (1988): "Assessment and management of the AIDS patient with neuropsychiatric disturbances", *J. Clin. Psychiatry.* 49 Suppl; Pg. 14-22.- 49.
- PERKINS, D. O., DAVIDSON, E. J., LESERMAN, J. et al. (1993): "Personality Disorder in Patients Infected with HIV: a controlled study with implications for clinical care", *Am. J. Psychiat.* 150: 309-315.- 50.
- PERRETA, P., NISITA, C., GALLI, L. et al. (1991): "Psychiatric diagnoses in HIV seropositive and AIDS patients", En: *VII International Conference on AIDS Abstract Book, Vol. 1*, Florence, Pg. 206.- 51.
- PERRY, S. & JACOBSEN, P. (1986): "Neuropsychiatric Manifestations of AIDS-Spectrum Disorders", *Hosp. Comm. Psychiat.* 37: 2.- 52.
- PERRY, S., JACOBSBERG, L. & FISHMAN, B. (1990): "Relationships between CD4 lymphocytes and psychosocial variables among HIV seropositive adults", En: *Sixth International Conference on AIDS. Abstracts Volume 1*, San Francisco, Pg. 140.- 53.
- PERRY, S., JACOBSBERG, L. B., FISHMAN, B. et al. (1989): "Psychiatric Diagnosis before serological testing for the human immunodeficiency virus", *Am. J. Psychiatry* 147: 89-93.- 54.
- PERRY, S. W. (1990): "Organic Mental Disorders Caused by HIV: Update on Early Diagnosis and Treatment", *Am. J. Psychiatry.* 147: 6.- 55.
- REED, G. M., KEMENY, M. E. & TAYLOR, S. E. (1990): "Copying responses and psychological adjustment in gay men with AIDS: a longitudinal analysis", En: *Sixth International Conference on AIDS. Abstracts Volume 1*, San Francisco, Pg. 140.- 56.
- SEINES, O. A., MCARTHUR, J. C., MILLER, E. N. et al. (1990): "Recent and remote syphilis and its relationship to neuropsychological test performance during asymptomatic HIV-1 infection", En: *Sixth International Conference on AIDS. Abstracts Volume 2*, San Francisco, Pg. 169.- 57.
- SNO, H. N., STOROSUM, J. G. & SWINKELS, J. A. (1989): "HIV Infection: Psychiatric Findings in The Netherlands", *Brit. J. Psychiat.* 155: 814-817.- 58.
- SUSSER, E. (1992): "HIV seroprevalence among homeless mentally ill men in a N. Y. shelter", En: *VIII International Conference on AIDS Abstract Book, Vol. 1*, Amsterdam, Pg. 190.- 59.
- TOSTES, M. (1992): "Psychiatric emergencies in HIV infection", En: *VIII International Conference on AIDS Abstract Book, Vol. 1*, Amsterdam, Pg. B222.- 60.
- TOZZI, V., GALGANI, S., GERACE, C. et al. (1990): "Zidovudine therapy for HIV encephalopathy", En: *Sixth International Conference on AIDS. Abstracts Volume 2*, San Francisco, Pg. 97.- 61.
- VIANA-CAPUTI, CARMEN (1991): "Prevalence and risk factors for psychiatric morbidity in HIV infection in Sao Paulo, Brazil", En: *VIII International Conference on AIDS Abstract Book, Vol. 1*, Amsterdam, Pg. B217.- 62.
- VOMVOURAS, S. (1989): "Psychiatric Manifestations of AIDS Spectrum Disorders", *South. Med. J.* 82: 3.- 63.
- WASSERHEIT, J. N., ARAL, S. O. & HOLMES, K. K. (Eds.) (1991): *Research Issues in Human Behavior and Sexually Transmitted Diseases in the AIDS Era*, American Society for Microbiology, Washington, D. C.- 64.
- WHO, GPA. (1990): *Report of the Second Consultation on the Neuropsychiatric Aspects of HIV-1 Infection*, Geneva.- 65.
- WHO (1992): *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: clinical description and diagnostic guidelines*, WHO, Geneva.