

Manifestaciones Psiquiátricas Del VIH/SIDA

Psychiatric Manifestations of HIV/AIDS

Walter Cárdenas*, Xarah Meza**

*Residente de Primer Año del Postgrado de Psiquiatría de Honduras

** Médico Psiquiatra

Resumen

Se realizó una revisión bibliográfica de las alteraciones del sistema nervioso durante la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). La importancia de la afectación nerviosa está dada por su gran variedad causal, así como por su extraordinaria frecuencia.

Se ha señalado que las lesiones neuropsiquiátricas se producen por la acción directa del propio virus o bien por las infecciones oportunistas o las neoplasias acompañantes. El mecanismo de producción de estos trastornos es el deterioro que produce el VIH de forma grave, progresivo e irreversible del sistema inmunológico que parece tener un paralelismo con la participación nerviosa y en que actúan como células diana los linfocitos T facilitadores y el monocito-macrófago. Los trastornos psiquiátricos y psicológicos pueden depender de la demencia o ser aislados, incluso en individuos sin otros síntomas de SIDA. Los logros obtenidos con la terapia antirretroviral en la prolongación de la vida plantean nuevos retos con la transformación del proceso hacia una enfermedad más crónica.

Palabras clave: Psiquiatría, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, VIH.

Summary

A literature review of the nervous system disorders in human immunodeficiency virus infection (HIV) is made.

The importance of nervous disease lies in the wide variety of causes and frequency. It has been pointed out that neuropsychiatric lesions occur due to the direct action of the virus itself or the opportunistic infections or accompanying neoplasias. The mechanism of these disorders is the serious, progressive and irreversible deterioration of the immune system by HIV, which seems to be parallel to nerve involvement, in which T-lymphocyte and monocyte-macrophage act as target cells. Psychiatric and psychological disorders may be dementiaindependent or isolated even in subjects without other AIDS-related symptoms. The successful use of antiretroviral therapy in life extension poses new challenges derived from the transforming process into a more chronic disease.

Keywords: Psychiatry, Acquired Immunodeficiency Syndrome, HIV.

Introducción:

Con la aparición del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en la

década de los 80 se ha producido una significativa elevación de manifestaciones, psiquiátricas y psicológicas provocadas por el

neotropismo del propio virus o por las infecciones oportunistas o neoplasias que acompañan al síndrome.¹ Ningún país está libre del SIDA.²

Son pocos los estudios que describen los aspectos clínicos del SIDA en Honduras. Entre los casos de SIDA registrados, los síntomas y manifestaciones más frecuentes observados son: pérdida de peso (90%), fiebre crónica (75%), manchas blancas (38%), adenopatías (2%), trastornos neuropsiquiátricos (8.7%) y anormalidades hematológicas (20%).

En estudios realizados por la Secretaria de Salud de Honduras en 1196 se encontró un 3.6% de positividad para VIH en mujeres embarazadas que acuden a control. Durante 1995, la tercera causa de muerte en personas jóvenes en los hospitales públicos del país fue el SIDA. El 94% de los afectados con el VIH a nivel mundial proceden de países en vías de desarrollo.³

La alta morbilidad de perturbaciones mentales y del comportamiento, desencadenada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), asombra a colaboradores de diversos países. Solo apelando a los conocimientos actuales de la Psicoendocrinoneuroinmunología, que describe la vinculación basada en la teoría de la complejidad de este suprasistema, que comparte receptores y mediadores químicos, se puede disipar el asombro y llegar a comprender la esencia científica de este problema de salud.¹

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 sistema nervioso central (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.

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; 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.

Prevención

A través del conocimiento 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.⁴

FISIOPATOGENIA DE LA INFECCIÓN EN EL SISTEMA NERVIOSO

Es probable que en la mayoría de los pacientes exista infección temprana del cerebro y las meninges durante la primoinfección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la cual puede evolucionar en forma asintomática.

El VIH invade rápidamente el sistema nervioso central (SNC) después de su penetración en el organismo y posteriormente origina alteraciones cognitivas, motoras y conductuales, en un rango que abarca desde la ausencia de síntomas hasta la franca demencia demostrable por el examen clínico y batería de pruebas neuropsicológicas estandarizadas. El mecanismo de producción de la afectación del sistema nervioso es el deterioro que produce el VIH de forma grave, progresivo e irreversible del sistema inmunológico que parece tener un paralelismo con la participación nerviosa y en que actúan como células diana los linfocitos T.

facilitadores y el monocito-macrófago. Se ha señalado que la entrada del VIH al sistema nervioso es dentro de los macrófagos, resistente al efecto citopático del VIH y que actúa como su célula reservorio y permite su constante replicación y diseminación a los tejidos. No se tiene claro si invade las neuronas, pero los productos tóxicos, derivados de su penetración al SNC y los mecanismos inflamatorios desencadenados, provocan la muerte de las mismas. Posteriormente infecta a la microglía y a las células del endotelio capilar con lesión directa de la neurona por el propio virus o por la producción de radicales oxidantes debido a los efectos tóxicos emanados de los astrocitos, oligodendroglías y microglías infectados.²

La glicoproteína GP120, encontrada en la envoltura viral, ha sido la principal responsable de la activación de las citoquinas, sustancias encargadas de desencadenar las cascadas inflamatorias que destruyen la mielina, generando el complejo demencial asociado al VIH-SIDA. La deficiencia en la neurotransmisión serotoninérgica y el aumento de la activación del receptor de glutamato N-metil-D-aspartato (NMDA), propician la depresión y su mantención en el tiempo, posee efectos neurotóxicos y neurodegenerativos demenciantes.¹

VIH como problema biopsicosocial

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, 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 .

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. 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. 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.⁴

Tratamiento

Desde 1995 hasta la actualidad la morbimortalidad del VIH ha disminuido gracias al uso de diferentes fármacos como terapia, 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. 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. 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.

MANIFESTACIONES NEUROPSIQUIATRICAS

Desde hace muchos años se conocen los trastornos psiquiátricos en la evolución de enfermedades infecciosas. Mucho de los pacientes con SIDA en período terminal presentan grave deterioro mental. En trabajos recientes se ha señalado la aparición de alteraciones psiquiátricas y psicológicas - cognitivas o del comportamiento en un período más temprano de la enfermedad, incluso como su única expresión.

Se han reconocido 2 tipos de síndrome neurológico bien establecido: uno de naturaleza moderada en su comienzo (desorden cognitivo-motor menor asociado

con el VIH-1) y el otro de inicio severo (complejo demencia asociado con el VIH-1). Estos síndromes causan trastornos en diferentes esferas cognitivas, así como psiquiátricas y motores y son, por supuesto, más frecuentes en la forma severa. La severidad de las alteraciones cognitivas se correlaciona bien con las etapas de la enfermedad definidas por el Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos. Sin embargo, es muy discutido si la ocurrencia de los trastornos cognitivos en las etapas más tempranas de la infección por VIH-1 (asintomáticos con medicación) se deba a la pérdida de la sensibilidad o de la especificidad de las pruebas neuropsicológicas y de los otros procedimientos para su detección.

Los pacientes con demencia por VIH presentan trastornos de la memoria, apatía, enlentecimiento motor, curso lento del pensamiento, escasa capacidad de concentración y dificultades para resolver problemas y para leer, bradiquinesia y alteraciones de la marcha y de la postura similares a las observadas en la enfermedad de Parkinson y que son manifestaciones todas de una demencia subcortical. La exquisita sensibilidad de gran cantidad de estos pacientes a los bloqueadores de receptores de dopamina, sugiere una profunda y quizás selectiva anomalía en los sistemas estriatal dopaminérgicos 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 neurolepticos como los psicoestimulantes pueden exacerbar estos síntomas.

Hay evidencias experimentales que las proteínas virales como gp120 y Tat pueden causar efectos tóxicos sobre las neuronas dopaminérgicas.²

Otros síndromes psiquiátricos pueden aparecer y se desconoce su mecanismo de producción, sin embargo, el denominador común de todos es la inmunosupresión y su compleja interacción con factores constitucionales, genéticos, psicológicos y sociales. De esta manera la acción viral directa, las enfermedades asociadas infecciosas y de otra naturaleza, la repercusión psicológica y la estigmatización social, pueden generar la aparición de trastornos psiquiátricos en individuos previamente sanos o precipitar los existentes con modificaciones en su sintomatología, curso y pronóstico, cristalizando así la patología dual. En la amplia nosografía psiquiátrica, asociada al VIH-SIDA, se encuentran los siguientes trastornos:

Demencia: se encontró que el VIH por sí mismo podría ocasionar esta enfermedad, 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. Hay una destrucción multifocal de la materia blanca y de las estructuras subcorticales, que explica las manifestaciones clínicas, aparecen síntomas motores por destrucción de los núcleos grises de la base y apatía. La depresión refractaria al tratamiento es frecuentemente su síntoma inicial. Generalmente la demencia por VIH se produce en aquellos pacientes con un conteo de linfocitos CD4 menor a 200/ul. 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. 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. 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.^{4,6}

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.^{4,5}

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.⁴

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 (modafinilo) 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.⁵

En Honduras, los síntomas de demencia más frecuentemente encontrados fueron la dificultad para resolver los problemas cotidianos, apatía, desinterés generalizado, dificultades en la marcha, trastornos del lenguaje, pérdida de la memoria, dificultad en la comprensión, retardo psicomotor, humor depresivo, alteración en la coordinación, disgrafía y disartria.³

Delirium: es una alteración de la conciencia, con disminución de la capacidad de vigilia e hipervigilancia, hay un cambio en las funciones cognoscitivas (hipomnesia de fijación y evocación, desorientación fluctuante y comprensión disminuida). Sobresalen las manifestaciones sensorio-perceptivas (como ilusiones, alucinaciones) e ideas delirantes que generan cambios en la afectividad y orientan conductas agresivas, agitadas o de pánico. 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, alucinaciones e ideas delirantes.²

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.^{2,6}

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 benzodiacepinas. 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.^{4,7}

Trastorno de ansiedad: posee la misma presentación clínica del trastorno de ansiedad generalizada, con las manifestaciones subjetivas y objetivas de la ansiedad, muchas veces de evolución crónica. 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 disminuye, 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. 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. Tanto antidepressivos 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.^{4,8}

Trastorno de Adaptación: se comporta como un cuadro reactivo depresivo o mixto luego de conocerse el diagnóstico, el impacto psicológico de la enfermedad quiebra los mecanismos adaptativos biopsicosociales del sujeto, apareciendo la vivencia de duelo anticipada y la sobrevaloración de la segregación social, sin menospreciar en su patogénesis la participación viral en el orden biológico.² 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.^{6,9} El abordaje y evaluación integral con el debido respaldo psicoterapéutico son imprescindibles.³

Trastornos depresivos: son de intensidad moderada o grave, toman el curso de episodios recurrentes o distímicos, pudiendo evolucionar estos últimos a la cronicidad. La profundidad de la depresión y el grado de

desesperanza contribuyen a gestar el riesgo de suicidio presente en estos pacientes.^{1,4}

En un estudio realizado en Honduras, la depresión, que se encontró en el 47% de los casos, vario de moderada a grave en el 92% de las personas afectadas (con depresión), y un 8% tenía depresión grave con síntomas psicóticos.³

Episodios maníacos: se manifiestan con hipertimia, aceleración del curso del pensamiento e hiperactividad, comprometiendo los mecanismos reguladores de la personalidad, al propiciar un comportamiento irresponsable y desinhibido propio del nivel de funcionamiento psicótico.¹

Es frecuente cuadros maníacos depresivos de aparición secundaria al daño en el SNC. La infección del VIH en las zonas subcorticales del cerebro tiene influencia en la regulación de los estados afectivos, modificándose la función cognoscitiva, de acuerdo a las oscilaciones del estado de ánimo entre el polo depresivo y el maníaco, resultando difícil lograr la eutimia en muchos pacientes.^{1,4}

Toxicomanías: el abuso de drogas intravenosas, es el factor de mayor riesgo para llegar a tener un VIH positivo; así mismo, el alcohol y el abuso de sustancias pueden conducir a efectos desinhibitorios para los comportamientos sexuales indiscriminados y promiscuos. Muchos pacientes con VIH se pueden convertir en adictos de sustancias psicoactivas por el solo hecho de compensar o aliviar su depresión o ansiedad por mecanismos evasivos.¹

Trastornos psicóticos: se caracterizan por alteraciones en la sensopercepción (ilusiones, alucinaciones visuales y/o auditivas), que

generan ideas delirantes de daño, persecución, referencia, grandeza y de otras temáticas que desencadenan conductas desorganizadas, agitadas, agresivas y de implicación médico legal, cuando se cometen delitos.¹

Trastorno obsesivo compulsivo: acontece generalmente por daño en el circuito cortico-estriado-tálamo-cortical. Lo caracterizan ideas obsesivas que involucran a la enfermedad vinculada con el contagio, la escrupulosidad o la curación. Los actos compulsivos siguen o se contraponen a las ideas en rituales de diferentes grados de elaboración.¹

Afectación de la personalidad: la perturbación puede verse de dos maneras: empeoramiento de los patrones de personalidad desadaptados, preexistentes a la enfermedad (trastornos de la personalidad) o la aparición de patrones desajustados en individuos con armonía en su historia de vida (transformación de la personalidad debido a enfermedad médica).^{1,2}

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.^{1,6,10}

Terapéutica:

La terapéutica incluye todo el arsenal de recursos disponibles en la psiquiatría contemporánea. En el orden biológico resulta elemental y primario estabilizar el sistema inmunológico para lograr mejorar las manifestaciones psiquiátricas secundarias en pacientes con o sin patología dual, los medicamentos retrovirales han mejorado el pronóstico de estos trastornos en los últimos años. De acuerdo a los síndromes existentes, se emplean fármacos antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del humor, ansiolíticos e hipnóticos. La psicoterapia tiene la función de restituir el funcionamiento psíquico, eliminar síntomas y modificar comportamientos desencadenantes o perpetuantes de malestar psicológico y la gestión social tiene la misión de movilizar la red de apoyo social y combatir el rechazo que aún persiste en todas las sociedades hacia estos pacientes.^{1,2}

CONCLUSION:

Es necesario una correcta evaluación médica en pacientes en quienes se sospecha o se ha confirmado el diagnóstico de VIH/SIDA, así como mejorar la atención psiquiátrica de dichos pacientes. Todo paciente joven, con síntomas depresivos o de demencia deberla ser evaluado por un posible VIH/SIDA. No debe olvidarse que una de las primeras manifestaciones de demencia en muchos casos es la depresión.

Bibliografía:

1. Valverde RA. Manifestaciones psiquiátricas desencadenadas por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*. 2014 Nov 1;39(10).
2. Casanova Sotolongo P, Casanova Carrillo P, Casanova Carrillo C, Lima Mompó G, Aldana Vilas L, Acosta Batista M. Manifestaciones neuropsiquiátricas de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 2013Sep;31(3):194-200.
3. Barahona Mejía A, Reyes Ticas A. Trastornos neurológicos y psiquiátricos asociados al síndrome de inmunodeficiencia adquirida en pacientes hospitalizados en el Hospital Escuela de Tegucigalpa, Honduras. *Rev. méd. hondur.* 1999 Dec;67(4):243-6.
4. Sánchez-Fernández MD, Tomateo-Torvisco D. Síndromes psiquiátricos en personas infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana: una revisión breve. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 2014 Apr;77(2):70-7.
5. Watkins CC, Treisman GJ. Neuropsychiatric complications of aging with HIV. *J Neurovirol*. 2012; 18: 277-290.
6. Gallego L, Barreiro P, López-Ibor J. Psychopharmacological treatments in HIV Patients under Antiretroviral Therapy. *AIDS Rev*. 2012; 14: 101-111.

7. Arciniegas Ramirez AP, Malagón León KT. Funciones cognitivas de individuos positivos para VIH/SIDA asistentes a un programa de atención integral.
8. Manzanera AJ. Trastornos neurocognitivos en personas con VIH. Revista Multidisciplinar del Sida. 2014;1(3):33-42.
9. Rodríguez-Macías JA. Desorden neurocognitivo asociado al virus de inmunodeficiencia humana. Ciencia & Futuro. 2015 Sep 19;5(3):120-37.
10. Pino-Melgarejo PM. Cognición y VIH. Algunas consideraciones. Santiago. 2015 Oct 28(135):664-74.