

## VIH/SIDA

Dra. María Alejandra Contreras del Valle-Psiquiatra de Enlace  
Revisora: Dra. Judith González Sánchez-Psiquiatra de Enlace

### **Introducción**

La epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) inició en la década de los ochentas; la infección por VIH fue definida desde entonces como un síndrome complejo que involucra diferentes sistemas, con manifestaciones clínicas variables que implican un estado de inmunosupresión constante, y como consecuencia la persona infectada puede adquirir distintos patógenos oportunistas.

Es esencial para el médico conocer los aspectos psicosomáticos de este padecimiento, ya que el paciente con dicho diagnóstico sufre una serie de cambios en los ámbitos interno y externo, lo cual puede llevarlo a presentar síntomas psiquiátricos de diferente índole.

Desde que fue identificado el virus, su comportamiento y manifestaciones, los psiquiatras han definido distintos síndromes neuropsiquiátricos asociados, que son Trastorno depresivo mayor, Trastornos de ansiedad, deterioro cognoscitivo temprano asociado a VIH, demencia asociada a SIDA, manía asociada a VIH/SIDA, psicosis secundaria a VIH/SIDA y Trastornos por Uso de Sustancias asociados a VIH/SIDA (1). Debemos de considerar que estos trastornos pueden ser consecuencia de distintas causas, a considerar:

- la neurobiología del VIH,
- el estrés asociado al diagnóstico, factores psicológicos y sociales del paciente,
- los medicamentos antirretrovirales,
- las comorbilidades e infecciones oportunistas presentes en estos pacientes,
- trastornos psiquiátricos comórbidos.

En este capítulo se revisarán los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que se deben conocer para manejar de manera integral al paciente.

### **Aspectos Biológicos.**

*-Fisiopatología y Neurobiología.* El VIH es un retrovirus RNA, perteneciente al género Lentivirus de la familia Retroviridae (para replicarse emplea la transcriptasa inversa). Cuenta con varias proteínas de superficie (las más importantes y neurotóxicas son la gp160, gp120 y gp41) y se rodea de una cápsula que permite al virus entrar a las células uniéndose a un receptor específico de la superficie de las células linfocíticas T CD4+. Se han descrito 2 tipos del virus, VIH1 y VIH2, que difieren en cuanto al contenido genómico; una vez en el huésped, se presentará una enfermedad aguda (*síndrome de seroconversión*), y después el virus infectará células específicas del sistema inmune durante un periodo asintomático que puede durar años. Dichas células consisten en los linfocitos T CD4+, monocitos, macrófagos y algunas células dendríticas, a través de los co-receptores de quimiosinas CCR5 y CXCR4. En estado de inmunosupresión severa se

pueden presentar variedad de infecciones oportunistas que incluyen citomegalovirus, virus Epstein Barr, virus Herpes simple, criptococcosis, Pneumocystis jirovecii, toxoplasmosis y tuberculosis, entre otros. Además, los pacientes pueden desarrollar algunos tumores, de los cuales los más comunes son los linfomas no Hodgkin y Sarcoma de Kaposi (2,3).

La infección diseminada a Sistema Nervioso Central (SNC), que inicia aparentemente más tarde y se confirma por detección de virus en tejido nervioso o por la presencia de células gigantes multinucleadas, que son un resultado de la fusión del virus con macrófagos. Las características neuropatológicas en autopsias son la encefalitis con astrocitosis, células gigantes multinucleadas, microglía activada, infiltración de células monocíticas y mielopatía vacuolar. Estas anomalías son observadas frecuentemente en materia blanca, córtex frontal, ganglios basales, tálamo y tallo cerebral (2,3).

De acuerdo al modelo de la hipótesis “Caballo de Troya” se describe la entrada del VIH al SNC. Esto se lograría si el VIH entra por migración al SNC de células mononucleares de sangre periférica infectadas con el virus a través de la barrera hematocefálica, infectando posteriormente a macrófagos perivasculares y microglía, en algunos casos astrocitos y oligodendrocitos, pero sin infectar a las neuronas, aunque en algunos reportes se sugiere que estas células si pueden ser infectadas. Lo anterior resulta en neurodegeneración y muerte neuronal, por lo tanto se verán afectados grupos neuronales responsables de neurotransmisores implicados en conducta, estado del ánimo, ansiedad, sueño, apetito, sensopercepción, funciones mentales superiores y todos los aspectos psiquiátricos del individuo, lo cual explica los trastornos psiquiátricos secundarios a VIH/SIDA (2).

Se ha mencionado que el virus puede estar presente en las células de la microglía y macrófagos perivasculares, afectando de esta manera la producción de neurotransmisores responsables de vías de señalización que se requieren para el buen funcionamiento afectivo, cognitivo y sensoperceptual del individuo. Este concepto es un abordaje general para comprender el origen neurobiológico de los trastornos psiquiátricos; sin embargo en cada trastorno se observan distintas estructuras implicadas y por lo tanto también diferentes síntomas.

Cada organismo tiene mecanismos inmunes que actúan en respuesta al virus, sin embargo se debe tomar en cuenta la toxicidad del mismo y la falla de la respuesta inmune. Dicha respuesta da lugar a citocinas proinflamatorias, estrés oxidativo, interleucinas y proteasas que ocasionan por sí mismas daño neuronal. Las metaloproteinasas, incrementadas en estos pacientes en respuesta a la presencia del virus, pueden dar lugar a degradación de las proteínas de matriz extracelular y así dañar la barrera hematoencefálica y las sinapsis neuronales. De esta manera, se originan otros productos neurotóxicos que conllevan a la muerte neuronal, como el óxido nítrico, compuestos que éste forma con hierro, oxidación de grupos sulfhidrilos de proteínas, y nitrosilación de proteínas y ácidos nucleicos.(4). Por lo tanto, al dañar las neuronas, podemos inferir que se afecta la síntesis de neurotransmisores (entre ellos serotonina, dopamina, adrenalina y noradrenalina,

implicados en la neurobiología de los trastornos psiquiátricos) a nivel de diferentes estructuras cerebrales.

*-Fármacos antirretrovirales.* Es importante mencionar dentro de los aspectos biológicos la presencia de tratamiento antirretroviral, ya que de acuerdo al esquema el paciente puede presentar una serie de síntomas adversos psiquiátricos (por ejemplo, con efavirenz) o interacciones medicamentosas que den lugar a estos síntomas.

Se clasifican en 5 grupos principales:

-Inhibidores de proteasa (saquinavir, ritonavir, indinavir, lopinavir, atazanavir, darunavir).

-Análogos de nucleósidos (didanosina, zidovudina, estavudina, entricitabina, lamivudina, abacavir, tenofovir).

-No nucleósidos (efavirenz, nevirapina, etravirina).

-Inhibidores de integrasa (raltegravir).

-Antagonistas del receptor CCR5 ó inhibidor de entrada (maraviroc).

Los trastornos psiquiátricos secundarios al tratamiento antirretroviral tienen mecanismos complejos que es importante tomar en consideración, ya que estas complicaciones pueden llevar al paciente al pobre apego al tratamiento (5). Los síntomas psiquiátricos han sido descritos como efectos secundarios de los fármacos antirretrovirales, principalmente con efavirenz, con el cual también pueden encontrarse trastornos del sueño (insomnio), pesadillas, dificultad en la concentración, alucinaciones y trastornos del comportamiento hasta en el 50% de los pacientes (5). Estos síntomas generalmente son leves y autolimitados, aunque pueden obligar al paciente a suspender el tratamiento (3% al 5% de los pacientes aproximadamente). Los efectos secundarios adversos psiquiátricos son dosis dependientes y en la mayoría de los pacientes dichos efectos disminuyen en severidad después de 4 semanas de haber iniciado el fármaco.

### ***Aspectos Psicosociales.***

El paciente con diagnóstico reciente de VIH presenta al recibir la noticia cierta respuesta ante la enfermedad, que podemos considerar desde dos puntos de vista diferentes: como un proceso de duelo o como un trastorno adaptativo.

-Proceso de duelo. En este primer escenario, el paciente pasa por las siguientes etapas de duelo (Kubler-Ross):

- Negación.
- Enojo/Ira.
- Negociación/Pacto.
- Depresión.
- Aceptación.

-Trastorno adaptativo. Desde este segundo escenario los psiquiatras pueden considerarlo con síntomas depresivos, con síntomas ansiosos ó mixto (síntomas de ambos tipos). En todo caso es necesario la vigilancia de los

síntomas que presente el paciente, para prevenir la complicación hacia un Trastorno formal en eje I (en el cual la persona a causa de los síntomas ya es disfuncional en ambiente laboral, académico, familiar ó social)

En cualquiera de los dos puntos de vista anteriores se debe tomar en cuenta el concepto que tiene el paciente de esta enfermedad, ya que hasta la fecha se considera como un estigma (principalmente respecto a la vida sexual de la persona). El paciente cuando acude a la consulta ya lleva un tiempo de evolución de la enfermedad, puede no saber cómo es que la adquirió y por lo mismo esconder su diagnóstico, por lo cual se genera el estrés asociado a la enfermedad.

El médico tendrá que explorar entonces cómo ve el paciente su diagnóstico, cómo piensa que es el tratamiento, el pronóstico y su red de apoyo. Es indispensable en todos los casos considerar los siguientes puntos:

- Sensación de pérdida de la salud.
- Uso de servicios de salud frecuentes.
- Costo elevado de los servicios de salud y medicamentos.
- Incapacidad académica o laboral por síntomas físicos o psicológicos.
- Cambios en el estilo de vida.
- Cambios en relaciones interpersonales.
- Estigma y discriminación familiar y social.
- Pobre red de apoyo.
- Pobre calidad de vida.

La importancia de revisar estos aspectos (6) radica en que si existe un concepto erróneo la probabilidad de que el paciente abandone el tratamiento es mayor y como consecuencia tendrá poco éxito y peor pronóstico. Es por ello que el médico de primer contacto debe tener la sensibilidad de detectar estas cuestiones y referir la interconsulta en caso necesario al psiquiatra de enlace correspondiente.

Se debe mencionar que como consecuencia de una pobre exploración de los aspectos anteriores el paciente puede llegar a desarrollar trastornos psiquiátricos (aunado a la neurobiología del virus), que por sí mismos afectan a los grupos celulares encargados de la inmunidad, comprometiendo de esta manera al individuo y poniéndolo en riesgo de adquirir oportunistas.

### **Referencias**

1. Levenson, J. Psychosomatic Medicine. The American Psychiatric Publishing, 2005, pp 622-651.
2. Larsson, Owe, et al. African Journal Psychiatry, 2009; 12:115-128.
3. Fauci, A. et al. Harrison, Principios de Medicina Interna 17<sup>a</sup>. ed, Mc Graw Hill, P7, S14, Cap 182.
4. Tarsy, D. et al. Current Clinical Neurology, *HIV and the Brain*, 2009, pp 17-28.
5. Raines, Ch. Et al. Journal of The Association AIDS Care 2005; 5 (16), pp 35-48.
6. Citron, K. et al. HIV and Psychiatry, Anxiety disorders and HIV disease, 2005, 2a. ed, pp 120-126.