



MASTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGIA GENERAL SANITARIA

Trabajo Fin de Máster

TÍTULO: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y SÍNDROMES CLÍNICOS DEL MCMI-III EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH CON BUENA RESPUESTA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL.

Estudiante: Irene Portilla Tamarit

Directores del Trabajo Fin de Máster:

- Carlos Van-der Hofstadt Roman
- Jesús Rodríguez Marín

Introducción: El tratamiento antirretroviral (TAR) ha conseguido convertir al VIH en una enfermedad crónica y no letal. La eficacia depende de la adhesión al tratamiento, en una población con elevada frecuencia de trastornos psicológicos. **Objetivo:** Analizar la presencia de trastornos de personalidad y síndromes clínicos del MCMI-III en pacientes con infección por VIH con buen control virológico e inmunológico y su relación con las variables sociodemográficas y clínicas de la infección por VIH. **Método:** Estudio observacional en pacientes con infección VIH en TAR con buen control virológico y con criterios de exclusión para eliminar factores de confusión. Administramos el cuestionario clínico MCMI-III autoaplicado de evaluación de la personalidad y síndromes clínicos. Analizamos su relación con variables sociodemográficas y clínicas relacionadas el VIH. **Resultados:** Se incluyeron 78 pacientes. Los trastornos de personalidad más prevalentes fueron: compulsivo (35,8%), narcisista (25,5%) e histriónico (10,2%). Los síndromes clínicos más prevalentes fueron: ansiedad (21,8%), trastorno bipolar (11,5%) y dependencia de sustancias (10,2%). En los varones homosexuales predominaba la personalidad narcisista. Los pacientes con antecedentes de uso de drogas intravenosas presentaban un menor recuento de linfocitos CD4+, CD4+ nadir, más tiempo de exposición al VIH, personalidad antisocial, agresiva y trastorno bipolar. **Discusión:** No hemos observado una mayor patología en la población estudiada respecto a la población general. Las relaciones encontradas son útiles para mejorar la adhesión al TAR, su malestar psicológico y por tanto el pronóstico de los pacientes.

Palabras clave: VIH, sida, linfocitos CD4, trastornos de la personalidad, patología.

Background: Antiretroviral therapy (ART) has managed to turn HIV infection into a chronic, not deadly disease. The efficacy of ART depends on the adherence in a population with high prevalence of psychological disorders. **Objective:** Analyze the presence of personality disorders and clinical syndromes of MCMI-III in HIV infected patients with good virological and immunological control, and its relationship with sociodemographic and clinical characteristics of HIV infection. **Methods:** Observational study of HIV-infected patients on ART with good virological control and exclusion criteria to eliminate confounders. We used the MCMI-III clinical self-administered questionnaire for assessing personality and clinical syndromes. We also analyzed its relation with clinical and sociodemographic variables related HIV. **Results:** 78 patients were included. The most prevalent personality disorders were: compulsive (35.8%), narcissistic (25.5%) and histrionic (10.2%). The most prevalent clinical syndromes were: anxiety (21.8%), bipolar disorder (11.5%) and substance dependence (10.2%). In gay men dominated narcissistic personality. Patients with previous intravenous drug use were associated with lower CD4 + lymphocytes, CD4 + nadir, longer exposure to HIV, antisocial personality, aggressive and bipolar disorder. **Discussion:** We did not observed more frequency of personality disorders and clinical syndromes in the HIV-population studied compared to general population. The relationships found are useful for improving adherence to ART, their psychological distress and therefore the prognosis of patients.

Keywords: HIV, AIDS, CD4, personality disorders, psychopathology.

INTRODUCCIÓN

Según los últimos datos disponibles de ONUSIDA (2014) 34,3–41,4 millones de personas vivían con el VIH en el mundo en 2014, 15 millones tenían acceso al tratamiento antirretroviral (TAR), 1,9–2,2 millones se infectaron con el VIH en 2014 y 980 000–1,6 millones de personas murieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida. Según el Centro Nacional de Epidemiología (2014), España es uno de los países con mayor tasa de incidencia de infección por VIH. Se estima que existen más de 29.987 personas infectadas, de ellos 3.278 fueron diagnosticados en 2013, siendo el 85% de ellos hombres con una mediana de edad de 35 años, y la vía de transmisión más frecuente fue la sexual, especialmente entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH). En la actualidad el TAR es extraordinariamente eficaz, y administrado precozmente ha demostrado aumentar la supervivencia de estos pacientes, transformando una enfermedad letal como era el sida en una enfermedad crónica. A pesar de estos avances, todavía existen personas infectadas por VIH que siguen desarrollando sida y mueren por esta enfermedad. Los datos que se asocian a un peor pronóstico son: un diagnóstico tardío de la infección, un recuento bajo de linfocitos CD4+ ($<200/\mu\text{L}$), los eventos no-sida, y por último la mala adhesión al TAR en relación fundamentalmente con problemas sociales, desórdenes mentales o trastornos de la personalidad (Vergidis, Falagas & Hamer, 2009).

Las personas infectadas por VIH se enfrentan con múltiples situaciones estresantes, como estigmatización (Fishman, Lyketsos, & Treisman, 1996), escaso apoyo social (Greene, Frey & Darlega, 2002), mayor exposición a la violencia (Cohen et al.), ocultamiento de su infección por VIH (Rodkjaer, Sodermann, Ostergaard, & Lomborg, 2011), y deterioro neurocognitivo asociado al VIH (Heaton et al., 2010).

Diferentes trastornos de la personalidad y síndromes clínicos asociados (p.ej. ansiedad, alteración del estado de ánimo, consumo de drogas, etc.) son más frecuentes entre las personas que viven con el VIH (63%) en comparación con la población general (30.5%) (Tegger et al., 2008). Lopes et al.(2012) demostraron que los varones con infección por VIH tenían más probabilidad de presentar trastornos del estado de ánimo, depresión mayor, distimia, trastorno de ansiedad y cualquier trastorno de la personalidad en comparación con población sin infección por VIH, pareada por edad y género.

La depresión, complica el tratamiento médico y la adhesión al tratamiento, lo que produce aumento de la CVP-VIH y descenso en el recuento de linfocitos CD4+ (Schuster, Bornovalova & Hunt, 2012). Estudios longitudinales sugieren que la depresión crónica se asocia a deterioro inmunológico, aumentando la mortalidad en personas infectadas por el VIH, a pesar de recibir un TAR eficaz (Ironson et al., 2005). Por otra parte, la depresión moderada-severa se asocia con peor adhesión al TAR, aumentando en 2.5 veces el riesgo de muerte (Lima et al., 2007). La alta tasa de incumplimiento del TAR conlleva complicaciones de salud, resistencia al TAR y muerte prematura (Schneiderman, Antoni, Saab, & Ironson, 2001). Por todo ello, la intervención psicosocial como medio para remediar el malestar psicológico, podría mejorar la adhesión al TAR, el sistema inmunológico y el pronóstico de estos pacientes (Carrico & Antoni, 2008).

La presencia de trastornos de la personalidad o del estado de ánimo tiene también otras implicaciones a nivel de salud poblacional. Diferentes estudios asocian la depresión con prácticas sexuales de riesgo para transmisión de la infección por VIH, por ejemplo sexo anónimo o promiscuidad sexual sin utilización de métodos de barrera (Murphy et al., 2001). Ello implicaría un mayor riesgo de transmitir el VIH a otras

personas, así como adquirir o transmitir otras infecciones de transmisión sexual, que pueden ocasionar una progresión más rápida de la enfermedad o co-morbilidades graves, que afectan directamente el pronóstico de los pacientes infectados por VIH.

Además de la depresión, existen otros problemas que pueden afectar al control de la infección por VIH. En estos pacientes, existe un mayor porcentaje de personas que refieren abuso de sustancias tóxicas y drogas ilegales en comparación con la población general (Galvan, Burnam & Bing, 2003). El consumo crónico de alcohol produce malnutrición calórico-proteica, inmunosupresión y se asocia a fracaso virológico (Samet, Horton, Traphagen, Lyon, & Freedberg, 2003), hepatopatía crónica (Dingle & Oei, 1997), alteración del metabolismo de los fármacos antirretrovirales (Kresina et al., 2002) y menor adhesión al TAR (Samet, Horton, Meli, Freedberg & Palepu, 2004). El consumo de tabaco también afecta a la progresión de la enfermedad. Los pacientes fumadores tienen más probabilidades de ser hospitalizados por neumonía por *Pneumocystis jiroveci*. En un estudio realizado en pacientes adultos con infección por VIH se observó que la respuesta inmunológica y virológica al TAR era inferior en los fumadores (Miguez-Burbano et al., 2003). Al igual que ocurre con la depresión, el abuso de sustancias, está relacionado con un comportamiento sexual de riesgo (Latkin, Curry, Hua & Davey, 2007), ya que podría contribuir indirectamente a la progresión de la enfermedad del VIH debido a su asociación con otros malos hábitos de salud. Otros estudios no han encontrado una relación entre el consumo de drogas y la adhesión al TAR. La variabilidad en los hallazgos es probablemente debido a las diferencias en la población estudiada, en la metodología para evaluar la adhesión antirretroviral y la definición de uso de drogas (Mohammed et al., 2004).

La desesperanza, definida como expectativas negativas y recurrentes sobre uno mismo y su futuro (McLaughlin, Miller, & Warwick, 1996), es un componente muy

relacionado con la depresión (Abramson, Metalsky & Alloy, 1989). Estudios transversales y longitudinales señalan que la desesperanza se relaciona con la inmunosupresión en población general y en personas infectadas por VIH (Ironson et al., 2005). Concretamente, la desesperanza se asocia con el inicio de los síntomas relacionados con el VIH (Reed, Kemeny, Taylor & Visscher, 1999) y con menor supervivencia en población homosexual masculina (Reed, Kemeny, Taylor, Wang & Visscher, 1994).

Además, los pacientes con infección por VIH viven acontecimientos vitales traumáticos que pueden complicar el curso de la enfermedad (Whetten, Reif, Whetten & Murphy-McMillan, 2008). Las exigencias psicológicas y físicas del afrontamiento de su infección, los efectos secundarios de la medicación antirretroviral y las enfermedades asociadas pueden ser abrumadoras e influir en los comportamientos que afectan a la salud (Gore-Felton & Koopman, 2008), en la adhesión al TAR y por tanto en la progresión de la infección por VIH.

La infección VIH es un proceso crónico que precisa TAR a lo largo de la vida del paciente. Por ello, los trastornos conductuales asociados a riesgo de progresión de la infección por VIH y cómo se puede mediar para disminuir el impacto de estos factores psicosociales en la progresión de la enfermedad es importante para el devenir de la enfermedad.

Con esta intervención identificaremos aquellos pacientes en situación de riesgo de presentar alguno de los problemas psicológicos definidos previamente, lo que nos permitirá implementar medidas de intervención psicológica para evitar la pérdida de adhesión al TAR y el buen control de los pacientes, evitando la progresión de la infección.

El objetivo de nuestro estudio es analizar la presencia de trastornos de la personalidad y síndromes clínicos del MCMI-III en pacientes con infección crónica por VIH con buen control virológico e inmunológico.

Como objetivo secundario evaluaremos la asociación de diferentes variables sociodemográficas y clínicas de la infección VIH con la presencia de trastornos de la personalidad y síndromes clínicos del MCMI-III.

Los datos obtenidos de la literatura científica sugieren que la presencia de trastornos de la personalidad y síndromes clínicos del MCMI-III en pacientes con infección crónica por VIH con buen control virológico e inmunológico gracias al TAR, es elevada. Para validar nuestra hipótesis consideraremos que será elevada si el porcentaje de pacientes que obtienen puntuaciones de trastornos de personalidad y síndromes clínicos según el MCMI-III, es significativamente mayor que los que no lo obtienen.

MÉTODO

Participantes

Estudio observacional de pacientes con infección VIH en TAR con buen control virológico y con criterios de exclusión exhaustivos de forma que se eliminen los factores de confusión, especialmente de co-morbilidades médicas, psiquiátricas o consumo de tóxicos/drogas que pudieran interferir en los resultados del estudio:

- *Criterios de inclusión:* adultos ≥ 35 años con infección por VIH y viremia plasmática de VIH (CVP-VIH) < 50 copias/ml ARN viral durante el último año (este resultado se considera el objetivo que debe alcanzar el TAR que recibe el paciente).
- *Criterios de exclusión:* mala adhesión al TAR (toma autoreferida de $< 95\%$ de las dosis previstas en los últimos 15 días); hepatitis crónica, excepto si ha sido curada; etilismo > 30 gr/día; tabaquismo > 10 cigarrillos al día; consumo de drogas activo;

cáncer; infección activa, diabetes mellitus; hipertensión arterial; enfermedad cardiovascular conocida; demencia u otras enfermedades del sistema nervioso central; enfermedad psiquiátrica grave.

El porcentaje esperado de pacientes con infección por VIH que pueden presentar trastorno de personalidad o algún síndrome clínico asociado es diferente según los estudios revisados en la literatura científica, probablemente porque se estudian diferentes poblaciones de pacientes infectados por VIH. Por ello, en nuestro estudio tomamos como referencia el supuesto de máxima indeterminación. En la cohorte de pacientes con infección por VIH seguida por la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA), se estima que existen 400 pacientes que cumplen los criterios de inclusión del estudio. Estableciendo un margen de error alfa de la prueba del 10% y un nivel de confianza del 95%, la muestra necesaria sería de 78 pacientes.

Para conseguir nuestra muestra utilizamos un muestreo de conveniencia, incluyendo a los pacientes que cumplían los criterios y que acudieron a su revisión habitual durante los meses de octubre de 2014 a febrero de 2015.

Variables e instrumentos

Variable principal: Patrones clínicos de la personalidad y síndromes clínicos. Evaluado por el MCMI-III.

Instrumento a utilizar: El Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III) (Millon, 1983) cuestionario clínico autoaplicado de evaluación de la personalidad y de síndromes clínicos. En este estudio se utiliza la adaptación española (Cardenal, Sánchez & Ortiz-Tallo, 2007).

Respecto a la evaluación de la personalidad, el MCMI-III es una escala de autoinforme con 175 ítems de respuesta dicotómica (verdadero/falso), que proporciona

información sobre patrones clínicos de la personalidad: esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo (sádico), compulsivo, negativista (pasivo-agresivo) y autodestructivo. Escalas de patología grave de personalidad patológica: esquizotípico, límite y paranoide.

En relación a los síndromes clínicos, el MCMI-III evalúa 10 síndromes relativos a los siguientes trastornos: trastorno de ansiedad, trastorno somatomorfo, trastorno bipolar, trastorno distímico, dependencia del alcohol, dependencia de sustancias, trastorno de estrés postraumático, trastorno del pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante. Estos tres últimos son considerados, en este inventario, como los de mayor gravedad. La mayoría de estos trastornos tienen correspondencia con los trastornos codificables en el Eje I del DSM-IV.

El MCMI-III considera que una puntuación de prevalencia ≥ 75 , indica rasgo de trastorno de personalidad y una puntuación ≥ 85 indica trastorno de personalidad. Respecto a los síndromes clínicos una puntuación ≥ 75 , indica presencia de síndrome clínico y una puntuación ≥ 85 indica prominencia de síndrome clínico, es decir, un nivel de funcionamiento crónico y moderadamente grave. El MCMI-III tiene buenas propiedades psicométricas, con una fiabilidad test-retest entre 0,84 y 0,96 y una consistencia interna superior a 0,80. Analizando la consistencia interna de cada escala, observamos que la validación del cuestionario tiene una fiabilidad adecuada, superando en más de 21 escalas el valor del Coeficientes alfa 0,75.

Variables secundarias:

- *Demográficas:* edad y género: varón/mujer.
- *Variables relacionadas con la infección por VIH:* factor de riesgo para adquisición del VIH: homosexual (HSH), heterosexual (HTX) y uso de drogas por vía parenteral (UDVP). Estadio clínico de infección por VIH: Asintomático (A), Sintomático (B) y

categoría definitoria de sida (C). Recuento de linfocitos CD4+ nadir, cifra más baja observada en el paciente. Linfocitos CD4+ basal, nivel de defensas en el momento del estudio. Tiempo en meses de exposición al VIH: dividido en más o menos de 72 meses. Tiempo en meses de exposición al TAR: dividido en más o menos 48 meses. Tiempo en meses de exposición al VIH sin TAR: dividido en menos o más 72 meses. Presencia de una co-morbilidad no psiquiátrica: durante más de 6 meses.

- *Variables relacionadas con enfermedad mental:* antecedentes de enfermedad mental o antecedentes de consumo de fármacos psicotrópicos: durante más de 6 meses.

- *Variables relacionadas con hábitos de vida saludable:* consumo activo de tabaco, drogas. Sedentarismo: < 3 horas/semana ejercicio físico.

Procedimiento

El estudio se ha realizado en las Consultas Externas de Enfermedades Infecciosas del HGUA. A los pacientes que acudieron a su revisión habitual durante los meses de octubre de 2014 y febrero de 2015 se les explicó el estudio, y si cumplían los criterios de inclusión y exclusión y daban su consentimiento por escrito, eran incluidos. Antes de la firma del consentimiento, se informó a los pacientes que era un estudio voluntario confidencial y anónimo, y que serían informados de los resultados al finalizar el estudio. El estudio está incluido dentro de uno más amplio que fue evaluado y aprobado por el Comité Ético del HGUA.

Los pacientes eran citados en ayunas. Se les extrajo una analítica de sangre, que se hizo coincidir con las analíticas solicitadas por los médicos, para obtener los parámetros analíticos. Y se les administró el MCMI-III de forma individual por la psicóloga de la Unidad. Este instrumento se corrigió mediante vía telemática. Para obtener el resto de datos se revisó exhaustivamente las historias clínicas de los pacientes.

Tipo de diseño

Estudio descriptivo, observacional y transversal.

Análisis de datos

Los datos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS V.22.0. Se realizó inicialmente un estudio descriptivo de los pacientes mostrando la frecuencia y el porcentaje de las variables. El análisis de la asociación entre las variables se realizó mediante tablas de contingencias. Para comparar las puntuaciones obtenidas en el test con las variables clínicas y sociodemográficas se utilizará las correlaciones de Pearson y Spearman y la comparación de medias mediante la prueba T de student.

RESULTADOS

Se incluyeron 78 pacientes que cumplían los criterios de inclusión. La población estudiada tenía una edad media de 45,1 años. El 79,5% de los pacientes eran varones como corresponde al perfil epidemiológico de la población infectada en España. Las prácticas de riesgo de transmisión del VIH fueron: HSH (60,3%), HTX (33,3%), y UDVP (6,4%). Respecto al estadio clínico de la infección por VIH, 15 pacientes tenían diagnóstico previo de sida. Respecto a estilos de vida saludables: el 14,1% eran fumadores activos, el 20,5% han sido fumadores, el 7,7% marihuana y un 59% eran sedentarios. En la Tabla 1 se presenta la descripción de las variables sociodemográficas de los pacientes incluidos en el estudio.

En la Tabla 2 se describen los resultados del test MCMI-III para los distintos patrones de personalidad y síndromes clínicos en el total de los pacientes estudiados. Los patrones de personalidad con resultados más altos en el test eran la personalidad histriónica ($51,0 \pm 19,43$), narcisista ($51,0 \pm 19,43$) y personalidad compulsiva ($64,76 \pm 17,15$). Respecto a los síndromes clínicos, con excepción del síndrome bipolar ($46,78 \pm 23,96$), el resto de los síndromes clínicos mostraban puntuaciones bajas.

Tabla 1

Descripción de las variables sociodemográficas y clínicas respecto a su infección por VIH de los pacientes incluidos en el estudio (n=78)

| | N (%) | Media ± DE n (%) |
|--|--------------|-------------------------|
| Edad (años) | | 45,13 ± 7,45 |
| Género | | |
| Varón | 62 (79,5) | |
| Mujer | 16 (20,5) | |
| Factor de riesgo de adquisición de VIH | | |
| HSH | 47 (60,3) | |
| HTX | 26 (33,3) | |
| UDVP | 5 (6,4) | |
| Estadio clínico CDC | | |
| A | 57 (73,1) | |
| B | 6 (7,7) | |
| C (sida) | 15 (19,2) | |
| CD4+/mmc nadir | | 250,4 ± 149,16 |
| CD4+/mmc basal | | 656,2 ± 214,84 |
| Tiempo (meses) de exposición conocida al VIH | | 161,9 ± 85,5 |
| - ≤ 72 meses | 15 (19,2) | |
| - > 72 meses | 63 (80,8) | |
| Tiempo (meses) de exposición al TAR | | 129,2 ± 75,93 |
| - ≤ 48 meses | 13 (16,7) | |
| - > 48 meses | 65 (83,3) | |
| Tiempo (meses) de exposición VIH sin TAR | | 32,71 ± 48,4 |
| - ≤ 72 meses | 65 (83,3) | |
| - > 72 meses | 13 (16,7) | |
| Presencia de co-morbilidad no psiquiátrica | 20 (25,6%) | |
| Antecedentes de enfermedad mental | 6 (7,7) | |
| Antecedentes consumo fármacos psicotrópicos | 10 (12,8) | |
| Consumo tabaco activo | 11 (14,1) | |
| Consumo alcohol activo | 16 (20,5) | |
| Consumo marihuana activo | 6 (7,7) | |
| Sedentarismo | 46 (59,0) | |

Tabla 2

Resultados del test MCMI-III para los distintos patrones de personalidad y síndromes clínicos en el total de los pacientes estudiados

| Patrones de personalidad | media ± DE | Síndromes clínicos | media ± DE |
|---------------------------------|-------------------|----------------------------|-------------------|
| Personalidad esquizoide | 42,17 ± 22,21 | Ansiedad | 38,91 ± 32,09 |
| Personalidad evitativa | 35,26 ± 22,6 | Somatomorfo | 30,54 ± 27,56 |
| Personalidad depresiva | 29,53 ± 25,69 | Bipolar | 46,78 ± 23,96 |
| Personalidad dependiente | 30,49 ± 22,14 | Distímico | 24,23 ± 25,79 |
| Personalidad histriónica | 51,0 ± 19,43 | Dependencia de alcohol | 36,97 ± 23,09 |
| Personalidad narcisista | 66,86 ± 14,61 | Dependencia de sustancias | 36,74 ± 26,27 |
| Personalidad antisocial | 39,42 ± 20,49 | T. de Estrés postraumático | 24,37 ± 23,94 |
| Personalidad agresiva (sádico) | 37,68 ± 21,73 | Trastorno del pensamiento | 29,08 ± 26,56 |
| Personalidad compulsiva | 64,76 ± 17,15 | Depresión mayor | 24,31 ± 25,91 |
| Personalidad negativista | 35,15 ± 23,31 | Trastorno delirante | 33,97 ± 32,1 |
| Personalidad autodestructiva | 23,53 ± 22,98 | | |
| Personalidad esquizotípica | 30,58 ± 26,18 | | |
| Personalidad límite | 28,88 ± 22,08 | | |
| Personalidad paranoide | 35,31 ± 26,39 | | |

En la Tabla 3, se muestran los resultados del test MCMI-III según categorías diagnósticas: no presencia, presencia de rasgo y presencia de trastorno de personalidad y no presencia, presencia y prominencia de síndrome clínico. El porcentaje más frecuente de pacientes con rasgos y trastornos de personalidad fue el siguiente: histriónico (rasgos: 5,1%; trastorno: 5,1%), narcisista (rasgos: 21,7%; trastorno: 13,8%) y compulsivo (rasgos: 17,9%; trastorno: 17,9%). Respecto a la proporción de pacientes que tienen rasgos de trastorno de personalidad, observamos personalidad depresiva (7,7%), esquizoide (2,6%), paranoide (2,6%) y evitativa (1,3%).

El síndrome clínico más prevalente fue la ansiedad que fue diagnosticado en 17 pacientes, tanto en presencia como en prominencia, seguido por el síndrome clínico bipolar en 9 pacientes y la dependencia de sustancias en 8 pacientes.

Si agrupamos los diferentes trastornos de personalidad y síntomas clínicos, podemos observar que el 55,1% de los pacientes estudiados tienen rasgos en al menos un trastorno de personalidad y un 3,8% tiene rasgos en dos trastornos de personalidad. El 26,9% de los pacientes presentan al menos un trastorno de personalidad y el 2,6% presentan dos trastornos de personalidad.

Respecto a los síndromes clínicos estudiados, el 33,3% de los pacientes tienen presencia de al menos un síndrome clínico, el 14,1% presencia en al menos dos síndromes clínicos y el 2,6% presencia de tres síndromes clínicos. El 16,7% presenta al menos prominencia de un síndrome clínico, el 2,6% presenta prominencia de dos síndromes clínicos y el 1,3% presenta prominencia de tres trastornos de síndrome clínico. Si unimos los trastornos de personalidad y los síndromes clínicos para evaluar en común la psicopatología de los pacientes evaluados, podemos observar que el 69,2% presentan sintomatología de psicopatología y el 41% presentan trastornos de psicopatología.

Tabla 3*Resultados del test MCMI-III según categorías diagnósticas*

| MCMI-III | | N (%) | N (%) | |
|---------------------------------|-------|-----------|---------------------------------|-----------|
| Patrones de personalidad | | | Síndromes Clínicos | |
| Personalidad esquizoide | | | Ansiedad | |
| No | <75 | 76 (97,4) | No | 61 (78,2) |
| Rasgo | 75-84 | 2 (2,6) | Presencia | 9 (11,5) |
| Trastorno | >85 | 0 (0,0) | Prominencia | 8 (10,3) |
| Personalidad evitativa | | | Somatomorfo | |
| No | <75 | 77 (98,7) | No | 72 (92,3) |
| Rasgo | 75-84 | 1 (1,3) | Presencia | 6 (7,7) |
| Trastorno | >85 | 0 (0) | Prominencia | 0 (0) |
| Personalidad depresiva | | | Bipolar | |
| No | <75 | 72 (92,3) | No | 69 (88,5) |
| Rasgo | 75-84 | 6 (7,7) | Presencia | 6 (7,7) |
| Trastorno | >85 | 0 (0) | Prominencia | 3 (3,8) |
| Personalidad dependiente | | | Distímico | |
| No | <75 | 78 (100) | No | 75 (96,2) |
| Rasgo | 75-84 | 0 (0) | Presencia | 3 (3,8) |
| Trastorno | >85 | 0 (0) | Prominencia | 0 (0) |
| Personalidad histriónica | | | Dependencia de alcohol | |
| No | <75 | 70 (89,7) | No | 76 (97,4) |
| Rasgo | 75-84 | 4 (5,1) | Presencia | 2 (2,6) |
| Trastorno | >85 | 4 (5,1) | Prominencia | 0 (0) |
| Personalidad narcisista | | | Dependencia de sustancias | |
| No | <75 | 58 (74,4) | No | 70 (89,7) |
| Rasgo | 75-84 | 17 (21,7) | Presencia | 5 (6,4) |
| Trastorno | >85 | 3 (3,8) | Prominencia | 3 (3,8) |
| Personalidad Antisocial | | | Estrés post-traumático | |
| No | <75 | 78 (100) | No | 78 (0) |
| Rasgo | 75-84 | 0 (0) | Presencia | 0 (0) |
| Trastorno | >85 | 0 (0) | Prominencia | 0 (0) |
| Personalidad agresiva | | | Trastorno del pensamiento mayor | |
| No | <75 | 78 (100) | No | 73 (93,6) |
| Rasgo | 75-84 | 0 (0) | Presencia | 4 (5,1) |
| Trastorno | >85 | 0 (0) | Prominencia | 1 (1,3) |
| Personalidad compulsiva | | | Depresión mayor | |
| No | <75 | 50 (50) | No | 77 (98,7) |
| Rasgo | 75-84 | 14 (17,9) | Presencia | 1 (1,3) |
| Trastorno | >85 | 14 (17,9) | Prominencia | 0 (0) |
| Personalidad negativista | | | Trastorno delirante | |
| No | <75 | 78 (100) | No | 74 (94,9) |
| Rasgo | 75-84 | 0 (0) | Presencia | 4 (5,1) |
| Trastorno | >85 | 0 (0) | Prominencia | 0 (0) |
| Personalidad autodestructiva | | | | |
| No | <75 | 78 (100) | | |
| Rasgo | 75-84 | 0 (0) | | |
| Trastorno | >85 | 0 (0) | | |
| Personalidad esquizotípica | | | | |
| No | <75 | 78 (100) | | |
| Rasgo | 75-84 | 0 (0) | | |
| Trastorno | >85 | 0 (0) | | |
| Personalidad límite | | | | |
| No | <75 | 78 (100) | | |
| Rasgo | 75-84 | 0 (0) | | |
| Trastorno | >85 | 0 (0) | | |
| Personalidad Paranoide | | | | |
| No | <75 | 76 (100) | | |
| Rasgo | 75-84 | 2 (2,6) | | |
| Trastorno | >85 | 0 (0) | | |

En la Tabla 4 se muestran sólo aquellas variables sociodemográficas y clínicas que han mostrado significación estadística con determinados trastornos de personalidad o síntomas clínicos. Entre nuestros hallazgos, cabe destacar que los pacientes con antecedentes de enfermedad mental tienen más rasgos o trastorno de personalidad depresivo. Las mujeres, los pacientes que han adquirido el VIH por transmisión heterosexual y un diagnóstico previo de sida tienen un porcentaje más elevado de rasgos o trastorno de personalidad histriónica. El trastorno de personalidad narcisista (rasgo o trastorno) es más frecuente en varones, HSH y sin comorbilidades médicas.

Tabla 4

Variables sociodemográficas y clínicas que muestran significación estadísticas con la presencia de trastornos de la personalidad (rasgos o trastorno)

| | CON rasgos o trastornos N (%) | SIN rasgos o trastornos N (%) | p |
|--------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------|
| Personalidad depresiva | | | |
| Antecedentes enf. mental | 4 (66,7%) | 14 (19,4%) | p=0,2 |
| No antecedentes enf. Mental | 2 (33,3%) | 58 (80,6%) | |
| Personalidad histriónica | | | |
| Varón | 1 (25%) | 61 (82,4%) | p=0,02 |
| Mujer | 3 (75%) | 13 (17,6%) | |
| Transmisión HTX | 6 (75%) | 20 (28,6%) | p=0,01 |
| No transmisión HTX | 2 (25%) | 50 (71,4%) | |
| Diagnóstico previo de sida | 3 (75%) | 12 (16,2%) | p=0,02 |
| No sida | 1 (25%) | 62 (83,8%) | |
| Personalidad narcisista | | | |
| Varón | 20 (100%) | 42 (72,4%) | p=0,008 |
| Mujer | 0 (0%) | 16 (27,6%) | |
| Transmisión HSH | 17 (85%) | 30 (51,7%) | p=0,009 |
| No transmisión HSH | 3 (15%) | 28 (48,3%) | |
| Co-morbilidad no psiquiátrica | | | |
| Co-morbilidad no psiquiátrica | 19 (32,8%) | 1 (5%) | p=0,001 |
| No co-morbilidad no psiquiátrica | 39 (67,2%) | 198 (95%) | |

En la Tabla 5 se muestran las variables sociodemográficas y clínicas que mostraron significación estadística con la presencia o no de rasgos de trastornos de la personalidad, repitiéndose resultados similares a los observados en la Tabla 4. Así, la presencia de rasgos de trastorno de personalidad histriónica es más frecuente en mujeres y en

aquellos que adquirieron la infección por relaciones HTX. Los rasgos de trastornos de personalidad narcisista fueron más frecuentes en varones y en HSH.

Tabla 5

Variables sociodemográficas y clínicas que muestran significación estadísticas con la presencia de rasgos de trastornos de la personalidad

| | CON Rasgos N (%) | SIN Rasgos N (%) | p |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------|
| Personalidad histriónico | | | |
| Varón | 1 (25%) | 61 (82,4%) | |
| Mujer | 3 (75%) | 56 (77,8%) | p=0,02 |
| Transmisión HSH | 0 (0%) | 47 (63,5%) | |
| No transmisión HSH | 4 (100%) | 27 (36,5%) | p=0,01 |
| Transmisión HTX | 4 (100%) | 22 (29,7%) | |
| No transmisión HTX | 0 (0%) | 52 (70,3%) | p=0,01 |
| Personalidad narcisista | | | |
| Varón | 17 (100%) | 45 (73,8%) | |
| Mujer | 0 (0%) | 16 (26,2%) | p=0,01 |
| Transmisión HSH | 15 (88,2%) | 32 (52,5%) | |
| No transmisión HSH | 2 (11,8%) | 29 (71,4%) | p=0,01 |
| Transmisión HTX | 2 (11,8%) | 24 (39,3%) | |
| No transmisión HTX | 15 (88,2%) | 37 (60,7%) | p=0,04 |

En la Tabla 6 se relacionan las variables clínicas y sociodemográficas asociadas a, presencia y prominencia de síndromes clínicos. La ansiedad, como presencia o prominencia de síndrome clínico, es más frecuente en pacientes con antecedentes de enfermedad mental y sin tratamientos psicotrópicos previos. El síndrome clínico somatomorfo (presencia y prominencia) es más frecuente en pacientes con antecedentes de enfermedad mental.

Tabla 6

Variables sociodemográficas y clínicas que muestran significación estadística con la presencia de síndromes clínicos (síntomas o trastorno)

| | CON Presencia y Prominencia N (%) | SIN Presencia y Prominencia N (%) | p |
|-----------------------------------|--|--|----------|
| S. C. Ansiedad | | | |
| Ant. de Enfermedad Mental | 9 (52,9%) | 9 (14,8%) | |
| No Ant. de Enfermedad Mental | 8 (47,1%) | 52 (85,2%) | p=0,02 |
| Ant. de fármacos psicotrópicos | 6 (35,3%) | 4 (6,6%) | |
| No Ant. de fármacos psicotrópicos | 11 (64,7%) | 57 (93,4%) | p=0,006 |
| S. C. Somatomorfo | | | |
| Ant. de Enfermedad Mental | 4 (66,7%) | 14 (19,4%) | |
| No Ant. de Enfermedad Mental | 2 (33,3%) | 58 (80,6%) | p=0,02 |

En la Tabla 7 se muestran los resultados del análisis por separado de la presencia y prominencia de síndromes clínicos. Respecto al síndrome somatomorfo, la presencia de síndrome clínico fue más frecuente en pacientes con antecedentes de enfermedad mental. La presencia de consumo de sustancias fue más frecuente en pacientes de UDVP. La presencia de trastorno delirante fue más frecuente en pacientes con diagnóstico previo de sida.

Tabla 7

Variables sociodemográficas y clínicas que muestran significación estadística con la presencia de síndromes clínicos

| | CON Presencia N (%) | SIN Presencia N (%) | P |
|----------------------------------|------------------------|------------------------|---------|
| S. C. Somatomorfo | | | |
| Ant. de Enfermedad Mental | 4 (66,7%) | 14 (19,4%) | p=0,02 |
| No Ant. de Enfermedad Mental | 2 (33,3%) | 58 (80,6%) | |
| S. C. Abuso de Sustancias | | | |
| Trasmisión UDVP | 3 (60%) | 2 (2,7%) | p=0,001 |
| No Trasmisión UDVP | 2 (40%) | 71 (97,3%) | |
| S. C. Trastorno Delirante | | | |
| Sida | 3 (75%) | 12 (16,2%) | p=0,021 |
| No Sida | 1 (25%) | 62 (83,8%) | |

Las diferencias estadísticamente significativas respecto a la prominencia de síndromes clínicos con las variables estudiadas se muestran en la tabla 8. La prominencia de ansiedad se relaciona con antecedentes de enfermedad mental. Y la prominencia del abuso de sustancias con el estadio asintomático. (estadio A).

Tabla 8

Relación entre variables sociodemográficas y clínicas con la prominencia de síndromes clínicos

| | CON Prominencia N (%) | SIN Prominencia N (%) | P |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------|
| S. C. Ansiedad | | | |
| Ant. de Enfermedad Mental | 6 (75%) | 12 (17,1%) | p=0,001 |
| No Ant. de Enfermedad Mental | 2 (25%) | 58 (82,9%) | |
| S. C. Abuso de Sustancias | | | |
| Estadio CDC A | 0 (0%) | 57 (76%) | p=0,01 |
| No Estadio CDC A | 3 (100%) | 18 (24%) | |

En la tabla 9 se muestran las correlaciones existentes entre las puntuaciones del cuestionario MCMI-III y las variables cuantitativas sociodemográficas y clínicas sin tener en cuenta los puntos de corte establecidos y de esta manera poder analizar las tendencias existentes. Los resultados de este análisis muestran que a mayor edad disminuye la puntuación en los patrones de personalidad histriónico y narcisista. Cuanto más alto es el recuento de linfocitos CD4+ mayor puntuación se obtiene en el patrón de personalidad evitativo y en el dependiente. Cuanto más alto es el recuento de linfocitos CD4+ nadir, más puntuación en el patrón de personalidad esquizoide, en el síndrome clínico distímico y bipolar. Cuanto más tiempo de exposición al VIH más puntuación en el patrón de personalidad antisocial. Cuanto más tiempo exposición al TAR menos puntuación en el trastorno de estrés postraumático. Cuanto más tiempo de exposición al VIH sin TAR más puntuación en el patrón de personalidad depresivo, agresivo y en el trastorno de estrés postraumático.

Tabla 9

Correlaciones significativas entre las puntuaciones obtenidas en el MCMI-III y las variables sociodemográficas y clínicas

| Puntuaciones obtenidas en el test | Edad | | CD4+/mmc | | CD4+/mmc nadir | | Tiempo (meses) exp. al VIH | | Tiempo (meses) exp. al TAR | | Tiempo (meses) exp. al VIH sin TAR | |
|-----------------------------------|--------|------|----------|------|----------------|------|----------------------------|-------|----------------------------|------|------------------------------------|-------|
| | C.P. | p | C.S. | p | C.P. | p | C.P. | p | C.P. | p | C.P. | p |
| Patrón de Personalidad | | | | | | | | | | | | |
| Esquizoide | | | | | 0,25* | 0,03 | | | | | | |
| Evitativo | | | 0,25* | 0,02 | | | | | | | | |
| Depresivo | | | | | | | | | | | 0,25* | 0,03 |
| Dependiente | | | 0,22* | 0,04 | | | | | | | | |
| Histriónico | -0,24* | 0,04 | | | | | | | | | | |
| Narcisista | -0,26* | 0,02 | | | | | | | | | | |
| Antisocial | | | | | | | 0,44* | 0,001 | | | | |
| Agresivo | | | | | | | | | | | 0,36* | 0,001 |
| Síndrome Clínico | | | | | | | | | | | | |
| Bipolar | | | | | 0,24* | 0,04 | | | | | | |
| Distímico | | | | | 0,24* | 0,04 | | | | | | |
| T.estrés postra. | | | | | | | | | -0,23* | 0,04 | 0,24* | 0,03 |

En la tabla 10, se puede observar la relación de las diferencias estadísticamente significativas de variables cuantitativas sociodemográficas y clínicas con los resultados del cuestionario MCMI-III. Los rasgos de patrón de personalidad esquizoide se relacionan con más tiempo de exposición al VIH. El trastorno de personalidad narcisista se relaciona con más edad. La presencia de trastorno de dependencia de sustancias se relaciona con menos CD4 y menos CD4 nadir. La prominencia de dependencia de sustancias se relaciona con menos CD4, con más tiempo de exposición al VIH y con más tiempo de exposición al VIH sin TAR. El sedentarismo se relaciona con un menor nivel de CD4.

Tabla 10

Diferencias observadas con significación estadística entre las variables cuantitativas sociodemográficas y clínicas con los resultados del cuestionario MCMI-III

| | | Edad | | CD4+ | | CD4+ nadir | | Tiempo (meses) de exp. al VIH | | Tiempo (meses) exp. al VIH sin TAR | |
|------------------------------|----------------|----------------|-------|-------------------|-------|-------------------|------|-------------------------------|-------|------------------------------------|------|
| | | X ±DE | p | X ±DE | p | X ±DE | p | X ±DE | p | X ±DE | p |
| P. Esquizoide | Rasgo | | - | | - | | - | 218,45 ±1,37 | <0,01 | | - |
| | No Rasgo | | | | | | | 160,45 ±86,13 | | | |
| P. Narcisista | Trastorno | 61 ±2,65 | <0,01 | | - | | - | | - | | - |
| | No Trastorno | 44,49 ±6,85 | | | | | | | | | |
| S.C. Dependen. de Sustancias | Presencia | | - | 478 ±171,30 | 0,01 | 141,63 ±127,14 | 0,02 | | - | | - |
| | No Presencia | | | 676,61 ±210,78 | | | | 262,87 ±147,17 | | | |
| | Prominencia | | - | 386,67 ±138,16 | 0,2 | | - | 237,52 ±25,36 | 0,01 | 87,17 ±48,64 | 0,04 |
| | No Prominencia | | | 667,03 ±210,83 | | | | 158,91 ±85,72 | | | |
| Sedentarism | Si | | - | 588,59 ±183,54 | <0,01 | | - | | - | | - |
| | No | | | 753,50 ±221,8 | | | | | | | |

El consumo de sustancias muestra diferencias estadísticamente respecto al nivel de linfocitos CD4+. En la tabla 11 se muestra la relación de las diferencias de medias

significativas entre las variables sociodemográficas, clínicas, puntuaciones en el MCMI-III y el consumo activo de drogas. El consumo de tabaco activo está relacionado con un menor recuento de linfocitos CD4+ y con mayor puntuación de dependencia de sustancias. El consumo de alcohol activo está relacionado con una mayor edad y con una mayor de puntuación en personalidad narcisista. El consumo de marihuana activo está relacionado con un menor tiempo en meses de exposición al TAR.

Tabla 11

Relación de las diferencias de medias significativas entre las variables sociodemográficas, clínicas y puntuaciones en el MCMI-III y el consumo activo de drogas

| Consumo Activo | | Edad | | CD4 nadir | | Tiempo en meses de exposición al TAR | | P. Narcisista | | S. C. Dependiente de Sustancias | |
|----------------|----|----------------|------|-------------------|------|--------------------------------------|------|-----------------|-----------------|---------------------------------|------|
| | | X ±DE | p | X ±DE | p | X ±DE | P | X ±DE | p | X ±DE | p |
| Tabaco | Si | | - | 181,17 ±127,42 | 0,03 | | - | | - | 48,44 ±28,97 | 0,04 |
| | No | | | 270,91 ±152,58 | | | | | 34,13 ±24,30 | | |
| Alcohol | Si | 50,31 ±7,56 | 0,01 | | - | | - | 74,56 ±17,58 | 0,02 | | - |
| | No | 43,50 ±6,89 | | | | | | 64,98 ±12,89 | | | |
| Marihuana | Si | | - | | - | 91,09 ±31,26 | 0,02 | | - | | - |
| | No | | | | | 133,12 ±78,19 | | | | | |

Por último analizamos el consumo previo de heroína intravenosa con las variables sociodemográficas, clínicas y las puntuaciones en el MCMI-III en la Tabla 12. Los pacientes UDVP presentaban un menor recuento de linfocitos CD4+, de CD4+ nadir, más tiempo de exposición al VIH, más puntuación en el patrón de personalidad antisocial y agresivo, en el síndrome clínico bipolar y en la dependencia de sustancias.

Tabla 12

Relación de las diferencias de medias significativas entre las variables sociodemográficas, clínicas y puntuaciones en el MCMI-III y el consumo previo de heroína

| | CD4+ | | CD4+ nadir | | Tiempo (meses) exposición al VIH | | Personalidad antisocial | | Personalidad agresiva | | S. C. Bipolar | | S. C. Dependiente de Sustancias | |
|------|----------------------|------|----------------------|------|----------------------------------|------|-------------------------|-------|-----------------------|------|--------------------|------|---------------------------------|-------|
| ADVP | X ±DE | p | X ±DE | p | X ±DE | p | X ±DE | p | X ±DE | p | X ±DE | p | X ±DE | p |
| Si | 467,86 ± 182,4 | 0,02 | 124,29 ± 126,7 | 0,02 | 215,05 ± 52,6 | 0,03 | 63,14± 9,01 | <0,01 | 48,14 ± 12,5 | 0,04 | 59,71 ± 9,3 | 0,01 | 82,71 ± 32,9 | <0,01 |
| No | 672,51 ± 210,3 | | 262,12 ± 148,2 | | 156,07 ± 86,6 | | 36,94 ± 19,8 | | 35,90 ± 21,9 | | 46,36 ± 24,8 | | 32,9 ± 22,6 | |

DISCUSIÓN

Los resultados de nuestro estudio muestran una prevalencia baja de trastornos de la personalidad y síndromes clínicos en pacientes con infección por VIH que presentan un buen control virológico de la infección caracterizado por una CV-VIH <50 cop. ARN/mL. Los trastornos de personalidad más prevalentes fueron los patrones de personalidad compulsiva, narcisista e histriónica. Ello debe evaluarse con cautela ya que cuando las personas sin una patología de personalidad relevante cumplimentan los cuestionarios, la ausencia de patología tiende a elevar estas tres escalas. (Millon-III). Además, la elevación de una o más de estas escalas se considera un reflejo de salud y no de patología, ya que dentro de estos patrones de personalidad se encuentran constructos como la autoestima y la sociabilidad. Respecto a los síntomas clínicos, aquellos que aparecieron con mayor frecuencia en la población estudiada fueron la ansiedad, el consumo de sustancias recreativas y el trastorno bipolar.

Cuando comparamos estos datos con los reportados en población general (Ortiz-Tallo, Cardenal, Ferragut, & Cerezo, 2011), la prevalencia es similar o incluso inferior en la población infectada por VIH respecto a la observada en la población general. Nuestros resultados no confirman nuestra hipótesis de que las personas con infección por VIH presentan más probabilidad de presentar síntomas clínicos o trastornos de la personalidad que la población sin infección. En nuestro estudio solo analizamos

pacientes que recibían TAR y presentaban un buen control virológico, lo que indica una buena adhesión a las visitas y al cumplimiento del TAR. Estas características no son comunes a todos los pacientes infectados por VIH, los resultados podrían haber sido diferentes si hubiéramos incluidos pacientes con mala adhesión al TAR.

Respecto al segundo objetivo, determinar la relación entre las variables sociodemográficas y clínicas con la presencia de trastornos de personalidad y síndromes clínicos, nuestros resultados revelan datos interesantes en la población estudiada.

Los pacientes que presentaban personalidad depresiva presentan una mayor frecuencia de antecedentes de enfermedad mental. Esta asociación ha sido descrita por otros autores y se señala como un factor de predicción de mala adhesión al tratamiento (Slot, Sodemann, Gabel, Holmskov, Laursen, & Rodkjaer, 2015). La personalidad histriónico disfuncional se relaciona con: (1) ser mujer, al igual que ocurre en población general; (2) transmisión heterosexual del VIH, que estaría relacionada probablemente con la variable anterior ya que la mayoría de pacientes contagiados por transmisión heterosexual son mujeres; (3) y tener un diagnóstico previo de sida. Las personas con personalidad histriónica, buscan de manera exacerbada la estimulación y el afecto. En general, suelen mostrar mayor seguridad en sí mismos, sin embargo debajo de esta apariencia, subyace miedo a la autonomía y una reiterada necesidad de señales de aceptación y aprobación (Cardenal et al., 2007). Lo que puede conllevar a mantener relaciones sexuales sin preservativo buscando la aceptación y afecto de otras personas. Estos pacientes tendrían más riesgo de ocultamiento de su infección por VIH y transmisión del VIH a otras personas.

Al igual que ocurre en población general, la personalidad narcisista disfuncional hemos observado con mayor frecuencia en varones, y especialmente en HSH. Por tanto,

la personalidad narcisista disfuncional sería más frecuente en varones homosexuales. En nuestro estudio, observamos un mayor porcentaje de pacientes con co-morbilidades no psiquiátricas en personas con personalidad narcisista disfuncional, esto podría ser explicado por un menor nivel de cuidados médicos, escasa percepción de riesgo por parte de las personas narcisistas, o bien una sobrevaloración de si mismos respecto a la enfermedad. Estos aspectos no han sido analizados en nuestro estudio aunque abren nuevas hipótesis de investigación, especialmente en relación con el aumento de infecciones de transmisión sexual en esta población. (Marcus, Heiden, Gassowski, Kruspe & Drewes, 2015).

Respecto a los síndromes clínicos hemos observado lo siguiente. Los pacientes con ansiedad presentan con más frecuencia antecedentes de enfermedad mental y un 64,7% de ellos no refieren consumo de fármacos psicotrópicos. La escasa o nula atención psicológica en unidades de atención a pacientes con infección por VIH, es un problema en determinados pacientes vulnerables como son aquellos con trastornos de la ansiedad, que presentarían un mayor riesgo de pérdida de control de su infección.

El síndrome clínico somatomorfo es también más frecuente en pacientes con antecedentes de enfermedad mental. Los pacientes con trastorno somatomorfo suelen expresar sus problemas a través de somatizaciones y ello puede confundir al médico con la presencia de patología orgánica.

El abuso de sustancias es más frecuente en aquellos pacientes que adquirieron el VIH por uso de drogas por vía intravenosa y con estadio clínico B o C. Aunque el número de pacientes con antecedentes de drogas es escaso en la población estudiada, estos resultados orientan a que estos pacientes tendrían un menor nivel de autocuidados, y de adhesión a los tratamientos o a las visitas médicas (Azar et al., 2015).

Por último, los rasgos de trastorno delirante son más frecuentes en pacientes con diagnóstico previo de sida. Estos pacientes se consideran paranoides agudos y con frecuencia pueden convertirse en beligerantes, expresando delirios irracionales (Cardenal et al., 2007), dificultando la adhesión y los hábitos de vida saludable.

Respecto a la relación entre diferentes variables clínicas de importancia en la infección por VIH con diferentes rasgos o trastornos de la personalidad analizados hemos observado algunos resultados interesantes. Las personas más jóvenes tenían más probabilidades de tener un patrón de personalidad narcisista e histriónica, y por lo tanto una mayor vulnerabilidad a la infección. El recuento de linfocitos CD4+ en el momento del estudio es un indicador fiable de un buen estado de salud en pacientes con infección por VIH y se asocia a patrones de personalidad evitativa y dependiente. Las personas con personalidad evitativa se caracterizan por estar en continua vigilancia frente al dolor, y consecuentemente una falta de atención hacia el disfrute. Su nivel de autocuidados es más alto debido a la ansiedad anticipatoria de que pueda ocurrir algo (Cardenal et al., 2007). Las personas con patrón de personalidad dependiente asumen un rol pasivo en las relaciones sociales, en su relación con el médico tienden a realizar todas las conductas que éstos les indiquen sin oponerse. Por último, el sedentarismo se relacionó con un menor nivel de linfocitos CD4+ en el momento del estudio y podría estar relacionado con menor nivel de autocuidados y peores estilos de vida saludables.

Los niveles de linfocitos CD4+ nadir (recuento más bajo observado) están relacionados con el tiempo que pasa desde la infección hasta el diagnóstico del VIH, y hasta el inicio del TAR. En muchas ocasiones el diagnóstico tardío de la infección está relacionado con el miedo a realizarse la serología. Curiosamente, en nuestra población hemos observado una correlación significativa entre el patrón de personalidad esquizoide y mayores niveles de linfocitos CD4+ nadir. Las personas con este patrón de

la personalidad suelen tener menos emociones o necesidades afectivas y funcionan como observadores pasivos indiferentes a las recompensas y afectos, y menor miedo a la enfermedad física (Cardenal et al., 2007). Por esta razón, es muy posible que sientan menos reparos a colaborar en el diagnóstico precoz de la infección y por consecuencia su tratamiento precoz, haga que sus niveles de CD4 nadir sean más altos, en relación con otros trastornos de la personalidad. Un recuento de linfocitos CD4+ nadir elevado, también se correlacionó con una mayor puntuación en los síndromes clínicos distimia y bipolar. Los pacientes con síntomas distímicos fueron sólo 3, es difícil extraer conclusiones y probablemente se deba al azar. Respecto al síndrome bipolar, 6 pacientes tenían presencia de trastorno de bipolaridad y 3 prominencia de trastornos de bipolaridad. No hemos encontrado una explicación para este dato, ni tampoco referencias en la literatura revisada. Al contrario, el trastorno bipolar se asocia a una peor adhesión al TAR. (Casaletto et al., 2016).

Un mayor tiempo de exposición al VIH, en nuestro estudio más de 6 años, indica infección antigua, y se correlaciona de forma positiva con personalidad antisocial. Estas personas son retraídas, no tienen empatía con el daño que puedan causar a las personas que viven a su alrededor y tienen sentimientos de venganza o recompensa que relacionan con injusticias pasadas (Cardenal et al., 2007). Ello explicaría que oculten su infección por VIH a sus familiares y amigos, y por tanto que aumente su retraimiento social.

La tendencia a iniciar de forma precoz y tras el diagnóstico de la infección VIH el TAR ha ido aumentando en los últimos años (GESIDA, 2015). Un mayor tiempo de exposición al VIH sin TAR indicaría un rechazo al inicio del TAR. En nuestro estudio, un mayor tiempo sin TAR se correlaciona de forma positiva con mayores puntuaciones en el patrón de personalidad depresiva y agresiva. Las personas con personalidad

depresiva tienden a ser más pesimistas y tristes (Cardenal et al., 2007). Estos síntomas pueden exacerbarse tras el diagnóstico de la infección por VIH y por tanto dificultar la aceptación de la infección y un retraso en el inicio del TAR. Estos pacientes suelen precisar pasar por diferentes etapas: asumir la infección, acudir a las visitas médicas, y finalmente un tratamiento continuado durante toda su vida. Requieren ayuda psicológica desde el diagnóstico de la infección para disminuir el tiempo de inicio de TAR. Los pacientes con patrón de personalidad agresiva, son hostiles y combativos, por lo que el mayor tiempo de exposición al VIH sin TAR, puede estar relacionado con que la hostilidad les haga no acudir a la consulta médica, y ser más reticentes a seguir las indicaciones del médico. Además, en estos casos es más difícil alcanzar una buena relación médico-paciente, el médico puede dudar que la adhesión sea adecuada y por tanto optar por retrasar el inicio del TAR hasta que asegure su adhesión. Un mayor tiempo de exposición al TAR indicaría una mayor aceptación de la infección y por ello esta variable se correlaciona negativamente con una menor puntuación en el trastorno de estrés postraumático, debido al avituallamiento.

La dependencia de sustancias se relaciona con menor nivel de linfocitos CD4+ en el momento del estudio, menor recuento de linfocitos CD4+ nadir, más tiempo de exposición al VIH y más tiempo de exposición al VIH sin TAR. Todas estas variables se relacionan con un peor pronóstico de la infección. El consumo de tabaco activo está relacionado con un menor recuento de linfocitos CD4+ y mayor puntuación de dependencia de sustancias. El consumo de alcohol activo está relacionado con una mayor edad y con una mayor puntuación en patrón de personalidad narcisista. El consumo de marihuana activo está relacionado con un menor tiempo de exposición al TAR.

El antecedente de adicción previa a drogas más relevante es el consumo de heroína intravenosa. Estos pacientes presentan un menor recuento de linfocitos CD4+ en el momento de realizar el estudio, menor recuento de CD4+ nadir, más tiempo de exposición al VIH, más puntuación en el patrón de personalidad antisocial y agresivo, en el síndrome clínico bipolar y en la dependencia de sustancias. Es fundamental, focalizar los esfuerzos en esta población y no solo en aquellas con antecedentes de consumo de heroína intravenosa, sino también en los pacientes que consumen de forma activa “drogas recreativas” que presentan una elevada vulnerabilidad a perder el control de su enfermedad y transmitir la infección a otras personas. (Paillet-Loilier, Cesbron, Le Boisselier, Bourguine, & Debruyne, 2014).

La limitación más importante de nuestro estudio ya ha sido previamente comentada, solo incluimos pacientes con buen control virológico de la infección. Ello supone un sesgo de selección respecto al conjunto de pacientes con infección por VIH, y además probablemente corresponden a pacientes estables y con un buen nivel de autocuidados. En estos momentos, estamos valorando incluir pacientes con mal control virológico y comparar la prevalencia de trastornos de la personalidad en ambas poblaciones.

Para concluir, no hemos observado una mayor patología en la población estudiada de pacientes con infección por VIH, aunque si existen correlaciones significativas de variables sociodemográficas y clínicas con determinados patrones de personalidad y síndromes clínicos que pueden resultar útiles para conocer mejor a los pacientes, prevenir problemas psicológicos y clínicos, mejorando con ello el pronóstico de los pacientes. Este estudio plantea la necesidad de ampliar la población estudiada a pacientes sin control virológico completo, y establecer un seguimiento de los pacientes para observar si determinados patrones de personalidad, trastornos o síndromes clínicos

se asocian a complicaciones futuras, así como prestar una atención especial a aquellas personas que consumen sustancias recreativas de forma habitual.

BIBLIOGRAFIA

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96(2), 358–372. <http://doi.org/10.1037/0033-295X.96.2.358>.
- Azar, P., Wood, E., Nguyen, P., Luma, M., Montaner, J., Kerr, T., & Milloy, M. J. (2015). Drug use patterns associated with risk of non-adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive illicit drug users in a Canadian setting: a longitudinal analysis. *BMC infectious diseases*, 15(1), 193. <http://doi.org/10.1186/s12879-015-0913-0>.
- Cardenal, V., Sánchez, M. P., & Ortiz-Tallo, M. (2007). Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III). Madrid: Pearson
- Carrico, A. W., & Antoni, M. H. (2008). Effects of psychological interventions on neuroendocrine hormone regulation and immune status in HIV-positive persons: a review of randomized controlled trials. *Psychosomatic Medicine*, 70(5), 575–584. <http://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31817a5d30>.
- Casaleto, K. B., Kwan, S., Montoya, J. L., Obermeit, L. C., Gouaux, B., Poquette, A., ... & HNRP Group. (2016). Predictors of psychotropic medication adherence among HIV+ individuals living with bipolar disorder. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 51(1), 69-83.
- Centro Nacional de Epidemiología. (2014). Vigilancia epidemiológica del VIH/Sida en España. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIHSida_Junio2014.pdf.
- Cohen, M., Deamant, C., Barkan, S., Richardson, J., Young, M., Holman, S., ... Melnick, S. (2000). Domestic violence and childhood sexual abuse in HIV-infected women and women at risk for HIV. *American Journal of Public Health*, 90(4), 560–565. <http://doi.org/10.2105/AJPH.90.4.560>
- Dingle, G. a, & Oei, T. P. (1997). Is alcohol a cofactor of HIV and AIDS? Evidence from immunological and behavioral studies. *Psychological Bulletin*, 122(1), 56–71. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.122.1.56>.
- Fishman, M., Lyketsos, C. G., & Treisman, G. (1996). Mood disorders in HIV infection. *International Review of Psychiatry*, 8(2-3), 267–276. <http://doi.org/10.3109/09540269609046311>.
- Galvan, F. H., Burnam, M. A., & Bing, E. G. (2003). Co-occurring Psychiatric Symptoms and Drug Dependence or Heavy Drinking Among HIV-Positive People. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35(sup1), 153–160. <http://doi.org/10.1080/02791072.2003.10400510>.
- GESIDA y Plan Nacional sobre el SIDA. (2015). Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (Actualización enero 2014). *Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales E Igualdad*. <http://doi.org/10.1016/j.eimc.2014.02.019>.

- Gore-Felton, C., & Koopman, C. (2008). Behavioral mediation of the relationship between psychosocial factors and HIV disease progression. *Psychosomatic Medicine*, 70(5), 569–574. <http://doi.org/10.1097/PSY.0b013e318177353e>.
- Greene, K., Frey, L. R., & Darlega, V. J. (2002). Interpersonalizing AIDS: Attending to the personal and social relationships of individuals living with HIV and/or AIDS. *Journal of Social and Personal Relationships*, 19(1), 5–17. <http://doi.org/10.1177/0265407502191001>.
- Heaton, R. K., Clifford, D. B., Franklin, D. R., Woods, S. P., Ake, C., Vaida, F., ... Grant, I. (2010). HIV-associated neurocognitive disorders persist in the era of potent antiretroviral therapy: CHARTER Study. *Neurology*, 75(23), 2087–96. <http://doi.org/10.1212/WNL.0b013e318200d727>
- Ironson, G., Balbin, E., Stuetzle, R., Fletcher, M., O’Cleirigh, C., Laurenceau, J., ... Solomon, G. (2005). Dispositional optimism and the mechanisms by which it predicts slower disease progression in HIV: proactive behavior, avoidant coping, and depression. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(2), 86–97. <http://doi.org/10.1207/s15327558ijbm1202>.
- Ironson, G., O’Cleirigh, C., Fletcher, M. A., Laurenceau, J. P., Balbin, E., Klimas, N., ... Solomon, G. (2005). Psychosocial factors predict CD4 and viral load change in men and women with human immunodeficiency virus in the era of highly active antiretroviral treatment. *Psychosomatic Medicine*, 67(6), 1013–1021. <http://doi.org/10.1097/01.psy.0000188569.58998.c8>.
- Kresina, T. F., Flexner, C. W., Sinclair, J., Correia, M. A., Stapleton, J. T., Adeniyi-jones, S., ... Cheever, L. W. (2002). Alcohol use and HIV pharmacotherapy. *AIDS Research and Human Retroviruses*, 18(11), 757–770. <http://doi.org/10.1089/08892220260139495>.
- Latkin, C. A., Curry, A. D., Hua, W., & Davey, M. A. (2007). Direct and indirect associations of neighborhood disorder with drug use and high-risk sexual partners. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(6 Suppl), S234–41. <http://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.02.023>
- Lima, V. D., Geller, J., Bangsberg, D. R., Patterson, T. L., Daniel, M., Kerr, T., ... Hogg, R. S. (2007). The effect of adherence on the association between depressive symptoms and mortality among HIV-infected individuals first initiating HAART. *AIDS (London, England)*, 21(9), 1175–83. <http://doi.org/10.1097/QAD.0b013e32811ebf57>.
- Lopes, M., Olfson, M., Rabkin, J., Hasin, D. S., Alegría, A. A., Lin, K.-H., ... Blanco, C. (2012). Gender, HIV status, and psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 73(3), 384–91. <http://doi.org/10.4088/JCP.10m06304>.
- Marcus, U., an der Heiden, M., Gassowski, M., Kruspe, M., & Drewes, J. (2015). The impact of meeting locations for men having sex with men on the risk for bacterial sexually transmitted infections: analyses from a cross-sectional online survey. *BMJ open*, 5(11), e009107. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009107>.
- McLaughlin, J.-A., Miller, P., & Warwick, H. (1996). Deliberate self-harm in adolescents: hopelessness, depression, problems and problem-solving. *Journal of Adolescence*, 19, 523–532. <http://doi.org/10.1006/jado.1996.0051>.
- Miguez-Burbano, M. J., Burbano, X., Ashkin, D., Pitchenik, A., Allan, R., Pineda, L., ... Shor-Posner, G. (2003). Impact of tobacco use on the development of opportunistic respiratory infections in HIV seropositive patients on antiretroviral therapy. *Addiction Biology*, 8(1), 39–43. <http://doi.org/10.1080/1355621031000069864>.

- Millon, T. (1983). *Millon Clinical Multiaxial Inventory*. Minneapolis: Interpretive scoring system.
- Mohammed, H., Kieleyka, L., Richardson-Alston, G., Magnus, M., Fawal, H., Vermund, S. H., ... Kissinger, P. (2004). Adherence to HAART among HIV-infected persons in rural Louisiana. *AIDS Patient Care and STDs*, *18*(5), 289–96. <http://doi.org/10.1089/108729104323076025>.
- Murphy, D. A., Durako, S. J., Moscicki, A. B., Vermund, S. H., Ma, Y., Schwarz, D. F., & Muenz, L. R. (2001). No change in health risk behaviors over time among HIV infected adolescents in care: role of psychological distress. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *29*(3 Suppl), 57–63. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11530304>.
- Onusida. (2015). Onusida. *Hoja Informativa Mundial 2015*, 1–8. Recuperado de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150901_FactSheet_2015_e_s.pdf
- Ortiz-Tallo, M., Cardenal, V., Ferragut, M., & Cerezo, M. V. (2011). Personalidad y síndromes clínicos: un estudio con el MCMI-III basado en una muestra española. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, *16*(1), 49-59. <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.1.2011.10350>.
- Paillet-Loilier, M., Cesbron, A., Le Boisselier, R., Bourguine, J., & Debruyne, D. (2014). Emerging drugs of abuse: current perspectives on substituted cathinones. *Substance Abuse and Rehabilitation*, *5*, 37–52. <http://doi.org/10.2147/SAR.S37257>.
- Parsons, J. T., Kutnick, A. H., Halkitis, P. N., Punzalan, J. C., & Carbonari, J. P. (2005). Sexual risk behaviors and substance use among alcohol abusing HIV-positive men who have sex with men. *Journal of Psychoactive Drugs*, *37*(1), 27–36. <http://doi.org/10.1080/02791072.2005.10399746>.
- Reed, G. M., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., Wang, H. Y., & Visscher, B. R. (1994). Realistic acceptance as a predictor of decreased survival time in gay men with AIDS. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *13*(4), 299–307. <http://doi.org/10.1037/0278-6133.13.4.299>.
- Reed, G. M., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., & Visscher, B. R. (1999). Negative HIV-specific expectancies and AIDS-related bereavement as predictors of symptom onset in asymptomatic HIV-positive gay men. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *18*(4), 354–363. <http://doi.org/10.1037/0278-6133.18.4.354>.
- Rodkjaer, L., Sodemann, M., Ostergaard, L., & Lomborg, K. (2011). Disclosure decisions: HIV-positive persons coping with disease-related stressors. *Qualitative Health Research*, *21*(9), 1249–59. <http://doi.org/10.1177/1049732311405803>.
- Samet, J. H., Cheng, D. M., Libman, H., Nunes, D. P., Alperen, J. K., & Saitz, R. (2007). Alcohol consumption and HIV disease progression. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*, *46*(2), 194–199. <http://doi.org/10.1097/QAI.0b013e318142aabb>.
- Samet, J. H., Horton, N. J., Meli, S., Freedberg, K. a., & Palepu, A. (2004). Alcohol Consumption and Antiretroviral Adherence Among HIV-Infected Persons With Alcohol Problems. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, *28*(4), 572–577. <http://doi.org/10.1097/01.ALC.0000122103.74491.78>.
- Samet, J. H., Horton, N. J., Traphagen, E. T., Lyon, S. M., & Freedberg, K. A. (2003). Alcohol consumption and HIV disease progression: are they related? *Alcoholism*,

- Clinical and Experimental Research*, 27(5), 862–7.
<http://doi.org/10.1097/01.ALC.0000065438.80967.56>.
- Schneiderman, N., Antoni, M. H., Saab, P. G., & Ironson, G. (2001). Health psychology: psychosocial and biobehavioral aspects of chronic disease management. *Annual Review of Psychology*, 52, 555–580.
<http://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.555>.
- Schuster, R., Bornoalova, M., & Hunt, E. (2012). The Influence of Depression on the Progression of HIV: Direct and Indirect Effects. *Behavior Modification*, 36(2), 123–145. <http://doi.org/10.1177/0145445511425231>.
- Slot, M., Sodemann, M., Gabel, C., Holmskov, J., Laursen, T., & Rodkjaer, L. (2015). Factors associated with risk of depression and relevant predictors of screening for depression in clinical practice: a cross-sectional study among HIV-infected individuals in Denmark. *HIV Medicine*. <http://doi.org/10.1111/hiv.12223>.
- Tegger, M. K., Crane, H. M., Tapia, K. a, Uldall, K. K., Holte, S. E., & Kitahata, M. M. (2008). The effect of mental illness, substance use, and treatment for depression on the initiation of highly active antiretroviral therapy among HIV-infected individuals. *AIDS Patient Care and STDs*, 22(3), 233–243.
<http://doi.org/10.1089/apc.2007.0092>.
- Vergidis, P. I., Falagas, M. E., & Hamer, D. H. (2009). Meta-analytical Studies on the Epidemiology, Prevention, and Treatment of Human Immunodeficiency Virus Infection. *Infectious Disease Clinics of North America*, 23(2), 295–308.
<http://doi.org/10.1016/j.idc.2009.01.013>.
- Whetten, K., Reif, S., Whetten, R., & Murphy-McMillan, L. K. (2008). Trauma, mental health, distrust, and stigma among HIV-positive persons: implications for effective care. *Psychosomatic Medicine*, 70(5), 531–538.
<http://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31817749dc>.