

Fecha de elaboración de la propuesta

13 de enero 2014

Título del protocolo de investigación

Prevalencia de trastornos afectivos en pacientes con diagnóstico de Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana atendidos en el CAPASITS del Hospital Regional Dr. Luis F. Nachón

Investigador responsable y adscripción institucional

Elí García Sánchez

Médico Residente de primer año en la especialidad de Medicina Integrada

Hospital Regional “Dr. Luis F. Nachón”

Palabras claves

Infección por VIH, CAPASITS, Trastornos mentales en infección por VIH, Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

Fecha de Inicio

01 marzo 2014

Fecha de conclusión

31 octubre 2014

Investigadores responsables colaboradores

Dr. German Ubaldo Prado Jiménez Especialista en Psiquiatría. Hospital de Salud Mental Xalapa

Dr. Iván Vargas Cardoso. Hospital de Salud Mental Xalapa

Dr. Jorge Alfredo Cruz García Especialista en Medicina Integrada. CAPASITS HRDLFN

Instituciones colaboradoras

Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS)

Hospital Regional Dr. Luis F. Nachón, Xalapa Veracruz

Hospital Psiquiátrico Xalapa

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las personas infectadas por el VIH están expuestas a múltiples factores biopsicosociales durante todos los estadios de la enfermedad; son comunes los problemas relacionados con la salud física, la imagen corporal, la sexualidad, la identidad sexual, la intimidad, el afecto, la pareja, la familia, las relaciones interpersonales, la autonomía, la muerte, los conceptos éticos, morales y religiosos, el trabajo, el desarrollo intelectual, la economía y la recreación. Muchas veces estos factores pueden llegar a tornarse en complicaciones psiquiátricas, dependiendo en gran parte de la estructura de personalidad previa a la infección, de la red de apoyo psicosocial y del estadio de la enfermedad. Las complicaciones psiquiátricas pueden no ser fáciles de diagnosticar debido a la superposición de los síntomas causados directamente por el VIH (alteraciones cognitivas, trastornos en la memoria y la concentración, fatiga, pérdida de peso, disminución de la libido, trastornos del sueño), y los ocasionados por la depresión. De igual modo las alteraciones orgánicas causadas por el VIH en el cerebro pueden ocasionar síntomas indistinguibles de una psicosis funcional.

Los cuadros sintomáticos neuropsiquiátricos más frecuentes en los individuos infectados por el VIH/Sida son la depresión, la ansiedad, la demencia y el delirium. Los trastornos específicos forman un grupo amplio: algunos son más frecuentes y se pueden presentar varios en un mismo paciente. Estudios evidencian que el trastorno más frecuente, tanto en pacientes asintomáticos como en sintomáticos, es el trastorno adaptativo, con una proporción que va del 30% al 65%, seguido por los trastornos afectivos, la demencia, el delirium y otros trastornos cognitivos, y ocasionados por el uso de sustancias psicoactivas. La prevalencia a lo largo de la vida en sujetos infectados por el VIH de algún trastorno mental, incluyendo el abuso de sustancias, se encuentra entre un 30 y un 73%. Hay datos que sugieren que el inicio del trastorno mental parece preceder a la seroconversión. Los resultados de los diferentes estudios acerca de la prevalencia de trastornos mentales en el momento de la evaluación son variados tanto en pacientes seropositivos como en los seronegativos en riesgo de infección. Sin embargo, la mayoría de estos estudios sugieren para los trastornos afectivos y el abuso de sustancias tasas que rondan el 50%, las cuales son mucho mayores que las esperadas para la población general. Hay que hacer constar que mientras que los problemas psiquiátricos con un origen orgánico eran muy comunes al inicio de la epidemia del SIDA, desde el advenimiento de la terapia antirretroviral los síndromes sin una etiología orgánica son más frecuentes. La mayoría de las investigaciones realizadas sobre este tema están basados en datos de la era preantirretroviral. Los problemas apreciados en las distintas investigaciones hacen desear futuros estudios donde se utilicen similares metodologías, con muestras mayores y elegidas al azar, que incluyan individuos pertenecientes a todas las categorías de transmisión y a todos los estadios clínicos, en estudios longitudinales. También debería existir consenso en cuanto a los instrumentos de evaluación y criterios diagnósticos operativos utilizados.

Una evaluación psicopatológica, que valore el estado emocional y cognitivo presente, así como el riesgo de futuros problemas psiquiátricos debería realizarse a todo sujeto infectado por el VIH. Los clínicos que tratan con sujetos seropositivos necesitan ser conscientes de la complejidad de los aspectos psicosociales y psiquiátricos de las personas que se enfrentan a la infección por el VIH. La importancia de la Salud Mental en nuestro país no debe ser menospreciada y relegada solo a los profesionistas e instituciones especialistas en esa área en articular sino debe ser explorada de manera intencionada en todos los pacientes, y sobre todo aquellos que cursan con enfermedades crónicas o de un alto impacto social. La infección por VIH-SIDA es una entidad nosológica que conlleva no solo la afección física sino también un terrible impacto sobre el equilibrio emocional y psicológico del paciente, por ello la importancia de evaluar a cada paciente como un todo, tomando siempre en cuenta la integralidad del ser humano.

Dentro de la especialidad de Medicina Integrada se pretende rescatar la visión integral e integrada de cada persona aplicándola en cada acción médica que incluye desde las medidas preventivas hasta las de rehabilitación en los padecimientos con mayor morbilidad y mortalidad en nuestro país.

1.1 Justificación

La búsqueda de trastornos psiquiátricos ha sido principalmente realizada en pacientes que cuentan con diagnósticos de Infección por VIH establecido así como con tratamiento antirretroviral. Y en la etapa preantirretroviral y debemos de considerar no solo la falta de estudios en pacientes naive, sino que los esquemas antirretrovirales han evolucionado y cambiado en los últimos años. Por medio de este protocolo se desea conocer la prevalencia de trastornos psiquiátricos en los pacientes atendidos en el CAPASITS mediante la aplicación de la MINI entrevista neuropsiquiátrica internacional y conocer así la proporción de cada padecimiento que se explora con los módulos que lo componen y establecer una comparación con la literatura nacional e internacional. Permitiendo con esto conocer las patologías que requieren de mayor atención por parte del personal clínico y así poder establecer medidas de acción pertinente para el manejo de las patologías encontradas en caso de ser necesario.

1.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia de trastornos psiquiátricos en los pacientes con infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana atendidos en el CAPASITS del Hospital Regional Dr. Luis F. Nachón?

2 FUNDAMENTO TEÓRICO/ ANTECEDENTES / MARCO TEÓRICO

VIH/SIDA en el mundo

Según reportes de la ONUSIDA del año 2013, hasta el 2012 vivían 35.5 millones de personas en el mundo con infección por VIH de los 75 millones que se han reportado desde el inicio de la epidemia.¹¹ En el 2012 hubo 2.3 millones de nuevas infecciones a nivel mundial lo cual representa un 33% menos en comparación con el 2001 y una disminución de la mortalidad asociada a SIDA, presentándose 1.6 millones, comparándola con 2.3 millones en 2005, año que presentó los mayores índices.¹¹ El panorama mundial para los pacientes con infección por VIH/SIDA cambia ya que el mayor acceso a medicamentos antirretrovirales así como la detección temprana aumentan su expectativa de vida. El conteo de linfocitos CD4+ al momento de diagnóstico está relacionado inversamente proporcional con la probabilidad acumulativa de morir.²²

VIH/SIDA en América Latina

En América Latina durante el 2012 cerca de 1.5 millones de personas vivían con infección por VIH. En ese mismo año se reportaron 86 mil nuevos casos y 52 mil muertes relacionadas con el SIDA, la prevalencia de los 15 a los 24 años fue en hombre de 0.25% y en mujeres 0.15%.¹¹ La epidemia de VIH continúa con tendencias de estabilización en niveles comparativamente bajos. En la mayor parte de los países de Latinoamérica, la epidemia se esparce primordialmente dentro y alrededor de las redes de personas que forman parte del grupo de hombres que tienen sexo con hombres.¹⁴

VIH/SIDA en México

Para México se estima que hasta junio de 2013 se habían reportado 164 422 casos de SIDA notificados desde 1983. La mayoría de casos reportados en la república mexicana se concentran en 5 estados: Distrito Federal con 25,410, Estado de México con 17,554, Veracruz con 15,099, Jalisco con 12,352 y Chiapas con 7,567. La mayor proporción de personas registradas como vivas que continúan como seropositivas se encuentran en el Distrito Federal (22%), Veracruz (13%), Estado de México (6%) y Chihuahua (5%).¹⁴ El mayor porcentaje de casos corresponden al sexo masculino con un 82.1% y un 17.9% al sexo femenino. Durante el 2012 a nivel nacional se notificaron 6,969 casos y se confirmaron 5,325 de los mismos. La prevalencia estimada de VIH en México para la población de 15 a 49 años es aproximadamente de 0.24%.^j El grupo de edad con mayor porcentaje de casos acumulados es el de 30 a 34 años.⁹ En México hasta el 2011 se estima que el 18% de hombres que tiene sexo con hombre son seropositivos siendo el país con mayor porcentaje con respecto a los demás países de América Latina.¹¹

VIH/SIDA en Veracruz

En el estado de Veracruz de 1983 al 2012 se habían reportado 15,099 casos (11,858 corresponden al sexo masculino y 3,241 al sexo femenino), que representan el 9.2% de los reportados en toda la república en el mismo periodo de tiempo.

VIH/SIDA CAPASITS Hospital Regional Dr. Luis F. Nachón

El hospital Regional Dr. Luis F. Nachón cuenta desde XXXX con un centro

Salud mental

Salud mental y VIH/SIDA

Las guías de la Sociedad Europea Clínica de SIDA (EACS) del 2011 recomiendan la búsqueda intencionada de factores que interfieran con la toma de decisiones y adherencia al tratamiento como la depresión y el abuso de alcohol y drogas. Según la EACS la prevalencia de depresión fue más elevada en pacientes infectados por VIH (20-40% frente a 7% en la población general) debido al estigma social, disfunción sexual, efectos secundarios del TARV y comorbilidades.¹³ Durante la realización de la historia clínica a pacientes seropositivos hasta ahora en las guías nacionales solo se recomienda la búsqueda de antecedentes de enfermedades mentales.¹² La prevalencia de enfermedades mentales en personas infectadas por el VIH es considerablemente más alta que en la población general. Además, el virus tiende a concentrarse en poblaciones muy vulnerables, marginadas y estigmatizadas; en particular los profesionales del sexo, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los consumidores de drogas y los presos, que tienen niveles más altos de trastornos mentales que la población general. Entre las personas infectadas por el VIH es común un mayor grado de angustia psicológica. Además de las consecuencias psicológicas, la infección por VIH tiene efectos directos en el sistema nervioso central y provoca complicaciones neuropsiquiátricas, incluida la encefalopatía por VIH, depresión, manía, trastorno cognitivo y demencia franca, a menudo combinado. Los lactantes y niños infectados por el VIH tienen más probabilidades de sufrir déficits en el desarrollo motor y cognitivo que los niños VIH negativos.¹ Se encontró asociación entre el tiempo de realizado el diagnóstico con el desarrollo de depresión y ansiedad, observándose que en aquellos pacientes que tienen menos de un año de diagnóstico se van a presentar las variedades de depresión severa o moderada y ansiedad moderada y grave; lo que pudiera ser catalogado como un síndrome de stress post-traumático que se manifiesta en un paciente que recibe el diagnóstico de VIH/SIDA; este hallazgo tiene importancia fundamental ya que en base a esto se deben realizar recomendaciones a los médicos para el momento de dar el diagnóstico al paciente. Se detectó una asociación entre desarrollo de depresión severa y pensamientos suicidas, ratificando la comprobada relación entre depresión y alto riesgo de

suicidio, y así se demuestra en los pacientes que viven con VIH/SIDA. Del 10 al 30 % de las veces, la primera manifestación del SIDA es neurológica.¹⁶ 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 psiquiátricos y motores y son, por supuesto, más frecuentes en la forma severa, demostrables en baterías de pruebas psicológicas, procedimientos de tiempo de reacción y examen de movimientos oculares. La severidad de las alteraciones cognitivas se correlacionan 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.¹⁵ La prevalencia a lo largo de la vida en sujetos infectados por el VIH de algún trastorno mental, incluyendo el abuso de sustancias, se encuentra entre un 30 y un 73%. Los trastornos afectivos y el abuso de sustancias tasas que rondan el 50%, las cuales son mucho mayores que las esperadas para la población general. La prevalencia de complejo demencia-SIDA entre los pacientes con SIDA se ha establecido en 6.5-20% y puede acontecer como enfermedad definitoria de SIDA en 3-10% de los pacientes en esta situación. Los trastornos adaptativos, que siguen normalmente un curso benigno, son bastante frecuentes con 4-10%. Las tasas de prevalencia a lo largo de la vida para trastornos depresivos en pacientes VIH positivos se han establecido entre el 30-60%. Las tasas de trastorno de ansiedad generalizada en el momento de la evaluación oscilan entre el 5% y 20%. El trastorno por abuso de alcohol tiene una prevalencia que oscila entre un 21,6% y 64,3%, mientras que para el abuso de drogas se estima entre un 29,4% y 55,9%. La disfunción sexual es muy común (39-59%), y compromete en casi todos los casos un trastorno por disminución del deseo sexual (97%). Los trastornos psicóticos se encuentran más a menudo en los estadios avanzados de la infección VIH, con un rango de prevalencia de 0.2-15%. También son frecuentes los trastornos de personalidad (30%). Los diagnósticos más comunes en orden decreciente son el trastorno de personalidad límite, antisocial, dependiente, pasivo-agresivo, histriónico y no especificado. Además, la infección VIH puede complicarse por un trastorno de la conducta alimentaria.¹ Los trastornos de ansiedad pueden ocurrir de varias formas, tienden a ocurrir poco después de la seroconversión, y puede con frecuencia ser tratados eficazmente sin el uso de farmacoterapia. Los trastornos depresivos tienden a ocurrir después de los primeros síntomas de la infección por VIH o en asociación con una alta carga general de los síntomas. Estos trastornos pueden ser tratados eficazmente y con seguridad con la terapia con antidepresivos estándar. Los trastornos neurocognitivos muestran una predilección por la enfermedad por VIH en fase avanzada, requieren una evaluación médica completa y se puede tratar con una variedad de fármacos incluyendo los psicoestimulantes, medicamentos antirretrovirales y medicamentos antiinflamatorios del SNC. La psicosis en la infección por el VIH se ha estudiado menos entre los trastornos psiquiátricos, puede existir de manera

premorbidamente u ocurrir como resultado de la infección por VIH del cerebro o de sus complicaciones. La elección de la medicación antipsicótica debe ser adaptada a las necesidades de cada paciente en específico. En un estudio realizado en Chile se investigó el estado emocional y la conducta de enfermedad de personas con infección por VIH en comparación con pacientes oncológicos y población general. La muestra utilizada fue de 180 sujetos. Los instrumentos aplicados evaluaron: ansiedad rasgo y estado, depresión, autoestima, conducta anormal de enfermedad, percepción de apoyo social y grado de interferencia de la enfermedad. Los resultados indicaron que los pacientes seropositivos muestran un perfil psicológico con mayor grado de ansiedad estado y rasgo y niveles de depresión significativamente más altos que los otros grupos, así como una autoestima significativamente menor. Asimismo, los pacientes con infección por VIH manifiestan mayor preocupación por su salud, percepción de apoyo social significativamente menor que la de los pacientes oncológicos y también mayor grado de interferencia de la enfermedad en sus vidas.²⁰ En una muestra de 76 pacientes mexicanos infectados con VIH/SIDA a los que se les realizó una entrevista a profundidad en un Hospital público de la ciudad de San Luis Potosí, el 80% de los participantes presentó indicadores de enfermedad mental correspondiente a 28% conducta antisocial, 20% depresión clínica, 13% síndrome de estrés postraumático, 12% psicosis orgánica, 8% discapacidad intelectual.²¹

Aplicación de MINI Entrevista Neuropsiquiatría Internacional en Pacientes con VIH/SIDA

145 pacientes con infección por VIH entrevistados mediante la MINI entrevista neuropsiquiátrica internacional en La Ciudad del Cabo, Sudáfrica. Cincuenta y seis por ciento de los pacientes fueron diagnosticados con un trastorno psiquiátrico, con mayor frecuencia de depresión mayor (34,9%), el trastorno distímico (21,5%), trastorno de estrés postraumático (14,8%), y la dependencia del alcohol (10,1%). No hubo diferencias significativas de género en la prevalencia de los trastornos del estado de ánimo en la muestra. Los hombres, sin embargo, eran más propensos que las mujeres a cumplir con los criterios de diagnóstico de abuso o dependencia del alcohol, y para participar en ciertas conductas sexuales de riesgo. Las mujeres eran más propensas a sufrir de trastorno de estrés postraumático, y el uso de estrategias de afrontamiento de la planificación y la religión para hacer frente a la enfermedad. No hubo diferencias significativas de género en la discapacidad.¹⁹

2.1 Hipótesis

3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Objetivo general

Identificar cuáles son los trastornos psiquiátricos presentes en la población seropositiva atendida en CAPASITS por Infección secundaria a VIH

3.2 Objetivos específicos

3.2 Objetivos específicos	3.3 Objetivos asociados
Conocer la prevalencia de los trastornos psiquiátricos que se detecten en la población de estudio	
Conocer la relación entre trastornos psiquiátricos y carga viral	
Conocer la relación entre trastornos psiquiátricos y conteo de linfocitos CD4+	
Conocer prevalencia de trastornos psiquiátricos en paciente sin tratamiento ARV en comparación con pacientes que ya cuenten con tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer la relación de los trastornos psiquiátricos encontrados con el esquema ARV utilizado en los paciente bajo tratamiento • Conocer la relación de los trastornos psiquiátricos y los años de tratamiento ARV
Comparar resultados con los reportes en la literatura nacional e internacional	
Conocer la asociación de trastornos psiquiátricos en pacientes con presencia de binomios o trinomios	Conocer la relación entre trastornos psiquiátricos y: VIH/TB, VIH/VHC, VIH/VHB, VIH/DM2, VIH/dislipidemia, VIH/HAS, etc

4 METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio

Observacional Transversal Descriptivo

4.2 Definición / descripción de la población objetivo

Pacientes mayores de 18 años con infección por VIH atendidos en el CAPASITS del Hospital Regional “Dr. Luis F. Nachón”, de Xalapa Veracruz, entre marzo y agosto del 2014

4.3 Criterios de inclusión

4.3.1 Inclusión	4.3.2 Exclusión	4.3.3 Eliminación
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tener diagnostico establecido de infección por VIH 2. Estar siendo atendido en el CAPASITS del Hospital Luis F. Nachón 3. Ser mayor de 18 años de edad 4. Contar con conteo de Linfocitos CD4+ de no más de 3 meses 5. Contar con carga viral de no más de 3 meses 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tener diagnóstico previo de algún trastorno psiquiátrico 2. Estar bajo tratamiento psiquiátrico 3. Embarazo 	

4.4 Ubicación Espacial-Temporal

El estudio se realizará en las instalaciones que ocupa el CAPASITS del Hospital regional “Dr. Luis F. Nachón” de la ciudad de Xalapa Veracruz, mediante la realización de la MINI entrevista neuropsiquiátrica internacional del 1ro de marzo al 31 de agosto del 2014

4.5 Definición Operacional de la Entidad Nosológica

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Humana. Que de acuerdo a la clasificación de la CDC en 1993 se encuentra en los estadios A3, B3, C1, C2, C3

Trastorno psiquiátrico: Definido según el DSM-IV TR es un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular. Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción.

TARV: Tratamiento antirretroviral, es el tratamiento farmacológico utilizado para combatir la infección causada por Virus de Inmunodeficiencia Humana

Seropositivo(a): Persona que cuente con dos resultados reactivos o positivos de ELISA más un resultado positivo de Western Blot.

Naïve: También conocido como virgen a tratamiento antirretroviral. Es el paciente seropositivo que no ha recibido tratamiento antirretroviral previamente.

4.6 Definición de las unidades o sujetos de estudio

Se estudiara a pacientes hombres y mujeres que sean seropositivos naïves o bajo tratamiento Antirretroviral, mayores de 18 años de edad, con o sin comorbilidades y que no cuenten con diagnóstico previo de algún trastorno psiquiátrico, que estén siendo atendidos en CAPASITS.

4.7 Procedimiento de la forma de obtención de las unidades y la medición respectiva

Se aplicará el cuestionario de malestar psicológico de Kessler 10 para tamizaje inicial y luego se confirmarán los diagnósticos psiquiátricos mediante la aplicación de la MINI entrevista neuropsiquiatrica internacional a los pacientes con datos de malestar psicológico.

La carga viral y conteo de linfocitos CD4+ así como de antecedentes personales no patológicos y patológicos se obtendrán del expediente clínico existente en el CAPASITS.

4.8 Factores de confusión

4.9 Definición operacional y escalas de medición de las variables

4.9.1 Variable	4.9.2 Definición operacional	4.9.3 Unidad de Medida	4.9.4 Instrumento	4.9.5 Valores	4.9.6 Escalas
Edad					
Sexo					
Conteo de linfocitos CD4+					
Carga viral					
Grado de escolaridad					

Tipo de TARV					

4.10 Procedimiento de la forma de medición de las variables y la aplicación de las maniobras a las unidades de estudio

4.11 Muestra

La población de estudio estará formada por los pacientes que reúnan los criterios de inclusión y que asistan a consulta entre los meses de marzo y agosto del 2014. Incluyendo igual número de pacientes de cada consultorio y turno disponible en el CAPASITS.

El tamaño de la muestra se establecerá dependiendo del número de sujetos de estudio que se compilen en el periodo de estudio establecido.

5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

5.1 Criterios descriptivos del análisis estadístico propuesto o análisis teórico social

6 RECURSOS/COSTOS

6.1 Descripción de recursos y costos empleados en la presente propuesta

7 ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

7.1 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en la investigación

8 LOGÍSTICA

8.1 Descripción breve de los procedimientos logísticos presupuestos para la investigación y el cronograma de actividades

	Feb 2014	Mar 2014	Abr 2014	May 2014	Jun 2014	Jul 2014	Ago 2014	Sep 2014	Oct 2014
Sometimiento y probable									

aprobación									
Recolección de datos									
Análisis de Datos									
Presentación de resultados									
Revisión bibliográfica									

9 ASPECTOS DESCRIPTIVOS

9.1 Factibilidad del proyecto

9.2 Viabilidad del proyecto

9.3 Productos esperables

Conocer la prevalencia de los padecimientos psiquiátricos explorados con la MINI entrevista neuropsiquiátrica internacional

10 BIBLIOGRAFÍA

1. Gallego Deike L, Gordillo Álvarez-Valdés M.aV. Trastornos mentales en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. An Med Interna (Madrid) 2001; 18: 597-604.
2. Olley BO, Gxamza F, Seedat S, Theron H, Taljaard J, Reid E, Reuter H, Stein DJ. Psychopathology and coping in recently diagnosed HIV/AIDS patients--the role of gender. South African medical journal = Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde. 2003;93(12):928-31.
3. Fernández, F. y Ruiz P. (2006) Psychiatric aspects of HIV/AIDS. Philadelphia: Lippicott Williams Andes Wilkins.
4. Recomendaciones de la SPNS/SEP/SENP/SEIP/GESIDA sobre aspectos psiquiátricos y psicológicos en la infección por el VIH. (Octubre de 2008)
5. Practice guideline for the Treatment of Patients With HIV/AIDS. American Psyquiatric Association.
6. Forstein M, Cournos F, Douaihy A, Goodkin K, Wainberg ML, Wapenyi KH: Guideline Watch: Practice Guideline for the Treatment of Patients With HIV/ AIDS. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2006. Available online at http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/prac_guide.cfm.
7. Olley, B-O. Psychopathology and coping in recently diagnosed HIV/AIDS patients the role of gender. South African Medical Journal (2003; 93: 928-931.)

8. Wyszynski, A-A. (2006). Manual de Psiquiatría para pacientes con enfermedades médicas. Barcelona. Masson
9. Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de casos de SIDA. Actualización al 30 de junio de 2013. CENSIDA. Secretaría de Salud. México
10. Estimaciones ONUSIDA/CENSIDA, 2012, Spectrum v.4.47
11. Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013.
12. Centro Nacional para la Prevención y el control del VIH/SIDA. (2012). Guía de Manejo Antirretroviral de las personas con VIH. Quinta edición. México. Secretaria de Salud.
13. European AIDS Clinical Society. Guías Clínicas. Versión 5.4. (2011). Francia.
14. CENSIDA/Secretaría de Salud 2012, El VIH/SIDA en México 2012.
15. 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. Rev Cub Med Mil [revista en la Internet]. 2002 Sep [citado 2014 Ene 02]; 31(3): 194-200
16. Archivos venezolanos de psiquiatría y neurología. 38 VOL. 52 / No 107 Julio / Diciembre 2006.
17. Karl Goodkin, M.D., Ph.D.. Psychiatric Aspects of HIV Spectrum Disease.
18. Olley, B-O. Psychopathology and coping in recently diagnosed
19. HIV/AIDS patients the role of gender. South African Medical Journal (2003; 93: 928-931.)
20. Edo, M T. Estado emocional en pacientes con VIH y cáncer. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica 2006, Vol. 11(2), 79-90
21. García-Cedillo I. Indicadores de enfermedades mentales en pacientes mexicanos con VIH/SIDA y su relación con la adherencia terapéutica. Actualidades en Psicología 25, 2011, 37-55.
22. HIV Indicator conditions: Guidance for implementing HVI testing in adults in health care settings. HIV in Europe. 2012. Copenhagen.