



Facultad de Psicología
UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Nieto Gómez, Ismael

Los trastornos mentales en personas con VIH/SIDA: una revisión sistemática

23 de abril de 2017

Pérez San Gregorio, María de los Ángeles

Chacón Moscoso, Salvador

Nieto Gómez, Ismael

Los trastornos mentales en personas con VIH/SIDA: una revisión sistemática

23 de abril de 2017

Pérez San Gregorio, María de los Ángeles

Chacón Moscoso, Salvador

Fdo: Ismael Nieto Gómez

ÍNDICE

Resumen y palabras clave	5
Introducción	6
Método	9
Resultados	11
- <i>Características de los seleccionados</i>	11
- <i>Calidad metodológica</i>	13
- <i>Trastornos mentales y frecuencia</i>	14
Conclusiones y discusión	16
Referencias	18
Anexos	21

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue revisar la evidencia científica sobre los tipos de trastornos mentales comunes y no comunes observados en adultos con VIH /SIDA, y la frecuencia con la que se dan en dicha población. Para ello se realizó una exhaustiva búsqueda de artículos científicos mediante cinco bases de datos en línea (Psycinfo, Scopus, Web of Science, PubMec y Dialnet) entre el 22 de febrero y el 6 de marzo de 2017, seleccionando finalmente tras la criba un total de 11 artículos que evalúan a 2.403 personas con VIH. Los tipos de trastornos más estudiados son en primer lugar los trastornos del estado de ánimo (90%) y los trastornos de ansiedad (100%), seguidos de los trastornos por abuso/uso del alcohol o sustancias (55%) y los trastornos psicóticos (36%). De esta revisión se concluye que los trastornos mentales afectan a un gran número de personas con VIH, por lo que es vital que se trabaje la salud mental de estos individuos, específicamente, sobre los trastornos depresivos, los trastornos por consumo de alcohol y aquellos relacionados con eventos vitales estresantes.

Palabras clave: Trastornos mentales, VIH /SIDA, Prevalencia.

ABSTRACT

The aim of this study was to review the scientific evidence on the types of common and uncommon mental disorders observed in adults with HIV / AIDS and the frequency with which they occur in that population. To do this, an exhaustive search of scientific articles was carried out through five online databases (Psycinfo, Scopus, Web of Science, PubMec and Dialnet) between February 22 and March 6, 2017, finally selected after the screening a total of 11 articles evaluating 2,403 people with HIV. The most commonly studied types of disorders are mood disorders (90%) and anxiety disorders (100%), followed by alcohol/ substance abuse disorders (55%) and psychotic disorders (36%). This review concludes that mental disorders affect a large number of people with HIV, so it is vital to work the mental health of these individuals, specifically on depressive disorders, alcohol consumption disorders and related disorders with stressful life events.

Key words: Mental disorders, HIV / AIDS, Prevalence.

INTRODUCCIÓN

¿Ser portador del VIH, con la repercusión social y física que eso conlleva, se traduce en un mayor número trastornos mentales comunes en esta población? Desde luego si esto es así, se podría aumentar la ayuda (muchas veces relegada a un segundo plano) que, desde la ciencia de la psicología, se les puede dar a estas personas, además del tratamiento puramente médico que a veces se les oferta (Kagee, 2010).

Aunque se puede decir que desde que se detectaron los primeros casos del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), se ha avanzado mucho en cuanto al tratamiento, y consiguientemente en lo referente a su evolución y repercusiones de esta enfermedad infecto-transmisible, la realidad es que aún queda mucho por hacer en este campo. Según la Organización Mundial de la Salud (2016), en términos mundiales, se constató la presencia del VIH en más de 35 millones de personas, así como también se comprobó que solo en el año 2015 hubo alrededor de dos millones de nuevas transmisiones del virus. A pesar de la existencia de fármacos con suficiente eficacia probada, que aunque no curan, si actúan disminuyendo la propagación de virus (antirretrovíricos), y la probabilidad de acabar manifestando el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA), gran parte de esta población infectada no se está beneficiando de la mejora en la calidad vida que estos fármacos les podrían proporcionar, ya que no pueden acceder a ellos. Y por si fuera poco alrededor del 40% de los infectados, desconocen el estado en el que se encuentran, lo que evidencia la necesidad de avanzar en la detección, y lo cual ayudaría a frenar la proliferación de casos a gran escala.

No cabe duda que la frecuencia de esta enfermedad es mayor en determinados países denominados tercermundistas, sobre todo los que se encuentran en el África subsahariana, donde el número de infectados es alarmante; no obstante no debemos relajarnos por tal motivo en occidente. Según Bermúdez y Teva-Álvarez (2003) nuestro país es el que mayor número de casos de SIDA ha registrado desde 1994 dentro de la Europa occidental, lo que debería hacernos tomar conciencia de la importancia de actuar en términos de prevención, detección y tratamiento multidisciplinar una vez se diagnostique. Concretamente Buela-Casal, Bermúdez y Castro (2009) determinaron con su estudio epidemiológico que había algo más de 70.000 personas con un diagnóstico de SIDA en España.

Todos estos datos dan a conocer la magnitud de la situación, y hacen que cobre sentido la necesidad de investigar y abordar la enfermedad no solo en sí misma sino también por las consecuencias que puede comportar en otros ámbitos de la salud.

Una de estas posibles repercusiones en las que podría influir la infección por VIH de manera directa o indirecta, es en la aparición trastornos mentales comunes en estos pacientes. Estos trastornos hacen referencia a aquellos que se dan con más frecuencia en la población normal, como la ansiedad, la depresión, el abuso de sustancias, y la sintomatología típica de tales trastornos (insomnio, fatiga, pérdida de energía/ peso...). A menudo suelen pasar más inadvertidos, por su menor gravedad en comparación con otros trastornos que sí requieren una atención más especializada (muchas veces atención hospitalaria), y porque además no siempre resulta fácil distinguir si la sintomatología es causa del trastorno mental o de la enfermedad en sí misma. Por eso en muchos de los casos no se llegan a tratar a pesar de la existencia de tratamientos eficaces (Thom, 2009).

Rita Thom (2009) apunta a dos grupos de determinantes que podrían hacer del virus un factor de riesgo para presentar este tipo de trastornos mentales. Por un lado habla de los determinantes biológicos, entre los que destacan los daños que conlleva la acción inmunodepresora del VIH hacia algunas áreas del sistema nervioso central relacionadas con alteraciones emocionales, los que son provocados por las enfermedades oportunistas y los efectos secundarios de los fármacos que se les suministran. Y por otro lado, entiende también el peso que tienen los factores psicológicos, como el hecho de padecer una enfermedad asociada popularmente con la muerte y cronicidad, la falta de apoyo social y el estigma que gira en este tipo de enfermedades que son habitualmente de transmisión sexual y que quizás las diferencie de otras enfermedades como el cáncer. Esto también fue ratificado por Deribew et al (2010), quienes comprobaron cómo los pacientes con un doble diagnóstico, de tuberculosis y VIH, tenían mayores posibilidades de acabar desarrollando un trastorno mental común, a causa del rechazo social percibido, frente a los que solo tenían tuberculosis.

Desde luego, no es de extrañar que algunos estudios determinen que en la población infectada por VIH, en comparación con la no infectada, crezca sustancialmente la cifra de prevalencia de este tipo de trastornos mentales (Morrison et al., 2002). Y es que el individuo desde antes de saber si es portador, se tiene que enfrentar a una serie de acontecimientos estresantes y es fácil que responda con una amplia variedad de sintomatología ansioso/depresiva ante estos. Con la llegada del diagnóstico surgen

múltiples temores relacionados con el mantenimiento del empleo, su vida sexual/amorosa, el rechazo de las personas de su alrededor, el riesgo de contagio a alguien y como no, el miedo a la propia enfermedad y al probable desenlace de muerte (Flores, Borda y Pérez, 2006).

Pero este asunto no solo es importante por el malestar psicológico añadido que pueden producir los propios trastornos emocionales, sino también porque va a influir en la manera de enfrentarse a la enfermedad. En este sentido, la presencia de trastornos mentales en estos pacientes, puede determinar entre otras cosas: las conductas que lleven a cabo para mejorar la salud, la toma de medidas de protección en las relaciones sexuales de manera sistemática, la manera de asumir la etiqueta diagnóstica que se le asigna, si se va a poder lograr la adherencia terapéutica que este tipo de enfermedades crónicas conllevan, y finalmente puede repercutir en la mayor pérdida de la funcionalidad del sistema inmunitario (al reducirse más el número de células CD4) y por lo tanto, en las posibilidades de supervivencia que tenga un determinado individuo (Tsfaye y Bune, 2014).

En cuanto al mantenimiento continuado del tratamiento del VIH, en una revisión sistemática, en la que se estudió cómo los distintos trastornos podrían afectar a la adherencia terapéutica en esta población, se encontraron que en la mayoría de los estudios había una relación significativa entre padecer depresión y pésima adhesión al tratamiento; así como que con el pertinente tratamiento psicológico, se disminuía el riesgo de abandono de los fármacos antirretrovíricos (Springer, Dushaj y Azar, 2012). En líneas parecidas, Ingersol (2004) hace hincapié en la importancia de la falta de adherencia, ya que si el fármaco se toma de manera inconsistente, la eficacia del mismo puede llegar a perderse. Prueba de ello, es que en su estudio encuentra que la proporción de pacientes denominados detectables (por el mayor número de copias del virus por milímetro de sangre) aumenta si tienen falta de adherencia terapéutica, con el riesgo que eso conlleva para la salud inmune.

No obstante, en lo que se refiere a revisiones sistemáticas como la que en este trabajo se pretende realizar, solo se ha podido constatar el estudio de Spies et al (2012). Dicho estudio sirve como un punto de referencia, sin embargo, al estudiar los trastornos mentales en personas que habían sufrido maltrato en su infancia (además de ser VIH+), muestra cifras de prevalencia que pueden estar elevadas por ese suceso traumático añadido, en comparación con personas que solo tienen VIH, como las que aquí se pretenden analizar.

En definitiva, tanto por el gran número de infectados, como por la mayor prevalencia de trastornos mentales en esta población, y por la repercusión que tienen estos en la evolución de la enfermedad y en la calidad de vida; el objetivo de este estudio es revisar la evidencia científica disponible acerca los tipos de trastornos que se encuentran en esta población y con qué frecuencia se dan, con la esperanza de lograr que esta manifestación redunde en la mejora de atención sanitaria del colectivo.

MÉTODO

Para llevar a cabo este trabajo se realizó una exhaustiva búsqueda de artículos científicos mediante cinco bases de datos en línea (Psycinfo, Scopus, Web of Science, PubMec y Dialnet) que se consideraron idóneas de acuerdo al campo de estudio. Proceso que fue realizado entre el 22 de febrero y el 6 de marzo de 2017.

Con el fin de homogeneizar y sistematizar la tarea se introdujeron los mismos descriptores, traducidos al inglés, con operadores booleanos en cada una de las bases de datos. En un primer momento, se realizó la búsqueda con los siguientes descriptores, elegidos en base a la cercanía con el concepto del objeto de estudio “trastornos mentales”: (emotional disturbances OR mental disorders OR psychological problems OR Psychological Disease) AND (AIDS OR HIV) obteniendo 70.259 resultados. En un segundo momento, se volvió a realizar otra búsqueda con otros descriptores que se pensaron cercanos a “trastornos mentales” (extraídos de thesaurus del subapartado “as mental illness”) con la que se amplió el número de estudios encontrados: (derangement OR mental sickness OR mental disease OR Psychopathy OR emotional disorder) AND (AIDS OR HIV) obteniendo 63.664 resultados más. Sin embargo, tras comprobar que estos términos de búsqueda en todos los campos daban muchísimos resultados, pero que la mayoría no se centraban en los objetivos perseguidos, la búsqueda fue acotada por la necesaria aparición de los descriptivos en el título y/o resumen, lo cual redujo sustancialmente el número de resultados.

Una vez llegados a este punto, los artículos se cribaron sucesivamente atendiendo a los criterios de inclusión (y exclusión asociada): estudios publicados a partir del año 2000 (debido a que la presencia de trastornos mentales ha podido disminuir a medida que progresos médicos avanzan en esta enfermedad), que sean artículos de revistas, estudios cuya muestra sea adultos con VIH/SIDA (mayores de 18 años) y aquellos

considerados estudios empíricos o revisiones sistemáticas (ver Figura 1). Los restantes estudios se fueron revisando uno a uno en base a sus títulos y resúmenes, para seleccionar aquellos que podían, potencialmente, encajar con el objetivo del presente trabajo. Finalmente se incluyeron en la revisión sistemática los artículos, que tras su lectura completa, demostraron ajustarse realmente; desechando aquellos que no proporcionaban los datos necesarios (frecuencia de los distintos trastornos), o bien, solo estudiaban algunos síntomas de dichos trastornos mentales, lo que incrementaba notablemente el número de afectados y sesgaba la comparación de resultados.

No en vano, se puso a prueba la calidad metodológica de los seleccionados a través de la lista de verificación de Chacón, Sanduvete, y Sánchez-Martín (2016), que permitió hacer un análisis descriptivo (ver Anexo 1). Y además, de cara al examen de los resultados, se extrajo información relevante de cada artículo y se plasmó en una tabla resumen (ver Anexo 2).

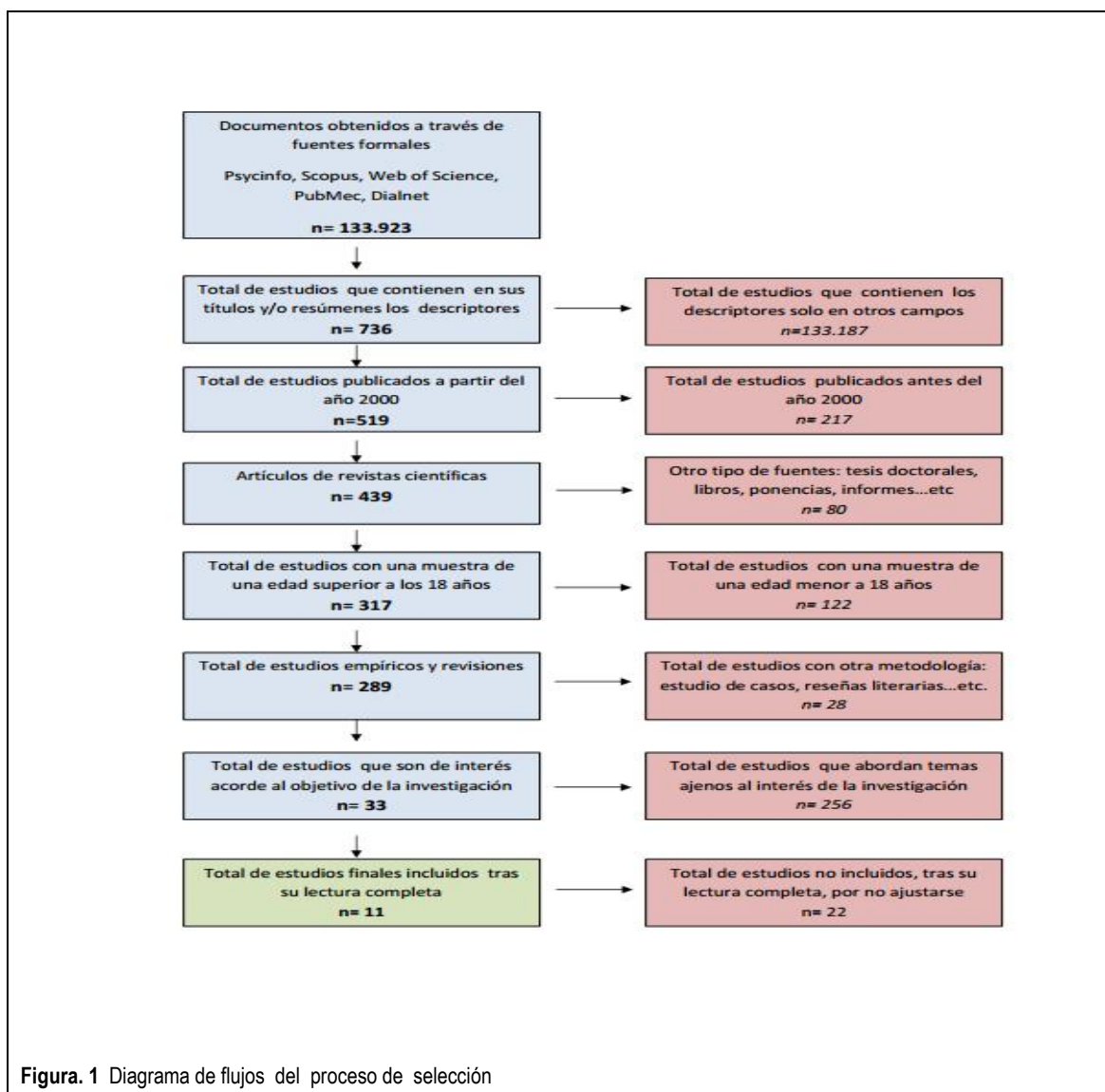
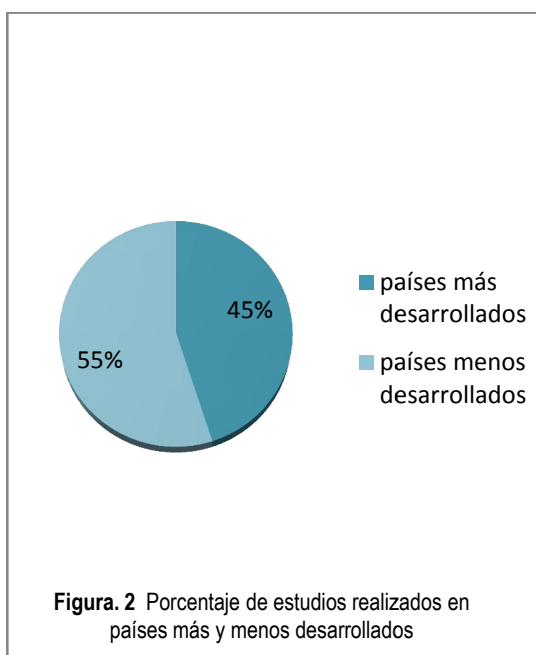
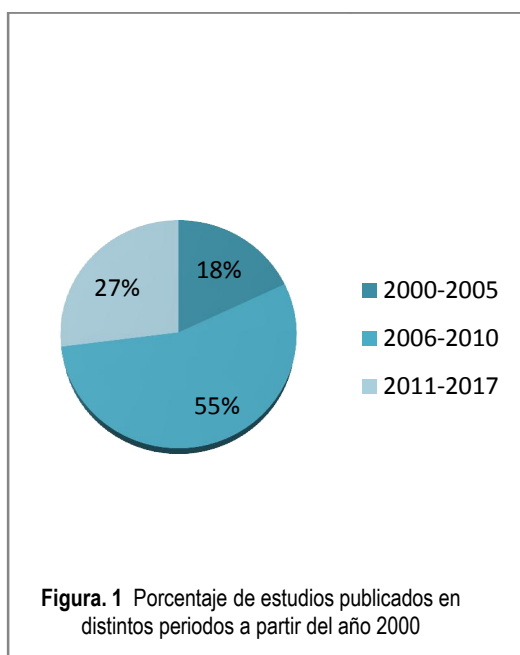


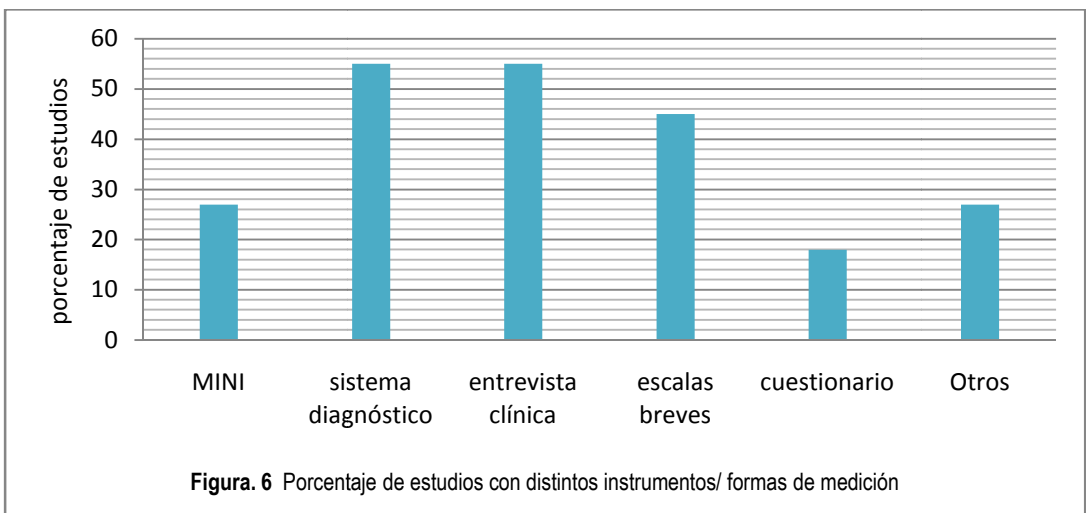
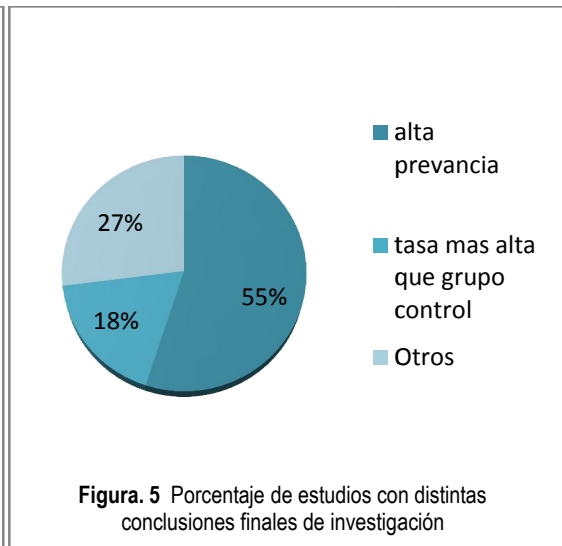
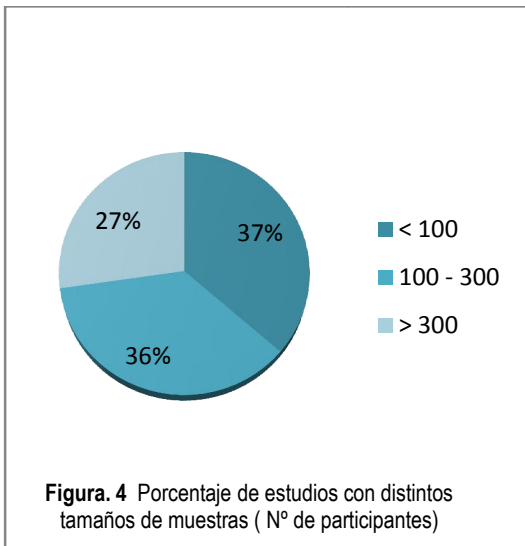
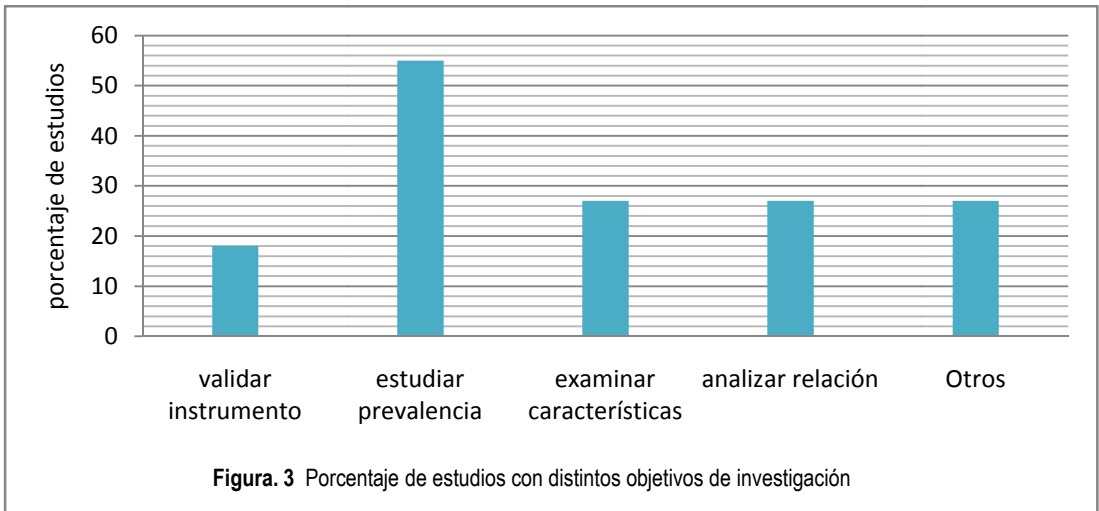
Figura. 1 Diagrama de flujos del proceso de selección

RESULTADOS

Características de los estudios seleccionados

Los trabajos que finalmente fueron incluidos en la revisión se realizaron tanto en países más desarrollados (EEUU y Europa) como en países menos desarrollados (África y América latina), en los que quizás podría estar menos estigmatizado el hecho padecer VIH, al ser este más frecuente. Las publicaciones se dan de manera progresiva a partir del año 2000 y las muestras de participantes generalmente son representativas, superando en más del 60% de los casos los 100 participantes. El objetivo perseguido por excelencia era estudiar la prevalencia de los trastornos mentales en este colectivo; así como también establecer algún tipo de relación entre los trastornos mentales y otra variable, validar algún instrumento de detección y examinar las características de los pacientes VIH (evaluando entre otras cosas la salud mental). Para lograr tales fines se valieron sobretodo de sistemas diagnósticos, entrevistas clínicas, la mini entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI) y escalas breves y cuestionarios diversos. Con todo ello los estudios señalan reiteradamente la alta prevalencia de los trastornos mentales en personas con VIH; así como la mayor tasa de problemas en salud mental a comparar con otros grupos seronegativos (ver Figuras 1- 6 y Anexo 3).





Calidad Metodológica

En general los estudios elegidos se caracterizan por utilizar un diseño pre-experimental, en el cual solo hay grupo de participantes a los que se les toman las medidas oportunas en un solo momento sin realizar ningún tipo de intervención ni establecer seguimiento alguno. Solo sobre la mitad de los estudios hacen notar la pérdida de participantes tras la asignación a las condiciones y pocos de ellos las exclusiones que realizan los investigadores deliberadamente. Las técnicas de control utilizadas de menor a mayor frecuencia son la estratificación, el enmascaramiento de los implementadores (al cegarlos a las hipótesis) y el mantenimiento constante (mismas condiciones para todos los participantes). Entre los puntos fuertes de los mismos cabe destacar que la mayoría utilizan herramientas estandarizadas y validadas para medir las variables, que definen los constructos objeto de estudio de manera conceptual y/o empírica de manera que posibilita la replicabilidad y, aunque en menor medida, suelen expresar los criterios de exclusión e inclusión de manera explícita y los aplican de forma homogénea. No obstante, en ninguno de los casos en los que se perdieron datos, se utilizaron métodos estadísticos para comprobar que hubiera pasado si estos se hubieran computado (ver Tabla 1 y 2).

Tabla. 1 Porcentaje de estudios que comprenden cada categoría de los ítems 6 al 12 de la lista de verificación de calidad metodológica.

Número de ocasiones de medida <i>(% de estudios)</i>	Medidas de las variables en cada ocasión <i>(% de estudios)</i>	Nivel de normalización de la herramienta <i>(% de estudios)</i>	Técnica de control utilizada <i>(% de estudios)</i>	Definición empírica del constructo medido <i>(% de estudios)</i>	Métodos estadísticos para imputar datos faltantes <i>(% de estudios)</i>
Una ocasión: 81% Dos ocasiones: 18%	Las mismas medidas en cada ocasión: 81% Diferentes medidas en cada ocasión: 18%	Si: 73% No*: 27%	Estratificación: 9% Enmascaramiento (implementadores): 36% Mantenimiento constante: 55%	Si: 90% No*: 9%	Si: 0% No*: 100%

* comprenden también aquellos estudios en los que dicho ítem no procede o no consta.

Tabla. 2 Porcentaje de estudios que comprenden cada categoría de los ítems 1 al 6 de la lista de verificación de calidad metodológica

Criterios de inclusión/exclusión <i>(% de estudios)</i>	Metodología o diseño experimental <i>(% de estudios)</i>	Pérdida de Datos <i>(% de estudios)</i>	Desgaste entre grupos <i>(% de estudios)</i>	Exclusiones después de la asignación <i>(% de estudios)</i>	Periodo de seguimiento <i>(% de estudios)</i>
Si: 64 % No*: 36 %	Experimental: 9% Cuasi- experimental: 18% Pre- experimental: 73%	Si: 45% No*: 55%	Si: 0% No*: 100%	Si: 18% No*: 81%	Si: 0% No*: 100%

* comprenden también aquellos estudios en los que dicho ítem no procede o no consta

Trastornos mentales y frecuencia

Los estudios que evalúan una amplia gama de trastornos mentales e indican índices globales de la prevalencia de los mismos en las personas seropositivas ofrecen una gran diversidad de resultados [número de referencia de estudio en Anexo 2]: 19% [1], 49,5% [2], 43,7% [3], 82% [4], 59,1 % [5], 33% [6], 25,5% [7]. Los tipos de trastornos más estudiados son en primer lugar los trastornos del estado de ánimo (90%) y los trastornos de ansiedad (100%), seguidos de los trastornos por abuso/uso del alcohol o sustancias (55%) y los trastornos psicóticos (36%) (Ver figura 7). Por ello se establecen estos cuatro grupos a la hora de analizarlos:

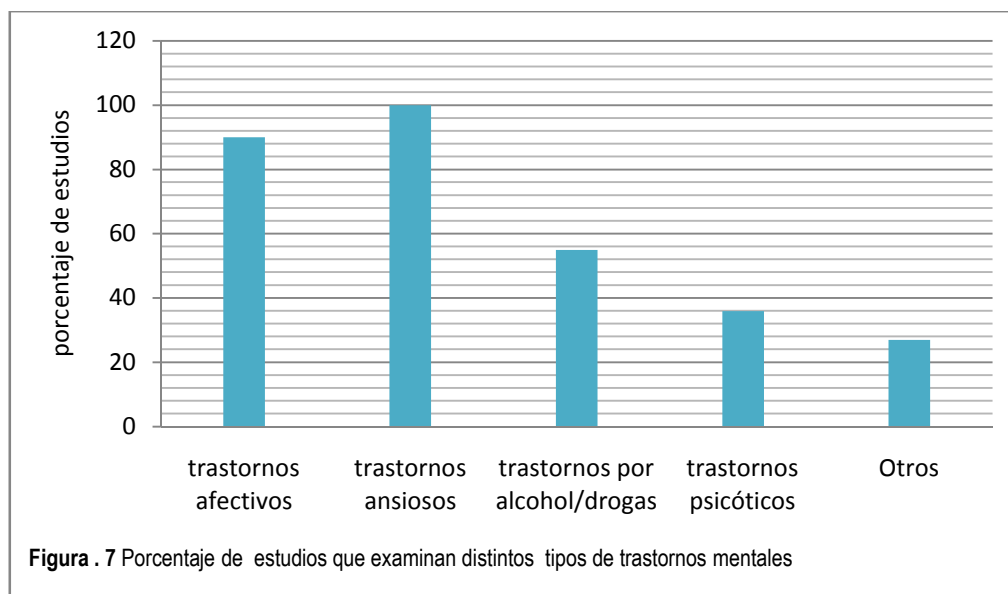
Estudios que ofrecen datos generales de los trastornos del estado del ánimo en su conjunto, que hablan de una prevalencia del: 23,9% [5], 21% [6], 11,6% [7], 25,9% [8]. De los cuales destacan el trastorno depresivo (14% [1], 30,2% [2], 11,1% [3], 20% [4], 11,4%[5],11%[6], 19,4% [8], 12,3% [10], 21,4% [11]), el trastorno depresivo persistente (distimia) (29,9% [3], 9,1% [5], 1% [6], 4,3% [8], 8,9% [11]), el trastorno depresivo no especificado (9% [6], 2,2% [8]), trastorno bipolar (3,6 % [11]), Hipomanía (6,8% [5]) y Manía (3,4% [5]).

Estudios que ofrecen datos generales de los trastornos de ansiedad en su conjunto, que hablan de una prevalencia del: 34,1% [5], 17% [6], 3,7% [7], 15% [8], 37,8% [10], 5,4% [11]. De los cuales destacan el trastorno por estrés postraumático (5% [1], 4,9% [3], 13% [4], 12,5% [5], 6% [6], 3,2% [8], 33% [9], 7,4% [10]), el trastorno de ansiedad generalizada (2,1% [2], 0,4% [3], 8% [5], 2,2% [8], 13,3% [10]), diversos tipos de fobias (0,9% [3], 11,3% [5], 6% [6], 8,7% [8]), el trastorno obsesivo-compulsivo (3,4% [5], 1% [6], 1,1% [8], 7,6% [10]), trastorno de pánico (0,1% [3], 3% [6], 0% [8], 3,5% [10]) y el trastorno adaptativo (2,7% [2] y 50% [11]).

Estudios que ofrecen datos generales de los trastornos por uso/abuso de sustancias en su conjunto, que hablan de una prevalencia del: 9,1% [5] y 11% [6]. De los cuales destacan el trastorno por dependencia/abuso del alcohol (7% [1], 15,3% [3], 8% [5]), el trastorno por uso del alcohol (9,1% [2] y 8% [6]), trastorno por dependencia/abuso de sustancias (2,2% [3] y 7,1% [11]), trastorno por uso de sustancias (3,4% [5]) y trastorno por uso de cannabis, crack o cocaína (6% [6]).

Estudios que ofrecen datos generales de los trastornos psicóticos en su conjunto, que hablan de una prevalencia del: 3,6% [2], 5,7% [5], 9,7% [7]. De los cuales destaca la psicosis orgánica (12% [4]).

Y otros trastornos que han recibido menos atención, ajenos a esta división son: la demencia (0,9% [2]), el trastorno explosivo intermitente (3,9% [3]), los trastornos sexuales (3,6% [10]), la discapacidad intelectual (8% [4]) y la conducta antisocial (28% [4]).



CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Se estuvieron buscando aquellas investigaciones que aportaban datos sobre qué clases y con qué prevalencia se dan los trastornos mentales en las personas que tienen una carga viral positiva de VIH. Los resultados que fueron obtenidos ponen de manifiesto que encontrar trastornos mentales en estos pacientes resulta bastante más habitual de lo que se puede esperar en población normal; muestra de ello es que el estudio examinado que da resultados globales más conservadores habla de que casi uno de cada cinco pacientes VIH+ sufren algún tipo de trastorno mental. Por regla general, todos los estudios evalúan los trastornos ansiosos y del estado del ánimo, y algunos además, de manera secundaria, se interesan por los trastornos relacionados con conductas adictivas y trastornos psicóticos. En un intento por establecer un consenso a la gran diversidad de cifras porcentuales encontradas se podría decir que, generalmente, los trastornos del estado de ánimo son reportados en algo más del 20% de los infectados por VIH, los trastornos ansiosos entre el 15% y el 20%, los trastornos por uso/abuso de sustancias o alcohol alrededor del 10% y los trastornos psicóticos en menos del 10% de estos pacientes.

Concretamente, los trastornos que recibieron más atención fueron el trastorno depresivo mayor y su versión más leve, el trastorno depresivo persistente (distimia); así como también destaca el trastorno por estrés postraumático, el trastorno por ansiedad generalizada y los trastornos relacionados con el consumo de alcohol. Los cuales se dan con una frecuencia dispar en los sucesivos estudios y ninguno de ellos por sí solo sobresale sustancialmente del resto en cuanto a ocurrencias se refiere, a excepción, del trastorno depresivo mayor, sobre el cual se barajan cifras superiores al 10% y en algún caso llegan incluso al 30%.

Estos resultados son coherentes con la literatura existente sobre el tema. En una amplia gama de investigaciones, como la ya citada de Morrison et al (2002), se habla de cómo los trastornos psiquiátricos son más comunes en este vulnerable colectivo. En cuanto a los tipos de trastornos que se suele estudiar con más asiduidad se coincide con lo que halla en la revisión sistemática de Springer, Dushaj y Azar (2012), quienes buscando la relaciones entre los trastornos mentales y la adherencia terapéutica, encuentran en su inmensa mayoría estudios que examinan trastornos depresivos y ansiosos. Así como tampoco es raro que los estudios se interesen por el trastorno adaptativo y trastorno por estrés postraumático, ya que el hecho de tener VIH conlleva una serie de sucesos asociados que pueden resultar difíciles de digerir

psicológicamente (Flores, Borda y Pérez, 2006; Theuninck, Lake, y Gibson, 2010). De igual manera el hecho de que se investiguen más los trastornos por consumo de alcohol (a comparar con demás sustancias) puede estar motivado porque esta es una de las drogas mejor aceptadas socialmente, y a la cual es fácil recurrir para mitigar la angustia que produce el proceso de enfermedad (Spies et al, 2012).

Entre las limitaciones que aquí se han observado sobresale que en los estudios se han utilizado definiciones del constructo con distintos niveles de exigencia, y se midieron con diferentes herramientas, lo que dificulta la comparación de resultados. Por otro lado, en cuanto a las limitaciones de la propia investigación se encuentran el hecho de que solo se ha podido contar con un revisor para realizar la búsqueda sistemática, que se han tenido que adaptar (o no aplicar) algunos ítems del sistema de evaluación de calidad metodológica ya que no eran compatibles con el diseño de varios estudios examinados, así como que a causa de la diversidad de los sistemas de indexación de cada base de datos en ocasiones se han aplicado criterios de inclusión manualmente, con lo que se aumenta la probabilidad caer en el error humano. Finalmente hacer notar que el número definitivo de artículos seleccionados es relativamente bajo por lo que los resultados pudieran no ser representativos.

No obstante, a pesar de estas reservas, los hallazgos pueden ser útiles a la ciencia psicológica en dos líneas simultáneas. Por un lado sirven para que se tome conciencia de la necesidad de evaluar (al menos de manera preventiva) e intervenir a favor de la salud mental de los pacientes seropositivos, en los casos que en los que sea necesario. Lo que conlleva a su vez que este tipo de atención psicológica se integre en los servicios de salud dirigidos a este colectivo. Tarea en la que queda mucho por avanzar incluso en los países más desarrollados (Freeman, Nkomo, Kafaar y Kelly, 2008). Por otro lado los resultados pueden ayudar a los profesionales de la psicología a que centren sus esfuerzos en detectar aquellos trastornos que son más frecuentes en esta población dentro la amplia gama de trastornos mentales que podrían desarrollar potencialmente.

En resumen, los trastornos mentales afectan a un gran número de personas con VIH, por lo que es vital que se trabaje la salud mental de estos individuos, específicamente, sobre los trastornos depresivos, los trastornos por consumo de alcohol y aquellos relacionados con eventos vitales estresantes.

REFERENCIAS

- Adewuya, A., Afolabi, M., Ola, B., Ogundele, O., Ajibare, A. y Oladipo, B. (2007). Psychiatric disorders among the HIV-positive population in Nigeria: A control study. *Journal of Psychosomatic Research*, 63 (2), 203-206.
- Berg, M., Mimiaga, M., & Safren, S. (2004). Mental health concerns of HIV-infected gay and bisexual men seeking mental health services: an observational study. *AIDS Patient Care & STDs*, 18(11), 635-643.
- Bermúdez, M. P. y Teva-Álvarez, I. (2003). Situación actual del VIH/SIDA en Europa: análisis de las diferencias entre países. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 89-106.
- Buela-Casal, G., Castro, A. y Bermúdez, M.P. (2009). Sida en España e inmigración : analisis epidemiológico. *Population Studies*, 8(1) , 37– 48.
- Chacón-Moscoso, S., Sanduvete-Chaves, S., & Sánchez-Martín, M. (2016). The development of a checklist to enhance methodological quality in intervention programs. *Frontiers in Psychology*, 7:1811. doi:10.3389/fpsyg.2016.01811
- Chowdhary, N. y Patel, V.(2010). Detection of common mental disorder and alcohol use disorders in HIV infected people: A validation study in Goa, India. *Asian Journal of Psychiatry*, 3 (3), 130-133.
- Deribew, A., Tesfaye, M., Hailmichael, Y., Apers, L., Abebe, G., Duchateau, L., y Colebunders, R. (2010). Common mental disorders in TB / HIV co-infected patients in Ethiopia. *BMC Infectious Diseases*, 10(1),201-209.
- Flores, E., Borda, M., y Pérez, M.A. (2006). SIDA y exclusión social: Alteraciones emocionales. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(1), 37–49.
- Freeman, M., Nkomo,N., Kafaar, Z. y Kelly, K. (2008). Mental disorder in people living with HIV/Aids in South Africa. *South African Journal of Psychology*, 38(3),489-500.

- García, I., Alfaro, F., Rodríguez, M. y Sánchez, O. (2011). Indicadores de enfermedades mentales en pacientes mexicanos con VIH/SIDA y su relación con la adherencia terapéutica. *Actualidades en Psicología*, 25, 37-55
- Gaynes, B., Pence, B., Eron, J., Miller, W. (2008). Prevalence and comorbidity of psychiatric diagnoses based on reference standard in an HIV+ patient population. *Psychosomatic Medicine*, 70(4), 505-511.
- Ingersoll, K. (2004). The impact of psychiatric symptoms, drug use, and medication regimen on non-adherence to HIV treatment. *AIDS Care*, 16(2), 199–211
- Kagee, A. (2010). Psychological distress among persons living with HIV, hypertension, and diabetes. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 22(12), 1517–1521.
- Melis, G., Pia, G., Piras, I. y Tusconi, M. (2015). Mental disorders and HIV infection in the emergency department: epidemiology and gender differences. *Internal and Emergency Medicine*, 10(4), 465-469.
- Morrison, M., Petitto, J., Ten Have, T., Gettes, D., Chiappini, M., Weber, A., Brinker-Spence, P., Bauer, R., Douglas, S. y Evans, D. (2002). Depressive and anxiety disorders in women with HIV infection. *American Journal Of Psychiatry*, 159(5), 789-796.
- Myer, L., Smit, J., Le Roux, L., Parker, S., Stein, D. J. y Seedat, S. (2008). Common Mental Disorders among HIV-Infected Individuals in South Africa: Prevalence, Predictors, and Validation of Brief Psychiatric Rating Scales. *AIDS Patient Care and STDs*, 22 (2), 147-158.
- Organización Mundial de la Salud (2016). VIH/SIDA: datos y cifras. recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
- Spies, G., Afifi, T., Archibald, S., Fennema-Notestine, C., Sareen, J., y Seedat, S. (2012). Mental health outcomes in HIV and childhood maltreatment: a systematic review. *Systematic Reviews*, 1(1), 30-58.

- Springer, S. A., Dushaj, A., y Azar, M. M. (2012). The impact of DSM-IV mental disorders on adherence to combination antiretroviral therapy among adult persons living with HIV/AIDS: A systematic review. *AIDS and Behavior*, 16(8), 2119–2143.
- Tesfaye, S. H., y Bune, G. T. (2014). Generalized psychological distress among HIV-infected patients enrolled in antiretroviral treatment in Dilla University Hospital, Gedeo zone, Ethiopia. *Global Health Action*, 7(1), 1–9.
- Theuninck, A., Lake, N., & Gibson, S. (2010). HIV-Related Posttraumatic Stress Disorder: Investigating the Traumatic Events. *AIDS Patient Care & STDs*, 24(8), 485-491.
- Thom, R. (2009). Common mental disorders in people living with HIV/AIDS. *The Southern African Journal Of Hiv Medicine*, 10(3), 8–13.
- Van den Heuvel, L., Chishinga, N., Kinyanda, E., Weiss, H., Patel, V., Ayles, H., Harvey, J., Cloete, K. y Seedat, S. (2013). Frequency and correlates of anxiety and mood disorders among TB- and HIV-infected Zambians. *AIDS Care*, 25(12), 1527-1535.

ANEXOS

Anexo 1: lista de comprobación de la calidad metodológica

Chacón-Moscoso, S., Sanduvete-Chaves, S., & Sánchez-Martín, M. (2016). The development of a checklist to enhance methodological quality in intervention programs. *Frontiers in Psychology*, 7:1811. doi:10.3389/fpsyg.2016.01811u

Definitions of the 12 items and their coding criteria for the final proposed checklist

1. **Inclusion and exclusion criteria for the units provided:** The reasons why some people were able to participate in the study and others were not were stated explicitly:
 1. **Yes:** Adequate selection criteria for units and applied to all the potential participants.
 2. **No:** Inadequate selection criteria for units and/or with exceptions in their application.
2. **Methodology or design:** Something an experimenter could manipulate or control in an experiment to help address a threat to validity (Shadish, Cook, & Campbell, 2002, p. 507):
 1. **Experimental; randomized:** An experiment (exploration of the effects of manipulating a variable; Shadish et al., 2002, p. 507) in which units are randomly assigned to conditions (Shadish et al., 2002, p. 511).
 2. **Quasi-experimental (two groups without randomized assignment) non-equivalent control groups with pre-test and post-test:** An experiment (exploration of the effects of manipulating a variable; Shadish et al., 2002, p. 507) in which units are not randomly assigned to conditions (Shadish et al., 2002, p. 511).
 3. **Pre-experimental/others (questionnaires/observational/naturalistic)** (Olivares, Rosa, & Sánchez-Meca, 2000; Sánchez-Meca, 1997): A study in which there is only one group and one measure; or when there was no intervention, but recordings were made of the participants' behavior, whether this was spontaneous or elicited (usually by means of questions).
3. **Attrition:** Loss of units. In randomized experiments, this refers to loss that occurred after the random assignment had taken place (Shadish et al., 2002, p. 505); percentage of the initial sample that did not conclude the study.
4. **Attrition between groups:** This item evaluated the differences in attrition between two groups (given in percentage).
5. **Exclusions after randomization (specify percentage):** This is also called post-assignment attrition and includes cases in which, after assigning a participant to

a condition, an experimenter deliberately dropped that participant from the data (Shadish et al., 2002, p. 323).

6. **Follow-up period:** This determined how long measurements were taken after finishing the intervention. When the study presented more than one follow-up period, the longest was recorded (given in number of days).
7. **Occasions of measurement for each variable (specify number)** (Olivares et al., 2000): This item specified when the measurements were taken.
 1. **Pre- and post-intervention:** Some measurements were taken before the intervention and others after it. The specific number of measurements on each occasion was recorded.
 2. **Post-intervention only:** All the measurements were taken after the intervention. The specific number of measurements was recorded.
8. **Measures in pre-test appear in post-test** (Olivares et al., 2000): This item counted the number of measurements that were taken before the intervention and for the remaining measurement occasions.
 1. **All of them** (Olivares et al., 2000): All measurements were taken at all the measurement occasions.
 2. **Some:** At least one of the measurements was taken at all measurement occasions.
 3. **None:** None of the measurements was taken at all measurement occasions.
9. **Standardized dependent variables:** Level of normalization of the tool to measure the variable that varied in response to the independent variable (also called effect or outcome) (Shadish et al., 2002, p. 507).
 1. **Standardized questionnaires or standardized self-reports** (Olivares et al., 2000): At least one measurement was taken using structured tools. The data were gathered using a homogeneous procedure. Some study of their psychometric properties was carried out.
 2. **Without (self-reports and post hoc records)** (Olivares et al., 2000): All the measurements were taken using ad hoc tools, developed in a specific situation, and whose validity was not checked.
10. **Control techniques** (Olivares et al., 2000):
 1. **Double-masking:** Also called double-blind, this refers to a procedure that prevented participants and experimenters from knowing the hypotheses (Shadish et al., 2002, p. 78).
 2. **Masking (beneficiaries):** Also called blind, this refers to a procedure that prevented participants from knowing the hypotheses (Shadish et al., 2002, p. 78).

3. **Masking (implementers):** Also called blind, this refers to a procedure that prevented experimenters from knowing the hypotheses (Shadish et al., 2002, p. 78).
 4. **Other (need to specify):** In this category, the control techniques were specified when they were not those mentioned in the previous categories (i.e., matching, blocking, or stratifying).
- 11. Construct definition of outcome:** Explanation of the concept, model, or schematic idea measured as a dependent variable (Shadish et al., 2002, p. 506):
1. **Replicable by reader in own setting:** All the concepts measured as dependent variables were defined in a conceptual and empirical way.
 2. **Vague definition:** At least one concept measured as a dependent variable was defined in a conceptual and/or empirical way.
 3. **No definition:** No concept measured as a dependent variable was measured in a conceptual or empirical way.
- 12. Statistical methods for imputing missing data:** To estimate what the study would have yielded if there had been no attrition (Shadish et al., 2002, p. 337):
1. **Yes (specify):** Values for the missing data points were imputed so that they could be included in the analyses. The specific method used was specified, that is, sample mean substitution, last value forward method for longitudinal data sets, hot deck imputation, single imputation, or multiple imputation.
 2. **No:** Attempts were made to estimate effects without imputing missing data.

Anexo 2: Tabla resumen de los estudios seleccionados

Autor y año [Nº referencia]	Objetivo	Características y tamaño de muestra	Instrumentos y/o forma de medición	Tipo de trastornos y frecuencia observada	Conclusiones
Myler, L. et al (2008). ^[1]	Estudiar la prevalencia y los predictores de los trastornos mentales comunes en pacientes VIH, así como validar las escalas breves para los tres trastornos medidos (Depresión, TEP y dependencia de sustancias).	465 participantes que recibían atención médica para el VIH en tres centros de ciudad del Cabo en Sudáfrica. Tenían una media de edad de 33 años y el 75% eran mujeres. El 48% recibía fármacos antirretrovirales.	Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)	Algún trastorno en términos globales según MINI (19%) Episodio depresivo mayor. (14%) Trastorno de estrés postraumático. (5%) Dependencia/Abuso del alcohol. (7%)	Existe una alta prevalencia de trastornos mentales en esta población, lo cual sugiere actuar investigando sobre los determinantes y apoyando el avance de estrategias para manejar estas comorbilidades en la atención primaria.
Chowdhary, N. y Patel, V. (2010). ^[2]	Validar un breve instrumento de detección de trastornos comunes y trastornos del consumo de alcohol en personas infectadas por el VIH.	109 personas que vivían con VIH inscritas en un programa de atención domiciliaria en Goa (India). Tenían una media de edad de 32 años. El 60% eran mujeres y solo el 31% recibían ART.	Instrumento de cribado con 2 cuestionarios: The Kesslers psychological distress scale (K6) The Rapid Alcohol Problems Screen (RAPS 4) Diagnostico estándar de un psiquiatra de referencia (CIE-10)	Al 49,5% se le diagnosticó un trastorno psiquiátrico de la CIE10, de los cuales: Episodio depresivo (30,2%) , Trastorno por uso de alcohol (9,1%) , Ansiedad generalizada (2,7%) , Trastorno adaptativo (2,7%) , Trastornos psicóticos (3,6%) , Demencia (0,9%) .	El K6 y el RAPS son factibles y razonablemente válidos para detectar la depresión y los trastornos del consumo de alcohol entre personas que viven con VIH en entornos comunitarios.
Freeman, M., Nkomo, N., Kafaar, Z. y Kelly, K. (2008). ^[3]	Estudiar la prevalencia de trastornos mentales en personas que viven con el VIH / SIDA y examinar la relación entre la presencia de trastornos mentales y variables independientes.	900 personas VIH positivas de cinco provincias de Sudáfrica. El 74% eran mujeres y solo el 18% estaban en programas de tratamiento antirretroviral.	La entrevista diagnóstica (CIDI). El sistema diagnóstico de DSM. Un cuestionario sociodemográfico.	Presencia de cualquier trastorno mental (43,7%) Trastorno depresivo leve (29,9%) , Trastorno depresivo mayor (11,1%) , Dependencia al alcohol (2,9%) , T. por abuso de alcohol (12,4%) , Dependencia de drogas (0,3%) , Abuso de drogas (1,9%) , T. ansiedad general (0,4%) , T. estrés postraumático (0,7%) , T. de estrés postraumático por Evento VIH (4,2%) , T. de pánico (0,1%) , Fobia social (0,9%) , T. explosivo intermitente (3,9%) , Agorafobia (0%) .	Las personas que viven con el VIH / SIDA tienen altas tasas de trastorno mental. Y por ello es crucial que los gobiernos y ONGs Reconozcan la salud mental como una parte importante del tratamiento contra el VIH / SIDA.
García, I., Alfaro, F., Rodríguez, M. y Sánchez, O. (2011). ^[4]	Analizar la relación entre algunos indicadores de enfermedades mentales y la adherencia terapéutica	76 pacientes Infectados por VIH/SIDA de un hospital público de la ciudad de San Luis Potosí,	Entrevista en profundidad con preguntas abiertas por parte de los investigadores.	El 82% de los pacientes cumplía alguno de los <u>indicadores</u> de enfermedad mental, de los cuales:	Un alto porcentaje de la muestra del estudio presentaba indicadores de un trastorno mental, y a pesar de no

	en pacientes con VIH/SIDA.	México. El 38% de la muestra era mujeres y la media de edad era de 32 años para los hombres y 31 para las mujeres.	Examen mental (identificación de síntomas /signos) Criterios de la DSM - IV	Conducta antisocial (28%) Depresión clínica (20%) Síndrome de estrés postraumático (13%) Psicosis orgánica (12%) Discapacidad intelectual (8%)	encontrar relación determinante entre esta condición y la adherencia terapéutica, es un hecho que debe ofrecerse a estas personas servicios de salud mental.
Adewuya, A. et al (2007). ^[6]	Estimar la prevalencia de trastornos mentales en una muestra de sujetos VIH positivos en Nigeria en comparación con los controles normales negativos para el VIH y evaluar los posibles correlatos sociodemográficos de los sujetos VIH positivos.	Los participantes del estudio fueron 87 personas seronegativas VIH y 88 personas seropositivas VIH extraídas de un centro de apoyo. De este último grupo, la media de edad era de 40 años. El 56,8% eran mujeres.	Un cuestionario sociodemográfico 2 evaluaciones por psiquiatras independientes con Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Criterios diagnósticos DSM-IV.	En el grupo seropositivo se constató algún trastorno psiquiátrico en el 59,1% , de los cuales: Algún trastorno afectivo (23,9%): TDM (11,4%), Distimia (9,1%), Hipomanía (6,8%), Manía (3,4%). Algún trastorno de ansiedad (34,1%): TAG (8%), TAS (9,1%), TOC (3,4%), Agorafobia (6,8%), Fobia específica (4,5%), TEPT (12,5%). Algún trastorno por uso de sustancias (9,1%): Abuso/dependencia de alcohol (8%), Otros trastornos por uso de sustancias (3,4%). Algún trastorno psicótico (5,7%)	Los trastornos psiquiátricos son comunes en los sujetos nigerianos con VIH, y las tasas son significativamente más altas en comparación con la población general sana. La identificación y el tratamiento proactivos de los trastornos mentales deben integrarse en las políticas de esta región.
Gaynes, B., Pence, B., Eron, J., Miller, W. (2008). ^[6]	Estudiar la prevalencia de la comorbilidad psiquiátrica basada en el estándar de referencia de criterios diagnósticos en pacientes con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).	152 pacientes VIH+ reclutados de un centro médico al sureste de EE.UU. la media de edad de la muestra era de 40,5 años. Sobre el 30% eran mujeres y alrededor del 75% eran afroamericanos	Un entrevistador administró a los participantes SCID (una entrevista clínica estructurada para la DSM-IV), después de un instrumento de cribado.	Desde el mes anterior a la entrevista, se consideró que un 33% de los participantes tenía un trastorno psiquiátrico, de los cuales: Cualquier trastorno del estado de ánimo (21%): TDM (11%), T. del estado de ánimo no especificado (9%), T. del estado de ánimo inducido por sustancias (1%), Otros trastornos del estado de ánimo como Distimia o T.	El 40% de los pacientes con diagnóstico de un mes anterior cumplieron con los criterios para diagnósticos múltiples (comorbilidad); Lo que sugiere considerar posibles trastornos coexistentes a la hora de desarrollar un plan de tratamiento para un paciente VIH + que

				<p>bipolar (1%)</p> <p>Cualquier trastorno de ansiedad (17%):</p> <p>Trastorno por estrés postraumático (6%), Fobia social (3%), Fobia específica (3%), T.obsesivo-compulsivo (1%), Trastorno de pánico (3%).</p> <p>Cualquier trastorno por uso de sustancias (11%):</p> <p>Alcohol (8%), Crack/cocaína (5%) cannabis (1%).</p>	<p>presente un diagnóstico psiquiátrico</p>
<p>Melis, G., Pia, G., Piras, I. y Tusconi, M. (2015).^[7]</p>	<p>Evaluar las características de los pacientes infectados por el VIH que han sido admitidos en un servicio de urgencias en Sardinia, Italia, en 2013, para los trastornos mentales y otras afecciones.</p>	<p>216 casos con antecedentes clínicos de infección por VIH. El 78,7% eran hombres, cuya edad media era de 45,4 años; mientras que la edad media de ese 21,3% de mujeres restantes era de 44,5 años.</p>	<p>Análisis de datos a partir de observaciones clínicas pasadas.</p>	<p>El 25,5% del total de la muestra presentaba una condición psiquiátrica asociada y de estos:</p> <p>Trastornos del estado de ánimo 46,3%-11,6% del total</p> <p>Trastornos psicóticos 38,9% - 9,7% del total</p> <p>Trastornos de ansiedad 14,8% - 3,7% del total</p>	<p>Hay una alta prevalencia de abuso de sustancias y trastornos psiquiátricos entre los individuos infectados por VIH. Es importante señalar que los trastornos por uso de drogas y alcohol son frecuentemente comórbidos con trastornos psiquiátricos. Lo cual debe tenerse en cuenta no solo porque aumenta el riesgo de contraer el VIH, sino porque también se han relacionado con la disminución de la utilización de fármacos antirretrovirales.</p>
<p>Morrison, M. et al (2002).^[8]</p>	<p>El objetivo principal fue determinar Si hubo diferencias en la tasa de trastornos depresivos y de ansiedad en una cohorte de mujeres infectadas con VIH en relación con un grupo de comparación de mujeres no infectadas.</p>	<p>93 mujeres seropositivas al VIH (media edad 37 años) y 62 mujeres seronegativas al VIH (media de edad 33,4 años) de una zona rural en el norte de la Florida y con aspectos socio demográficos similares. En torno al 40% de la muestra de ambos</p>	<p>Extensas evaluaciones psiquiátricas, neuropsicológica e inmunológicas</p> <p>Entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-P)</p> <p>2 escalas de síntomas ansiosos y depresivos de Hamilton:</p>	<p>En el grupo VIH+ se constató que:</p> <p>Un 25,9% actualmente tenía un trastorno del estado de ánimo:</p> <p>Trastorno depresivo mayor (19,4%), trastorno distímico (4,3%) y trastorno depresivo no especificado (2,2%).</p> <p>Un 15% tenía algún trastorno ansioso:</p>	<p>Las mujeres seropositivas al VIH sin abuso de sustancias actuales mostraron una tasa significativamente mayor de trastorno depresivo mayor y más síntomas de depresión y ansiedad que un grupo de mujeres VIH-seronegativas con características demográficas similares.</p>

		grupos era de raza caucásica.	Development of a rating scale for primary depressive illness The assessment of anxiety states by rating.	Fobia social (5,4%), Agorafobia (1,1%), Fobia específica (2,2%), Trastorno de pánico (0%), Trastorno de ansiedad generalizada (2,2%), TOC (1,1%), TEPT (3,2%), Ansiedad no especificada (0%).	
Theuninck, A., Lake, N., y Gibson, S. (2010). ^[9]	Examinar la relación entre la experiencia de varios eventos relacionados con el VIH y síntomas de estrés postraumático	100 hombres gay que vivían con VIH y residían en las islas británicas. El 95% eran blancos, la edad media de la muestra era de 43 años y el 56% se consideraban solteros.	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4a edición, Texto Revisión (DSM-IV-TR) The Posttraumatic Checklist Civilian Version (PCL-C)	Un total de 33% calificó para un diagnóstico de TEPT.	Recibir tratamiento médico, experimentar síntomas físicos y ser testigo de la muerte relacionada con el VIH están más asociados con los síntomas del TEPT. Dado que varios eventos relacionados con el VIH son potencialmente traumáticos, la evaluación y el tratamiento para el TEPT relacionado con el VIH pueden necesitar ser considerados por los servicios de VIH.
Van den Heuvel, L. et al (2013). ^[10]	Determinar la frecuencia de los trastornos actuales de ansiedad y de estado de ánimo en los pacientes recién tratados con TB, VIH y coinfectados y determinar las asociaciones con los aspectos sociodemográficos.	649 pacientes de 18 centros de salud de atención primaria de Zambia, de los cuales: 269 con VIH y TB 231 solo TB 148 solo VIH El 44% eran mujeres con una media de edad de 35,1 años.	Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Entrevistas para recopilar datos sobre las características sociodemográficas y clínicas de las enfermedades	De la muestra que solo presentaba VIH: Trastorno depresivo mayor (12,3%) Algún trastorno de ansiedad (37,8%): Trastorno de pánico (3,5%), ansiedad generalizada (13,3%), TOC (7,6%), TEPT (7,4%).	La alta tasa de trastornos ansioso/depresivos independientemente del grupo de enfermedad en los pacientes recién iniciados en el tratamiento subraya la importancia de la detección temprana, especialmente en mujeres y pacientes sin educación.
Berg, M., Mimiaga, M. y Safren, S (2004). ^[11]	Describir el consumo de salud mental de hombres VIH-positivos que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) en una clínica de salud comunitaria urbana durante un período de un año.	56 casos de hombres que mantienen sexo con hombres (HSH) positivos al VIH que se presentaron para el consumo de salud mental, en Boston. La edad media de este grupo era de 37,4 años y el	Revisión retrospectiva de los registros médicos y de salud mental, basados en entrevistas clínicas que evaluaban: presentación de problemas, deterioro funcional, sintomatología (checklist) y diagnósticos psiquiátricos (DSM-IV)	De entre los trastornos del eje I de DSM –IV se destacan: Trastorno adaptativo (50%) Depresión mayor (21,4%) Distimia (8,9%) Abuso de sustancias (7,1%) Trastornos de ansiedad	Estos hallazgos complementan los de los estudios anteriores. Donde se destaca que más del 30% de los pacientes reportaron un historial de abuso emocional, físico o sexual. Más de la mitad de la muestra informó de

		82,7% eran caucásicos.	entre otros.	(5,4%) Trastornos bipolares (3,6%) Trastornos sexuales (3,6%)	problemas de uso de sustancias pasados o presentes en algún momento de sus vidas. Más de uno de cada siete pacientes reportó alguna forma actual de ideación suicida. Estos datos pueden usarse para refinar evaluaciones que apunten a muestras más representativas.
--	--	------------------------	--------------	---	---

Anexo 3: sistema de categorías

<i>Años de publicación</i>	<i>Lugares</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Tamaño de las muestras</i>	<i>Formas y/o instrumentos de medición utilizados</i>	<i>Trastornos examinados</i>	<i>Conclusiones</i>
<i>(% de estudios)</i>	<i>(% de estudios)</i>	<i>(% de estudios)</i>	<i>(% de estudios)</i>	<i>(% de estudios)</i>	<i>(% de estudios)</i>	<i>(% de estudios)</i>
2000-2005 (18%)	Países más Desarrollados (45%)	Validar un instrumento (18%)	Menos de 100 participantes (36%)	Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) (27%)	Trastornos afectivos (90%)	Hay una alta prevalencia de trastornos mentales (55%)
2006-2010 (55%)	Países menos desarrollados (55%)	Estudiar la prevalencia (55%)	100 - 300 Participantes (36%)	Un sistema diagnóstico [DSM/ CIE] (55%)	Trastornos Ansiosos (100%)	Tasas más altas de trastornos mentales a comparar con grupo control (18%)
2011-2017 (27%)		Examinar características de los pacientes VIH+ (27%)	Más de 300 participantes (27%)	Una entrevista clínica/diagnóstica (55%)	Trastornos por uso/abuso de alcohol o Sustancias (55%)	Otros ⁴ (27%)
		Analizar la relación entre los trastornos mentales y otras variables (27%)		Escalas breves de trastornos específicos (45%)	Trastornos psicóticos (36%)	
		Otros ¹ (27%)		Cuestionario sociodemográfico (18%)	Otros ³ (27%)	
				Otros ² (27%)		

¹ Determinar si hubo diferencias en la tasa de trastornos, Examinar la relación entre la experiencia de varios eventos VIH y síntomas TEPT y describir el consumo de salud mental.

² Examen mental (identificación de síntomas /signos), Extensas evaluaciones psiquiátricas, neuropsicología e inmunológicas y Análisis de datos a partir de observaciones clínicas pasadas.

³ conducta antisocial, discapacidad intelectual, demencia, y trastornos sexuales.

⁴ El K6 y el RAPS son factibles y razonablemente válidos, El 40% de los pacientes cumplieron con los criterios para diagnósticos múltiples (comorbilidad), Recibir tratamiento médico, experimentar síntomas físicos y ser testigo de la muerte relacionada con el VIH están más asociados con los síntomas del TEPT.