



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Trabajo Fin de Máster

Convocatoria: febrero 2017

TÍTULO: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y SÍNDROMES CLÍNICOS DEL MCMII-III EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH CON MAL CONTROL DE LA INFECCIÓN.

ALUMNO: Alejandro Blanco Ivorra

DIRECTORES:

- D^a. Irene Portilla Tamarit
- D. Carlos J. Van-der Hofstadt Román

Resumen

Introducción: La frecuencia de ansiedad, depresión y consumo de tóxicos es elevada en pacientes con infección por VIH y pueden afectar a la adherencia al TAR y a la asistencia a los servicios sanitarios. Conocer qué trastornos de personalidad y síndromes clínicos se relacionan con mal control de la infección ayudará a prevenir la falta de adherencia. **Objetivo:** Analizar la prevalencia y factores asociados a los trastornos de la personalidad y síndromes clínicos en pacientes con infección por VIH con mal control de la infección. **Método:** Estudio observacional transversal de 20 pacientes con mal control de la infección, definido por alguna de la siguientes situaciones: (1) fracaso virológico (dos CV-VIH>50cop. consecutivas) (2) escasa frecuentación a las visitas (≥ 2 visitas perdidas en el último año) (3) tomar incorrectamente el TAR (≥ 10 olvidos en el último mes) (4) abandono del TAR (≥ 7 días seguidos). Administramos el MCMI-III de evaluación de la personalidad y síndromes clínicos. **Resultados:** Los trastornos de personalidad más prevalentes fueron: antisocial (20%) y paranoide (15%). Los síndromes clínicos más prevalentes fueron: ansiedad (70%) y dependencia de sustancias (15%). Menores niveles de CD4+ Nadir se relacionan con mayor puntuación esquizoide ($p=0,036$). Menores niveles CD4+ actuales con mayores puntuaciones en esquizoide ($p=0,047$), evitativo ($p=0,044$) y depresivo ($p<0,01$). Los patrones esquizoide ($p=0,03$) y esquizotípico ($p=0,02$) se relacionan con más abandonos de TAR. La ansiedad se relaciona con más TAR previos ($p=0,03$). **Conclusión:** La prevalencia de patrones de personalidad y síndromes clínicos en nuestros pacientes fue elevada y con diferencias respecto a los pacientes con buen control de la infección. **Palabras clave:** VIH, TAR, adherencia, MCMI-III, personalidad.



Abstract

Background: The frequency of anxiety, depression, and drugs use is high in patients with HIV-infection and may affect adherence to antiretroviral therapy and health care assistance. Personality disorders and clinical syndromes are related to poor control of HIV-infection. Diagnosis and prevention of these problems could improve adherence to ART. **Objective:** To analyze the prevalence and factors associated with personality disorders and clinical syndromes in patients with HIV-infection with poor control of HIV-infection. **Design:** A cross-sectional observational study. Inclusion criteria: poorly controlled infection, defined by one of the following situations: (1) virological failure (two VL-HIV>50cops consecutive) (2) poor frequencies to medical visits (≥ 2 missed in the past year) (3) bad adherence to ART (≥ 10 missed days in the last month) (4) ART dropout (≥ 7 days in a row). We administered MCMI-III self-administered personality assessment and clinical syndromes. **Results:** 20 patients were included. The most prevalent personality disorders were: antisocial (20%) and paranoid (15%). The most prevalent clinical syndromes were anxiety (70%) and substance dependence (15%). Lower CD4+ Nadir levels were associated with higher schizoid scores ($p=0.036$). Lower levels of basal CD4+ with higher scores in schizoid ($p=0.047$), avoidant ($p=0.044$) and depressive ($p<0.01$). The schizoid ($p=0.03$) and schizotypal ($p=0.02$) patterns were associated with more ART dropouts. Anxiety was related to a greater number of previous ART ($p=0.03$). **Conclusions:** A higher prevalence of personality disorders and clinical syndromes was founded on HIV patients with poorly controlled infection, even compared with those with a good controlled infection. **Key words:** HIV, ART, adherence, MCMI-III, personality.

Introducción

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es descrito como “un microorganismo que ataca al Sistema Inmune de las personas, debilitándolo y haciéndoles vulnerables ante una serie de infecciones, algunas de las cuáles pueden poner en peligro la vida” (INFOSIDA, 2016). El Sistema Inmunitario (SI) se defiende de los agentes extraños de forma coordinada y colectiva mediante una serie de células, entre las que se encuentran los linfocitos. Los linfocitos CD4+ son un tipo de glóbulos blancos que se ocupan de la fabricación de anticuerpos que combaten las infecciones. El VIH ataca y destruye progresivamente a los linfocitos CD4+, mermando así la capacidad de respuesta del organismo para protegerse. Cuando un paciente infectado por VIH presenta unos niveles de linfocitos CD4+ bajos, pueden aparecer una serie de *infecciones oportunistas*, definitorias de sida (Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida), un estado avanzado de la infección por VIH (INFOSIDA, 2016).

Los principales modos de transmisión del VIH son: las relaciones sexuales sin protección, ya sean heterosexuales (HTX) o Hombres que tienen relaciones Sexuales con Hombres (HSH); la transmisión a través de sangre infectada, principalmente Usuarios de Drogas por Vía Parenteral (UDVP), por compartir jeringuillas con restos de sangre infectada; la transmisión vertical, que se produce de madre a hijo de forma intrauterina, durante el parto o por la lactancia materna (INFOSIDA, 2016).

Desde que el VIH diera el salto a la especie humana y se documentaran los primeros casos, éste fue extendiéndose a lo largo de la década de los noventa del pasado siglo, alcanzando rápidamente las cotas más altas de nuevas infecciones (Centro Nacional de Epidemiología, 2015). Desde entonces, y gracias a la aparición de los nuevos tratamientos antirretrovirales (TAR), la incidencia de nuevos casos, así como la mortalidad relacionada a la infección, fueron disminuyendo progresivamente a la par que aumentaba el número de personas que vivían con dicha infección. Sin duda, este viraje epidemiológico es reflejo de cómo ha aumentado la esperanza de vida de los

pacientes seropositivos. De hecho, la cantidad de personas que viven con el VIH ha pasado de los cerca de 10 millones en 1990 a los 36,9 millones de personas en 2014, según cálculos de ONUSIDA (2015). En España la tasa de nuevos diagnósticos es similar a la de la UE, y pese a que la situación en nuestro país ha mejorado en los últimos años, la tasa global sigue siendo superior a la de la UE y los países de Europa Occidental (CNE, 2015). El 50% de diagnósticos en 2014 eran tardíos, cuyas tasas no han disminuido entre 2009-2014 en ningún modo de transmisión. No obstante, la tendencia de las tasas de nuevos diagnósticos es descendente en UDVP y en HTX, aunque solo en las mujeres; la tendencia es estable en HSH. En cuanto a la tendencia de la incidencia de sida en España, su reducción ha sido enorme en las últimas décadas, cuyo descenso se ha ido ralentizando en los últimos años (CNE, 2015).

En la actualidad, el TAR lo conforman una serie de fármacos combinados que actúan sobre diferentes dianas, afectando a la capacidad de reproducción o replicación del VIH y reduciendo así la carga viral (CV) hasta el punto de lograr cifras indetectables, lo que ayuda al SI a mantener el recuento de células CD4+ en unos niveles lo más cercanos a la normalidad como sea posible. No obstante, el virus no desaparece y permanece en zonas a las que los fármacos tienen dificultades de acceso, como el sistema nervioso, ganglios linfáticos, etc., conservando así el potencial de desarrollarse si se deja de tomar el tratamiento o si se toma incorrectamente (Catz, Kelly, Bogart, Benotsch y McAuliffe, 2000). En este sentido, el TAR que comenzó a emplearse a finales de los años noventa frente al virus ha cronificado la enfermedad (Arnal, 2003). Esta circunstancia plantea una serie de novedades, como el proceso de envejecimiento de las personas seropositivas, la necesidad de contención de la transmisión del virus, ya que más personas viven con él, el tratamiento de estos pacientes a largo plazo, que exige una notable disciplina y regularidad en la toma del TAR, o los trastornos neuropsicológicos y psiquiátricos asociados.

Desde el punto de vista psicológico, se han observado y estudiado una serie de alteraciones psiquiátricas y psicológicas asociadas a la presencia de la infección por VIH. *Trastornos del estado de ánimo*: prevalencia superior a la de la población general (Gallego, Barreiro y López-Ibor, 2011).

Incluyen la depresión, distimia, manía y trastorno bipolar. De hecho, los pacientes deprimidos tienen una probabilidad tres veces mayor de presentar una mala adherencia (DiMatteo, Lepper, y Croghan, 2000); otros estudios sugieren que entre los pacientes adherentes al TAR la presencia de depresión es significativamente menor (Mehta, Moore y Graham, 1997), así como que la depresión mayor es uno de los trastornos más citados en relación a las personas con infección por VIH (Mehta et al., 1997). Del mismo modo, otros estudios sugieren que aquellos pacientes que puntúan alto en síntomas de ansiedad presentan menores niveles de linfocitos CD4+ y muestran una menor adherencia al TAR (Sledjeski, Delahanty, y Bogart, 2005). *Trastornos de ansiedad*: también muestran una prevalencia mayor en las personas infectadas con el VIH (Sociedad Española de Psiquiatría, 2015) e incluyen fobia social o fobias específicas, pánico, ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático y trastorno obsesivo-compulsivo. *Trastornos de la personalidad*: entre los que encontramos una mayor prevalencia en el grupo B o trastornos caracterizados por la dramatización excesiva y las alteraciones graves de conducta (SEP, 2015). *Alteraciones de las funciones fisiológicas*, que incluyen los trastornos nutricionales, del sueño y sexuales. *Trastornos neuropsiquiátricos*: como el síndrome confusional o delirium, se han observado también en los pacientes con VIH. *Trastornos neurocognitivos*: el VIH es un virus capaz de atravesar sin excesiva dificultad la barrera hematoencefálica y replicarse en el encéfalo, meninges, etc., por lo que las complicaciones neurológicas en estos pacientes son habituales (GeSIDA y SPNS, 2012).

En lo que respecta al consumo de tóxicos, entre los pacientes con VIH se ha observado un mayor porcentaje de abuso de drogas ilegales, sustancias tóxicas y alcohol (Galvan, Burnam y Bing, 2003). En este sentido, el consumo de drogas con un uso recreativo se asocia a prácticas sexuales de riesgo (Latkin, Curry, Hua y Davey, 2007), que puede incrementar la probabilidad de co-infecciones o el aumento de la CV. Otros estudios (Gebo, Keruly y Moore, 2003) hallaron que el consumo activo de cualquier tipo de droga ilegal es un factor de riesgo de falta de adherencia. Asimismo, llevar una vida desordenada, como en el caso de personas alcohólicas (Mehta et al., 1997), puede suponer una importante barrera de cara a mantener una buena adherencia cuando los

tratamientos son complejos (número de tomas, comprimidos, etc.). En esta línea, otros autores (Ammassari, Trotta, Murri, Castelli, Narciso, Noto, Vecchiet, Monforte, Wu y Antinori, 2002) también han señalado que la complejidad del tratamiento está relacionada con una peor adherencia.

Por todo lo anterior, y haciendo especial mención a la cronificación del VIH como infección y a los problemas psicológicos, médicos y sociales vinculados a estos pacientes, los problemas de adherencia al tratamiento son muy frecuentes (Holzemer, Corless, Nokes, Turner, Brown, Powell-Cope... y Portillo, 1999; Ballester, Reinoso, García y Campos, 2000). Y puesto que un TAR mal tomado es menos efectivo (Catz, Kelly, Bogart, Benotsch y McAuliffe, 2000) por el incremento de la CV, replicación del virus y resistencias a la medicación (Colven, Harrington, Spach, Cohen y Hooton, 2000), se hace patente la necesidad de evaluar las causas detrás de una mala adherencia al TAR desde un enfoque esencialmente psicológico, que permita la evaluación de la problemática psicológica asociada a un *mal control de la infección* en los pacientes con VIH. En este sentido, entenderemos por un mal control de la infección que un paciente con VIH haya presentado algún fracaso virológico (CV-VIH superiores a 50Cop./mmc en 2 muestras consecutivas) y/o manifieste una escasa frecuentación a las visitas (al menos 2 visitas perdidas en un año) y/o tomar incorrectamente el TAR (al menos 10 olvidos no consecutivos en el último mes) y/o el abandono del TAR (dejar de tomar el TAR durante al menos 7 días seguidos).

El TAR es una terapia que requiere una elevada adherencia para ofrecer resultados positivos y cuyo mantenimiento puede verse afectado por multitud de circunstancias personales, psicológicas y clínicas. En este sentido, las hipótesis de nuestro estudio son:

- la presencia de trastornos de personalidad y de síndromes clínicos es elevada entre los pacientes VIH que presentan un mal control de la infección. Consideraremos que se cumple la hipótesis si dicha prevalencia es superior en los pacientes que presentan un mal control de la infección respecto de los pacientes bien controlados.
- la presencia de trastornos de personalidad y de síndromes clínicos correlaciona con las variables sociodemográficas y clínicas: descenso de linfocitos CD4+, estadio clínico (CDC),

consumo de sustancias, etc. Consideraremos que se cumple la hipótesis si los resultados muestran una asociación significativa entre la presencia de dichos trastornos y síndromes y los datos sociodemográficos y clínicos.

OBJETIVOS

- **Objetivo general:** evaluar la prevalencia de síndromes clínicos y trastornos de la personalidad en pacientes con infección por VIH del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA) que presentan un mal control de la infección.
- **Objetivos específicos:** evaluar la asociación entre la presencia de dichos síndromes clínicos y patrones de personalidad y las diferentes variables sociodemográficas y clínicas asociadas al VIH según la literatura científica revisada.



MÉTODO

Diseño

Estudio observacional transversal.

Muestra

Los sujetos que conforman la muestra de esta investigación son pacientes con infección por VIH, usuarios de la Unidad de Enfermedades Infecciosas (UEI) del HGUA, que han mostrado un mal control de la infección. Se propuso un total de 23 participantes, 3 de los cuales fueron excluidos por no ser capaces de cumplimentar las preguntas de los cuestionarios. Finalmente se incluyó a 20 pacientes que cumplían los criterios de inclusión (ver Cuadro 1).

Cuadro 1

Criterios de inclusión y de exclusión

Criterios de inclusión
Aceptar la participación de manera libre y voluntaria y firmar el consentimiento informado
Cumplir al menos uno de los siguientes criterios sobre un mal control de la infección
(1) Presentar un fracaso virológico (CV-VIH>50Cop./mmc en dos muestras consecutivas)
(2) Escasa frecuentación a las visitas (haber faltado al menos a 2 visitas a la Unidad en el último año)
(3) Tomar incorrectamente el TAR (al menos 10 olvidos no consecutivos en el último mes)
(4) Haber abandonado voluntariamente el TAR (que el paciente haya dejado de tomar el TAR durante al menos 7 días seguidos)
Criterios de exclusión
Enfermedad mental grave o cualquier enfermedad que impida la participación libre y voluntaria y exenta de sesgo
No comprender el consentimiento informado
No ser capaz de cumplimentar las pruebas de evaluación

Variables e instrumentos

Variable principal

La variable principal de nuestro estudio es la *prevalencia de trastornos de personalidad y síndromes clínicos*, evaluada mediante el MCMI-III (Millon, Davis y Millon, 1997), que es un cuestionario clínico autoaplicado que evalúa trastornos de personalidad y síndromes clínicos, la mayoría de los cuales tiene correspondencia con los trastornos del Eje I del DSM-IV.

El MCMI-III consta de 175 ítems de respuesta dicotómica (verdadero o falso) y se encuentra adaptado para población española (Cardenal, Sánchez y Ortiz-Tallo, 2007). Se trata de una medida de evaluación con buenas propiedades psicométricas (fiabilidad test-retest 0.84-0.96; consistencia interna superior a 0.80; la consistencia interna en más de 21 escalas supera el valor del Coeficiente alfa 0.75). El inventario evalúa 14 patrones de personalidad y 10 síndromes clínicos. Los patrones de personalidad son: esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo-sádico, compulsivo, pasivo-agresivo, autodestructivo, esquizotípico (grave), límite (grave) y paranoide (grave). Los síndromes clínicos que evalúa el MCMI-III son: 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, siendo estos tres últimos los de mayor gravedad.

VARIABLES SECUNDARIAS

Las variables secundarias son las que se muestran a continuación, e incluyen variables sociodemográficas (Cuadro 2) y variables clínicas (Cuadro 3).

Cuadro 2

VARIABLES SECUNDARIAS SOCIODEMOGRÁFICAS INCLUIDAS EN EL ESTUDIO

Variable	Descripción
Sexo	Hombre/mujer
Edad (años)	Como variable cuantitativa (nº de años) y cualitativa, estableciendo sendos rangos de edades (≥ 40 años y < 40 años), a tenor de lo empleado en otras investigaciones (Lampe, Harding, Smith, Phillips, Johnson, y Sherr, 2010; Etienne, Hossain, Redfield, Stafford, y Amoroso, 2010).
Nacionalidad	Española/no española
Situación económica	Recibe o no ingresos fijos

Cuadro 3

VARIABLES SECUNDARIAS CLÍNICAS INCLUIDAS EN EL ESTUDIO

Variable	Descripción
CDC o estadio de la enfermedad	A-asintomático y B-sintomático; C-sida. A1, A2, A3, B1, B2, B3, C1, C2 y C3, donde las categorías A, B y C hacen referencia a los cuadros clínicos y sintomatología presentada, mientras que las categorías numeradas 1, 2 y 3 indican tres rangos de recuentos celulares de linfocitos CD4+ (1: más de 500 céls./ μ L; 2: entre 499 y 200 céls./ μ L; 3: Categoría 3: menos de 199 céls./ μ L).
Tiempo desde el diagnóstico	Años transcurridos desde el diagnóstico VIH
Tiempo desde inicio del TAR	Años transcurridos desde que se iniciara el TAR
Vía probable de transmisión	UDVP, HTX, HSH o vertical
Nº de tomas	Número de tomas diarias correspondientes al TAR
Nº de comprimidos	Número de comprimidos diarios correspondientes al TAR
Nº de tratamientos previos	Número de tratamientos que el paciente tomó antes de iniciar el tratamiento actual
FV previos	Número de fracasos virológicos desde el inicio del TAR, considerando un fracaso virológico la presencia de una CV-VIH >50 Cop./mmc en dos muestras consecutivas cuando el paciente está tomando correctamente el TAR
Abandonos previos de TAR	Número de ocasiones en que el paciente ha abandonado voluntariamente el TAR, habiendo dejado de tomar el tratamiento más de una semana seguida
CV-VIH actual	Número de copias del virus por mmc obtenidas en la última analítica
CV-VIH detectable	CV-VIH >50 Cop./mmc
Meses sin CV-VIH indetectable	Tiempo en meses con CV-VIH >50 Cop./mmc desde la última CV inferior a 50Cop./mmc
CD4+	Número de linfocitos CD4+ obtenidos en la última analítica, medido en céls./ μ L
Rango CD4+	CD4+ < 500 céls./ μ L ó ≥ 500 céls./ μ L, distinguiendo entre CDC 1 y CDC 2 y 3
CD4+ Nadir	Recuento histórico más bajo de población linfocitaria que el paciente haya registrado, medido en céls./ μ L
Rango CD4+ Nadir	CD4+ < 200 céls./ μ L ó ≥ 200 céls./ μ L, distinguiendo entre CDC 3 y CDC 1 y 2
Presentar un fracaso virológico	CV-VIH >50 Cop./mmc en dos muestras consecutivas
Escasa frecuentación a visitas	Haber faltado al menos a 2 visitas en el último año
Mala adherencia al TAR	Tomar incorrectamente el TAR: al menos 10 olvidos no consecutivos en el último mes
Abandono (voluntario) del TAR	Que el paciente haya dejado de tomar el TAR durante al menos 7 días seguidos
Consumo actual de sustancias	Consumo actual autoinformado de tabaco, de marihuana/hachís, ocasional de cocaína, ocasional de heroína, de metadona y ocasional de drogas de diseño (1 variable por sustancia)
Consumo previo de sustancias	Consumo previo autoinformado de tabaco, de marihuana/hachís, ocasional de cocaína, ocasional de heroína, de metadona y ocasional de drogas de diseño (1 variable por sustancia)

Procedimiento

El proceso se desarrolló íntegramente en las Consultas Externas de la UEI del HGUA. Para recabar los datos de los pacientes se trabajó en dos fases. En primer lugar, por indicación del médico especialista, se llevó a cabo la criba y selección de aquellos pacientes que, acudiendo a su revisión habitual entre los meses de febrero y diciembre de 2016, cumplieran los criterios de inclusión y no pudieran ser excluidos. Se informó a los pacientes del carácter voluntario, confidencial y anónimo de la investigación antes de que firmaran el consentimiento. Se les administró el MCMI-III, y se les hizo preguntas relativas al consumo de sustancias e información sociodemográfica. En segundo lugar, se realizó una búsqueda exhaustiva en las historias clínicas para recabar toda la información necesaria, que se anotó en la mencionada ficha. Este estudio está incluido dentro de uno más amplio que fue evaluado y aprobado por el Comité Ético del HGUA.

Análisis de datos

El análisis de los datos se llevó a cabo informáticamente empleando el paquete estadístico SPSS V.24.0. En un primer momento se llevó a cabo un análisis descriptivo a partir de los porcentajes y frecuencias de las variables. Las asociaciones entre las distintas variables se realizó mediante tablas de contingencias. El análisis comparativo entre los resultados obtenidos en el MCMI-III y los datos recogidos en las variables clínicas y sociodemográficas se llevó a cabo mediante correlaciones de Pearson y Spearman. Para la comparación de medias de variables cuantitativas normales se empleó la prueba T de Student, así como la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para muestras independientes.

RESULTADOS

De un total de 1080 pacientes con infección por VIH en seguimiento por la UEI, 20 pacientes cumplieron los criterios de inclusión durante el periodo de estudio y firmaron el

consentimiento informado. El 90% de los pacientes era de nacionalidad española y el 70% eran hombres. La edad media fue de 42,75 años ($\pm 7,98$) y un 65% de los pacientes tenían 40 años o más. La vía probable de transmisión del VIH más frecuente entre los participantes fue haber sido UDVP (65%) frente a la sexual en sus formas HTX o HSH, (35%) (Tabla 1). Solo en dos casos la vía probable de transmisión fue HSH.

Tabla 1

Estudio descriptivo de las variables sociodemográficas incluidas en el estudio (n=20)

Variable	% (N)	Media \pm DE
Nacionalidad (n=20)		
Española	90,0 (18)	
Otras	10,0 (2)	
Sexo (n=20)		
Hombre	70,0 (14)	
Mujer	30,0 (6)	
Edad (n=20)		
Edad		42,75 \pm 7,98
Rango de edad (n=20)		
Edad \geq 40 años	65,0 (13)	
Edad $<$ 40 años	35,0 (7)	
Vía probable transmisión		
UDVP	65,0 (13)	
Sexual HTX y HSH	35,0 (7)	
HTX	25,0 (5)	
HSH	10,0 (2)	
Recibe ingresos fijos (n=12)		
Sí	25,0 (5)	
No	35,0 (7)	

Como puede observarse en la Tabla 2, el 40% de los participantes cumplían los criterios de inclusión por escasa frecuentación a las visitas, el 35% por de mala adherencia al TAR, el 30% cumplía criterios por abandono del TAR, y un 20% lo hacía por fracaso virológico. En cuanto a los hábitos tóxicos de los pacientes, pudo evaluarse en 12 de los 20 pacientes, por ser recabada esta información por vía telefónica, ya que no se pudo contactar con todos los pacientes. El 100% de ellos había consumido tabaco en el pasado y un 83,3% seguía haciéndolo. El consumo ocasional de

cocaína y el consumo de alcohol estaban presentes en el 41,7%. En su conjunto, la existencia de consumo de sustancias tóxicas en el momento del estudio fue menor en todos los tipos cuando se compara con el consumo previo de las mismas (ver Tabla 2).

Tabla 2

Estudio descriptivo de los criterios de inclusión (n=20) y hábitos tóxicos (n=12)

Variables	% (N)
Criterios de inclusión (n=20)	
Fracaso virológico	20,0 (4)
Abandono del TAR	30,0 (6)
Mala adherencia al TAR	35,0 (7)
Escasa frecuentación a las visitas	40,0 (8)
Consumo actual de sustancias (n=12)	
Tabaco	83,3 (10)
Alcohol	41,7 (5)
Marihuana o hachís	33,3 (4)
Heroína (consumo ocasional)	25,0 (3)
Metadona	25,0 (3)
Cocaína (consumo ocasional)	41,7 (5)
Drogas de diseño (consumo ocasional)	8,3 (1)
Consumo previo de sustancias (n=12)	
Tabaco	100 (12)
Alcohol	58,3 (7)
Marihuana o hachís	50,0 (6)
Heroína (consumo ocasional)	50,0 (6)
Metadona	33,3 (4)
Cocaína (consumo ocasional)	66,7 (8)
Drogas de diseño (consumo ocasional)	41,7 (5)

Respecto a las variables clínicas (ver Tabla 3), el 30% de los pacientes presentaban un diagnóstico previo de sida. El 80% de los participantes presentaba una CV-VIH detectable, estableciéndose la mediana en 1231,50 Cop./mmc. La mediana de tiempo sin CV-VIH indetectable fue de 10 meses. La cantidad de linfocitos CD4+ era menor a las 500 céls./ μ L en el 45% de los pacientes, con una media de 612,65 (\pm 315,24). La cantidad de CD4+ Nadir, con una media de 284,85 (\pm 237,69), era inferior a las 200 céls./ μ L en el 40% de los pacientes. La media de años desde el diagnóstico, es decir, desde la primera serología positiva conocida, fue de 16 años (\pm 9,13).

Respecto al tratamiento, puede apreciarse en la Tabla 3 que la media de años tomando TAR

fue de 12,85 ($\pm 9,35$), y la del número de tratamientos previos de 3,5 ($\pm 3,65$). El número de tomas y de comprimidos diarios fue variable y sujeto a cada medicamento, siendo la mediana de 1 toma diaria y de 2 comprimidos por día.

Tabla 3

Estudio descriptivo de las variables clínicas incluidas en el estudio (n=20)

Variable (n=20)	% (N)	Media \pm DE	Me (P25-P75)
Estadio clínico CDC			
C (sida)	30,0 (6)		
A (asintomático)-B (sintomático)	70,0 (14)		
Años desde el diagnóstico		16,00 \pm 9,13	
Recuentos CD4+ (cél/s/μL)			
CD4+		612,65 \pm 315,24	
Rango CD4+			
<500 células/ μ L	45,0 (9)		
\geq 500 células/ μ L	55,0 (11)		
Recuentos CD4+ Nadir (cél/s/μL)			
CD4+ Nadir		284,85 \pm 237,69	
Rango CD4+ Nadir			
<200 células/ μ L	40,0 (8)		
\geq 200 células/ μ L	60,0 (12)		
CV-VIH (Cop./mmc)			
CV-VIH			1231,5 (62-12760,2)
CV-VIH detectable			
Sí	80,0 (16)		
No	20,0 (4)		
Meses sin CV-VIH indetectable			10,0 (0,2-21,6)
TAR			
Tiempo tomando TAR		12,85 \pm 9,35	
Nº de TAR previos		3,50 \pm 3,65	
Nº de tomas diarias			1,0 (1,0-1,7)
Nº de comprimidos diarios			2,0 (2,0-3,0)
Abandonos previos de TAR			1,0 (0,0-2,0)
Abandonos previos de TAR (n=20)			
Sí	60,0 (12)		
No	40,0 (8)		

En cuanto a los patrones de personalidad y síndromes clínicos del MCMI-III, en la Tabla 4 pueden observarse las puntuaciones obtenidas por el total de la muestra, y cómo son los patrones de personalidad antisocial (67,20 \pm 11,58), paranoide (61,50 \pm 19,68) y agresivo (60,90 \pm 15,56) los que recibieron medias más altas. No obstante, son los síndromes clínicos los que acumularon puntuaciones medias más elevadas, como los síndromes de ansiedad (75,95 \pm 24,97), dependencia

de sustancias (75,45 \pm 22,25), trastorno delirante (66,80 \pm 7,36), dependencia de alcohol (65,60 \pm 16,56) y bipolar (60,65 \pm 14,95).

Tabla 4

Puntuaciones medias de las variables de personalidad y S. Clínicos

Patrones de personalidad	Media \pm DE	Síndromes clínicos	Media \pm DE
Personalidad esquizoide	53,40 \pm 21,02	Ansiedad	75,95 \pm 24,97
Personalidad evitativo	46,55 \pm 24,48	Somatomorfo	57,25 \pm 25,50
Personalidad depresivo	55,10 \pm 17,98	Bipolar	60,65 \pm 14,95
Personalidad dependiente	45,60 \pm 18,94	Distímico	54,65 \pm 23,19
Personalidad histriónico	38,80 \pm 21,50	Dependencia alcohol	65,60 \pm 16,56
Personalidad narcisista	59,80 \pm 12,02	Dependencia sustancias	75,45 \pm 22,25
Personalidad antisocial	67,20 \pm 11,58	Estrés post traumático	55,10 \pm 19,45
Personalidad agresivo	60,90 \pm 15,56	Trastorno pensamiento (grave)	55,15 \pm 24,57
Personalidad compulsivo	45,80 \pm 18,92	Depresión mayor (grave)	57,65 \pm 24,71
Personalidad negativista	57,60 \pm 15,97	Trastorno delirante (grave)	66,80 \pm 7,36
Personalidad autodestructivo	46,10 \pm 16,48		
Personalidad esquizotípico (grave)	57,00 \pm 13,88		
Personalidad límite (grave)	58,10 \pm 15,59		
Personalidad paranoide (grave)	61,50 \pm 19,68		

Si los agrupamos por categorías diagnósticas (Tabla 5 y Tabla 6), los patrones de personalidad que mostraron una mayor frecuencia fueron, en primer lugar, el de personalidad antisocial, con una frecuencia en puntuaciones de rasgo del 20%, seguida de los patrones de personalidad evitativo (10%), depresivo (10%), agresivo (10%), compulsivo (10%) y paranoide, con frecuencias de 10% para rasgo y de 5% para trastorno. Los síndromes clínicos más frecuentes fueron el de ansiedad, con una presencia de 15% y prominencia de 55% y el de dependencia de sustancias, con un 40% de presencia y un 25% de prominencia, seguidos de los síndromes de dependencia del alcohol (25% en presencia) y depresión mayor, que acumuló una prominencia del 20%.

En términos generales, si consideramos en su conjunto la presencia de algún rasgo o trastorno de la personalidad, fueron los patrones antisocial (20%) y paranoide (15%) los más frecuentes; en el caso de los síndromes clínicos, considerando la existencia de presencia o prominencia en su conjunto, son los de ansiedad (70%) y de dependencia de sustancias (65%), con diferencia, seguidos por el de depresión mayor, que acumuló un 25%.

Tabla 5

Prevalencia de patrones de personalidad por categorías diagnósticas (n=20)

Patrones de personalidad					
% (N)			% (N)		
Personalidad esquizoide			Personalidad agresivo		
No	<75	95 (19)	No	<75	90 (18)
Rasgo	75-84	0 (0)	Rasgo	75-84	10 (2)
Trastorno	>85	5 (1)	Trastorno	>85	0 (0)
Personalidad evitativo			Personalidad compulsivo		
No	<75	90 (18)	No	<75	90 (18)
Rasgo	75-84	10 (2)	Rasgo	75-84	10 (2)
Trastorno	>85	0 (0)	Trastorno	>85	0 (0)
Personalidad depresivo			Personalidad negativista		
No	<75	90 (18)	No	<75	100 (20)
Rasgo	75-84	10 (2)	Rasgo	75-84	0 (0)
Trastorno	>85	0 (0)	Trastorno	>85	0 (0)
Personalidad dependiente			Personalidad autodestructivo		
No	<75	100 (20)	No	<75	100 (20)
Rasgo	75-84	0 (0)	Rasgo	75-84	0 (0)
Trastorno	>85	0 (0)	Trastorno	>85	0 (0)
Personalidad histriónico			Personalidad esquizotípico (grave)		
No	<75	95 (19)	No	<75	95 (19)
Rasgo	75-84	0 (0)	Rasgo	75-84	0 (0)
Trastorno	>85	5 (1)	Trastorno	>85	5 (1)
Personalidad narcisista			Personalidad límite (grave)		
No	<75	95 (19)	No	<75	100 (20)
Rasgo	75-84	0 (0)	Rasgo	75-84	0 (0)
Trastorno	>85	5 (1)	Trastorno	>85	0 (0)
Personalidad antisocial			Personalidad paranoide (grave)		
No	<75	80 (16)	No	<75	85 (17)
Rasgo	75-84	20 (4)	Rasgo	75-84	10 (2)
Trastorno	>85	0 (0)	Trastorno	>85	5 (1)

Tabla 6

Prevalencia de síndromes clínicos por categorías diagnósticas (n=20)

Síndromes clínicos (n = 20)					
% (N)			% (N)		
Ansiedad			Dependencia sustancias		
No	<75	30 (6)	No	<75	35 (7)
Presencia	75-84	15 (3)	Presencia	75-84	40 (8)
Prominencia	>85	55 (11)	Prominencia	>85	25 (5)
Somatomorfo			Estrés post traumático		
No	<75	80 (16)	No	<75	95 (19)
Presencia	75-84	15 (3)	Presencia	75-84	5 (1)
Prominencia	>85	5 (1)	Prominencia	>85	0 (0)
Bipolar			Trastorno pensamiento (grave)		
No	<75	85 (17)	No	<75	80 (16)
Presencia	75-84	15 (3)	Presencia	75-84	5 (1)
Prominencia	>85	0 (0)	Prominencia	>85	15 (3)
Distímico			Depresión mayor (grave)		
No	<75	85 (17)	No	<75	75 (15)
Presencia	75-84	15 (3)	Presencia	75-84	5 (1)
Prominencia	>85	0 (0)	Prominencia	>85	20 (4)
Dependencia alcohol			Trastorno delirante (grave)		
No	<75	75 (15)	No	<75	80 (16)
Presencia	75-84	25 (5)	Presencia	75-84	20 (4)
Prominencia	>85	0 (0)	Prominencia	>85	0 (0)

En la Tabla 7 se muestran los resultados entre la existencia de rasgos o trastornos de la personalidad y de presencia o prominencia de síndromes clínicos que mostraron significación estadística con las variables clínicas.

Tabla 7

Asociaciones significativas entre la existencia de rasgos o trastornos de personalidad y de presencia o prominencia de síndromes clínicos y las variables sociodemográficas y clínicas

	Presenta rasgos o trastornos			
	%	N	OR (IC95%)	p
Personalidad Antisocial				
Consumo de metadona				
Sí	66,7	2/3	0,33 (0,1-1,6)	0,045
No	0,0	0/9	1	
Con presencia o prominencia				
	%	N	OR (IC95%)	p
SC. Somatomorfo				
CV-VIH Detectable				
Sí	6,3	1/16	0,08 (0,0-0,6)	0,013
No	95	3/4	1	
SC. Dependencia de sustancias				
Vía probable de transmisión				
UDVP	84,6	11/13	2,96 (0,9-9,8)	0,022
Sexual	28,6	2/7	1	
SC. Trastorno del pensamiento				
Consumo ocasional de heroína				
Sí	66,7	2/3	0,33 (0,1-1,6)	0,045
No	0,0	0/9	1	
Consumo de metadona				
Sí	66,7	2/3	0,33 (0,1-1,6)	0,045
No	0,0	0/9	1	
SC. Depresión mayor				
Consumo previo de metadona				
Sí	75,0	3/4	0,25 (0,0-1,4)	0,018
No	0,0	0/8	1	
Consumo de metadona				
Sí	100,0	3/3	-	0,005
No	0,0	0/9	-	

El consumo de metadona está asociado a aquellos pacientes que presentaron rasgos o trastornos de personalidad antisocial. La CV-VIH indetectable se vio relacionada con la presencia o prominencia de síndrome clínico somatomorfo y la dependencia de sustancias se relacionó con la vía probable de transmisión UDVP (84,6%), frente a la sexual (28,6%). Los síndromes clínicos de trastorno del pensamiento y depresión mayor se asociaron al consumo de metadona y ocasional de heroína y al de metadona actual y previo, respectivamente.

La Tabla 8 muestra aquellas correlaciones significativas entre las puntuaciones directas obtenidas en el MCMI-III para cada patrón o síndrome, sin tener en cuenta las categorías diagnósticas, y las variables sociodemográficas y clínicas cuantitativas. Como puede observarse, la edad resultó correlacionar negativamente con la personalidad límite y positivamente con el síndrome clínico somatomorfo. El tiempo que los pacientes han convivido con su diagnóstico correlaciona con los patrones narcisista y autodestructivo de tal manera que éstos están más presentes entre quienes recibieron el diagnóstico hace más tiempo. En cambio, las puntuaciones en personalidad esquizoide y en el síndrome somatomorfo aumentan entre quienes han recibido un diagnóstico más reciente. Los datos también sugieren una correlación positiva entre el patrón esquizotípico y los CD4+ Nadir, así como entre el número de tratamientos previos y el síndrome de ansiedad, cuyas puntuaciones aumentan conforme lo hace el número de tratamientos previos. Cuantos más años tomando TAR, mayores son las puntuaciones del trastorno delirante. Los abandonos previos del TAR son menos frecuentes entre quienes puntuaron alto en narcisismo y más elevados conforme aumentan las puntuaciones en esquizoide y esquizotípico. Las puntuaciones para el patrón autodestructivo disminuyeron según aumentaba el número de tomas diarias, pero aumentaban cuando el número de comprimidos diarios era mayor. También son mayores las puntuaciones en los síndromes somatomorfo y delirante cuando el número de comprimidos diarios es más elevado.

Tabla 8

Correlaciones significativas entre puntuaciones del MCMI-III y variables sociodemográficas y clínicas

	Edad	Años desde diagnóstico	CD4+ Nadir	Nº de Ttos. Previos	Tiempo tomando TAR	Abandonos previos de TAR	Nº de tomas diarias	Nº de comprimidos diarios
	Pearson p	Pearson p	Pearson p	Pearson p	Pearson p	Spearman p	Spearman p	Spearman p
Personalidad								
Esquizoide		-0,46* 0,04				0,496* 0,03		
Narcisista		0,52* 0,02				-0,58** 0,01		
Autodestructivo		0,55* 0,02					-0,59** 0,01	0,50* 0,02
Esquizotípico			0,50* 0,02			0,50* 0,02		
Límite	-0,48* 0,03							
Síndromes Clínicos								
Somatomorfo	0,52* 0,02	-0,46* 0,04						0,64** 0,00
Ansiedad				0,49* 0,03				
Depresión Mayor								0,53* 0,02
Trast. Delirante					0,44* 0,05			

En las tablas 9 y 10 se presentan las diferencias entre los patrones de personalidad y síndromes clínicos del MCMI-III con las variables cuantitativas.

La Tabla 9 muestra las diferencias estadísticamente significativas entre la existencia de rasgos o trastornos de la personalidad ($PD \geq 75$) y de presencia o primencia de síndromes clínicos ($PD \geq 75$) del MCMI-III con las puntuaciones obtenidas en las variables sociodemográficas y clínicas cuantitativas. Como puede apreciarse, la edad se asoció con la distimia. Los años transcurridos desde el diagnóstico se relacionaron con el patrón antisocial y con el síndrome clínico somatomorfo, que no guardó relación con cargas virales elevadas. Los niveles bajos de linfocitos CD4+ se relacionaron con los patrones evitativo y depresivo. El número de FV previos se relacionó con el patrón compulsivo.

Tabla 9

Diferencias con significación estadística observadas entre los patrones de personalidad y síndromes clínicos del MCMI-III y las variables cuantitativas sociodemográficas y clínicas

	Edad		Años desde el diagnóstico		CV-VIH		CD4+		N° de FV previos		
	X ±DE	p	X ±DE	p	Me	(p25-p75)	p	X ±DE	p	Me (p25-p75)	p
Patrón Evitativo											
Rasgo/Trastorno								257,50 ±31,82			
Normal								652,11 ±307,44	0,044		
Patrón Depresivo											
Rasgo/Trastorno								235,00 ±0,00			
Normal								654,61 ±304,01	0,00		
Patrón Antisocial											
Rasgo/Trastorno			23,00 ±1,83								
Normal			14,25 ±9,41	0,003							
Patrón Compulsivo											
Rasgo/Trastorno										2,50 (0,0-2,5)	
Normal										0,50 -	0,003
SC Somatomorfo											
Presencia/Prominencia			22,25 ±3,77		38,0	(21,5-326,7)					
Normal			14,44 ±9,47	0,02						3362,0 (651,5-22888,2)	0,023
SC Distímico											
Presencia/Prominencia	51,00 ±3,00										
Normal	41,29 ±7,71	0,049									

En la Tabla 10 pueden observarse las asociaciones significativas entre la existencia de rasgos o trastornos de la personalidad ($PD \geq 75$) y de presencia o prominencia de síndromes clínicos ($PD \geq 75$) del MCMI-III con las puntuaciones obtenidas en las variables relacionadas con los tratamientos.

Así, los años tomando TAR se relacionaron con el patrón antisocial y el número de tratamientos previos se relacionó con la ansiedad. Un mayor número de comprimidos diarios se asoció con el patrón compulsivo y con el síndrome somatomorfo.

Tabla 10

Diferencias con significación estadística observadas entre los patrones de personalidad y síndromes clínicos del MCMI-III y las variables cuantitativas clínicas relacionadas con el TAR

	Tiempo tomando TAR		N° de TAR previos		N° Comprimidos	
	X ±DE	p	X ±DE	p	Me (p25-p75)	p
Patrón Antisocial						
Rasgo/Trastorno	21,50 ±2,52	0,001				
Normal	10,69 ±9,19					
Patrón Compulsivo						
Rasgo/Trastorno					6,0 (4,0-6,0)	0,021
Normal					2,0 (1,7-2,2)	
SC Ansiedad						
Presencia/Prominencia			4,29 ±4,05	0,050		
Normal			1,67 ±1,51			
SC Somatomorfo						
Presencia/Prominencia					3,50 (2,2-4,7)	0,045
Normal					2,00 (1,2-2,0)	

En la Tabla 11 se presentan las asociaciones significativas entre variables sociodemográficas y clínicas y las puntuaciones en el MCMI-III.

Puede verse que los pacientes con edad superior a los 40 años puntuaron más alto en esquizoide. La vía probable de transmisión UDVP se relaciona con una media elevada en las puntuaciones del síndrome de dependencia de sustancias, mientras que la vía sexual lo hace con el trastorno delirante.

Tabla 11

Diferencias significativas entre variables cualitativas sociodemográficas y clínicas y puntuaciones del MCMI-III

	Patrón Esquizoide		S. Clínico Dependencia de Sustancias		S. Clínico Trastorno Delirante	
	X ±DE	p	Me (p25-p75)	p	Me (p25-p75)	p
Edad						
≥ 40 años	60,54 ±17,86	0,034				
< 40 años	40,14 ±21,12					
Vía probable de transmisión						
UDVP			82,0 (79,0-97,7)		62,5 (60,0-70,0)	
Sexual			67,0 (56,0-81,0)	0,035	71,0 (60,0-68,0)	0,017

En la Tabla 12 se muestran las asociaciones significativas entre los rangos establecidos para los linfocitos CD4+ y CD4+ Nadir y las puntuaciones del MCMI-III.

Los niveles CD4+ < 500 céls./µL y CD4+ Nadir < 200 céls./µL se asociaron a puntuaciones en el patrón esquizoide, mientras que niveles CD4+ ≥ 500 céls./µL se asociaron al narcisismo y al síndrome bipolar.

Tabla 12

Diferencias significativas entre los CD4+ y CD4+ Nadir y puntuaciones del MCMI-III

	Patrón Esquizoide		Patrón Narcisista		Patrón Agresivo		S. Clínico Bipolar	
	X ±DE	p	X ±DE	p	Me (p25-p75)	p	Me (p25-p75)	p
CD4+								
<500	63,56 ±23,39	0,047	52,78 ±12,34	0,014			55,0 (36,5-67,5)	0,022
≥500	45,09 ±15,27		65,55 ±8,49				69,0 (65,0-78,0)	
CD4+ Nadir								
<200	64,00 ±9,84	0,036			61,0 (36,7-65,2)			
≥200	46,33 ±23,78				67,0 (62,0-69,7)	0,044		

En la Tabla 13 se exponen las asociaciones significativas entre los criterios de inclusión y los resultados obtenidos en el MCMI-III.

Los resultados muestran que el patrón depresivo no se asoció a la inclusión de pacientes en el estudio por FV o abandono del TAR, que las puntuaciones en el patrón compulsivo no se asociaron con la inclusión por mala adherencia y que la distimia no se asocia al criterio de inclusión por FV.

Tabla 13

Diferencias significativas entre los criterios de inclusión y puntuaciones del MCMI-III

	Patrón Depresivo		Patrón Compulsivo		S Clínico Distímico		
	X ±DE	p	X ±DE	p	Me	(p25-p75)	p
Fracaso Viroológico							
Sí	36,75 ±28,16	0,018			21,5	(10,7-57,7)	0,033
No	59,69 ±11,78				67,5	(44,5-71,0)	
Abandono del TAR							
Sí	6,50 ±8,69	0,014					
No	48,93 ±17,52						
Mala Adherencia al TAR							
Sí			32,14 ±14,94	0,013			
No			53,15 ±16,96				

En la Tabla 14, que presenta las asociaciones significativas entre la existencia previa de abandonos del TAR y las puntuaciones del MCMI-III. Se expresa en media y ±DE para las variables cuantitativas normales y en mediana y percentiles para las no paramétricas.

Puede observarse que existe una relación estadísticamente significativa entre los abandonos del TAR y los patrones esquizoide y esquizotípico, así como con los síndromes distímico y estrés post traumático. En cambio, puede verse que las puntuaciones en los patrones histriónico y narcisista son menores en relación a los abandonos del TAR.

Tabla 14

Diferencias significativas entre la existencia de abandonos previos de TAR y puntuaciones del MCMI-III

Existencia de abandonos de TAR	Valores <i>t</i> -Student			Valores <i>U</i> Mann-Whitney
	X	±DE	p	
PC Esquizoide				
Sí	62,08	±16,24	0,019	
No	40,38	±21,49		
PC Histriónico				
Sí	30,75	±17,55	0,036	
No	50,88	±22,20		
PC Narcisista				
Sí	54,50	±11,00	0,011	
No	67,75	±9,04		
PC Esquizotípico				
		Me	(p25-p75)	p
Sí		60,00	(57,00-63,00)	0,048
No		52,00	(39,00-59,75)	
SC Distímico				
		Me	(p25-p75)	p
Sí		69,50	(65,00-76,00)	0,025
No		35,00	(22,50-64,75)	
SC Estrés post traumático				
		Me	(p25-p75)	p
Sí		65,00	(60,00-71,00)	0,019
No		42,00	(17,25-64,25)	

DISCUSIÓN

Los resultados de nuestra investigación muestran una presencia de psicopatología entre los pacientes con VIH con un mal control de la infección, especialmente si se tiene en cuenta que una amplia mayoría de ellos presenta alguna clase de patología de la personalidad o síndrome clínico en general. Sin embargo, estos datos han de estar sujetos a una prudente interpretación, ya que es

habitual que el MCMI-III tienda a inflar las escalas de personalidad compulsiva, narcisista e histriónica cuando es cumplimentado por pacientes sin una patología de personalidad relevante.

Específicamente, si atendemos a la prevalencia de los distintos patrones de personalidad, el patrón de personalidad más prevalente fue el antisocial, seguido del paranoide. Los síndromes clínicos más prevalentes fueron los de ansiedad y dependencia de sustancias, con diferencia, seguidos por los de dependencia del alcohol y depresión mayor. Estos resultados son mayores que los observados en la población general (Ortiz-Tallo, Cardenal, Ferragut, y Cerezo, 2011), destacando los resultados obtenidos para los síndromes de dependencia de sustancias y dependencia del alcohol, más elevados que los observados en población VIH con buen control de la infección (Portilla, 2016). Nuestros resultados confirman, pues, nuestra hipótesis de que las personas con infección por VIH con mal control de la infección presentan una morbilidad de la personalidad y de síndromes clínicos más elevada que la población VIH con buen control de la infección.

Si comparamos estos datos con lo descrito en otras investigaciones con indicadores de mala adherencia (Alvis, De Coll, Chumbimune, Díaz, Díaz, y Reyes, 2009; DiMatteo et al., 2000; Etienne, et al., 2010; Sumari-de Boer, Sprangers, Prins, y Nieuwkerk, 2012), los resultados son más congruentes en lo que se refiere a depresión y consumo de alcohol y drogas, aunque la inmensa mayoría de ellos evalúan la adherencia ciñéndose exclusivamente al consumo de la medicación, obviando la escasez de visitas a sus centros de salud especializados y, además, en muchos se emplean cuestionarios en los que el propio paciente indica sus pérdidas de dosis, en lugar de emplear el recuento de comprimidos. A lo anterior hay que sumar que dichas investigaciones evalúan la morbilidad psíquica con medios diferentes o dejan de lado la patología de la personalidad, centrándose en la evaluación de la presencia de ansiedad y depresión y en la valoración del consumo de alcohol y drogas, por separado.

En cuanto al segundo objetivo perseguido, conocer la relación existente entre patrones de personalidad y síndromes clínicos con las variables sociodemográficas y clínicas incluidas en el estudio, se ha observado lo siguiente.

Los abandonos previos del tratamiento fueron más frecuentes entre quienes mostraron una tendencia de personalidad esquizoide. Además, este patrón se relacionó con ser mayor de 40 años. En cuanto a los linfocitos CD4+, la tendencia esquizoide se relacionó con recuentos CD4+ inferiores a las 500 céls./ μ L y con cantidades CD4+ Nadir no superiores a los 200 céls./ μ L. Los esquizoides se caracterizan, entre otras cosas, por ser sus necesidades afectivas y sus emociones pobres tiendiendo a ser asociales y apáticos. Posiblemente, las características de estos individuos los desvinculen de los servicios sanitarios y los aislen socialmente, lo que tal vez podría explicar sus abandonos de TAR y por tanto unos recuentos bajos de CD4+ y CD4+ Nadir.

Los patrones agresivo, histriónico y narcisista se relacionaron con mejores indicadores clínicos. El patrón agresivo correlacionó con mayores CD4+ Nadir, la personalidad histriónica se relacionó con menores abandonos del TAR y la personalidad narcisista correlacionó con menos abandonos del tratamiento y con recuentos CD4+ más elevados. Los pacientes agresivos tienden a hacer prevalecer su voluntad, manifiestan conductas sádicas, y a menudo muestran comportamientos de tipo competitivo y ambicioso. Este hecho podría estar detrás de unos CD4+ Nadir más elevados si condujera a un inicio del tratamiento más temprano. Las personalidades histriónica y narcisista tienen en común la necesidad de atención social. El perfil histriónico se ha descrito como los equivalentes menos pasivos del perfil dependiente (Millon, Davis y Millon, 1997), por lo que su búsqueda de apoyo social, de aprobación y de un entorno favorable podría explicar su menor tasa de abandonos del TAR. Finalmente, el patrón narcisista se relaciona con un elevado nivel de autocuidados y ocupación de sí mismos, lo que podría estar relacionado con una tasa menor de abandonos y, consecuentemente, mayores niveles de CD4+.

El patrón compulsivo correlacionó con un mayor número de FV previos y con más comprimidos de TAR, sin embargo se relacionó con la inclusión en el estudio por causas no relacionadas con la adherencia al TAR. Este último dato es comprensible si se tiene en cuenta el perfil caracterológico del patrón compulsivo, que seguramente tenga menos problemas para tomar

el TAR según lo prescrito. En cambio, las razones que puedan explicar las asociaciones de este patrón con un mayor número de FV y con más comprimidos de TAR no están claras y estos resultados bien podrían deberse a la escasa muestra con rasgos de personalidad compulsiva, sobre todo teniendo en cuenta que las puntuaciones medias del total de la muestra para este perfil fueron más bien bajas, y a que solo un paciente presentó FV previos.

Los patrones de personalidad evitativo y depresivo se asociaron a menores recuentos de CD4+. Esto parece guardar cierta consonancia con lo descrito en la literatura científica en relación a la depresión y los niveles de CD4+ bajos (Schuster, Bornovalova y Hunt, 2012). El patrón evitativo, en cambio, vive con miedo y ansiedad anticipatoria, manteniendo distancia interpersonal para protegerse a sí mismo, lo que puede conducir a una negación de sus propios sentimientos hacia los demás y al aislamiento. Esto podría conducirle a evitar iniciar el TAR antes, lo que podría en ese caso explicar unos niveles menores de CD4+.

El trastorno antisocial de la personalidad se asoció con más años desde el diagnóstico y también con más años tomando TAR, así como con el consumo actual de metadona. Esto podría estar relacionado con el consumo de sustancias por parte de estas personas y un inicio temprano del TAR.

Respecto a los síndromes clínicos, el síndrome somatomorfo se asoció a menor CV-VIH, a CV-VIH indetectables y a más años de edad. Pese a que las personas que puntúan alto en esta escala tienden a la somatización y a una preocupación excesiva por la enfermedad, llegando a veces a comportamientos hipocondríacos, los datos obtenidos sobre una menor CV-VIH en estos pacientes podría deberse precisamente a la atención prestada a su salud.

El síndrome clínico de ansiedad se asoció a un mayor número de tratamientos previos, lo que podría entenderse como una exposición al hecho estresante de cambios continuos de TAR, con los consecuentes efectos secundarios.

El trastorno delirante se asoció con UDVP y más años tomando TAR. Esto podría deberse al consumo de sustancias tóxicas por vía parenteral en la década de los ochenta y su relación con

pensamientos de contenido paranoide. Sería necesario estudiar más profundamente esta relación para determinar si dicho consumo precede al trastorno o viceversa.

La distimia se relacionó con más abandonos de tratamiento, posiblemente debido a que estas personas albergan sentimientos de desánimo, falta de iniciativa y apatía conductual.

En términos generales, cabe señalar que existe una elevada prevalencia en la población estudiada de consumo de ciertas sustancias tóxicas, especialmente de tabaco, pero también consumos ocasionales de cocaína y consumos de alcohol. Destacan asimismo datos como la escasez en la frecuentación a las visitas en la Unidad, así como que la edad media de los pacientes infectados por VIH con mal control de la infección es superior a los cuarenta años, algo más elevada que lo que sugieren algunos estudios para pacientes con buena adherencia (Gebo et al., 2003; Gordillo, Del Amo, Soriano, y González-Lahoz, 1999). La principal vía probable de infección fue UDVP, un hecho que, a tenor de la media de edad de nuestros participantes, coincide con la época de los años ochenta de consumo de sustancias. Llama especialmente la atención la baja tasa de infecciones HSH, en contraste con otras investigaciones llevadas a cabo con pacientes adherentes al TAR (Gebo et al., 2003; Gordillo et al., 1999). Este fenómeno podría deberse a los efectos que lleva parejo el consumo de ciertas sustancias y los estilos de vida desordenados, que podrían estar ejerciendo una influencia en la adherencia y otros elementos asociados a un mal control de la infección.

Entre las limitaciones de nuestro estudio cabe destacar el escaso número de pacientes incluidos, así como su complejidad, si bien es cierto que, teniendo en cuenta que se trata de pacientes con mal control de la infección en los términos expresados anteriormente, no es extraño que hayan quedado pacientes usuarios del HGUA sin reclutar por no haber acudido a sus visitas mientras duró la investigación. De hecho, otros pacientes propuestos para su inclusión en el estudio no acudieron a la Unidad, pese a estar citados. Además, los resultados en lo que a consumo de sustancias y otras variables sociodemográficas y clínicas se refiere, han de tomarse con cautela, por carecer de información de algunos participantes en el estudio. Asimismo, se anima a investigadores

posteriores a buscar asociaciones entre los criterios que en este trabajo se han establecido como icónicos de un mal control de la infección y otras variables clínicas, así como a realizar estudios más duraderos que permitan la obtención de una muestra suficientemente amplia como para estudiar la relación de cada uno de los patrones de personalidad y síndromes clínicos con algunas de las variables sociodemográficas y clínicas significativas.

Como conclusión, es preciso señalar que la prevalencia de patrones de personalidad y de síndromes clínicos entre pacientes con infección por VIH con mal control de la infección es mayor que en la población general y que, además, nuestros resultados también indican diferencias con respecto a los pacientes con infección por VIH con buen control de la infección.

REFERENCIAS

- Alvis, Ó., De Coll, L., Chumbimune, L., Díaz, C., Díaz, J. y Reyes, M. (2009). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-sida. *Anales de la Facultad de Medicina*, (70)4, 266-272.
- Ammassari, A., Trotta, M., Murri, R., Castelli, F., Narciso, P., Noto, T., Vecchiet, J., Monforte, A. D. A., Wu, A. W. y Antinori, A. (2002). Correlates and predictors of adherence to highly active antiretroviral therapy: overview of published literature. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 31(3),123-127.
- Arnal, R. B. (2003). Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivocompartamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con Infección por VIH/SIDA. *Psicothema*, 15(4), 517-523.
- Ballester, R., Reinoso, I., García, S., y Campos, A. (2000). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH. *Análisis y modificación de conducta*, 26(109), 689-718.
- DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., y Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression

- on patient adherence. *Archives of internal medicine*, 160(14), 2101-2107.
- Cardenal, V., Sánchez, M. P., y Ortiz-Tallo, M. (2007). Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III). *Madrid: TEA, Ediciones*.
- Catz, S. L., Kelly, J. A., Bogart, L. M., Benotsch, E. G., y McAuliffe, T. L. (2000). Patterns, correlates, and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatments for HIV disease. *Health Psychology*, 19(2), 124.
- Centro Nacional de Epidemiología. (2015). *Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida*. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es>
- Colven, R., Harrington, R. D., Spach, D. H., Cohen, C. J., y Hooton, T. M. (2000). Retroviral rebound syndrome after cessation of suppressive antiretroviral therapy in three patients with chronic HIV infection. *Annals of internal medicine*, 133(6), 430-434.
- Etienne, M., Hossain, M., Redfield, R., Stafford, K., y Amoroso, A. (2010). Indicators of adherence to antiretroviral therapy treatment among HIV/AIDS patients in 5 African countries. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care*, 9(2), 98-103.
- Galvan, F. H., Burnam, M. A., y 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.
- Gallego, L., Barreiro, P., y López-Ibor, J. J. (2011). Diagnosis and clinical features of major neuropsychiatric disorders in HIV infection. *AIDS Rev*, 13(3), 171-9.
- Gebo, K. A., Keruly, J. y Moore, R. D. (2003). Association of social stress, illicit drug use, and health beliefs with nonadherence to antiretroviral therapy. *J Gen Intern Med*, 18, 104-11.
- Gordillo, V., Del Amo, J., Soriano, V. y González-Lahoz, J. (1999). Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*, 13, 1763-9.
- Grupo de expertos del Grupo de Estudio de Sida y de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida.

(2012). *Documento de consenso sobre el manejo clínico de los trastornos neurocognitivos asociados a la infección por el VIH*. Recuperado de <http://www.gesida-seimc.org>

Holzemer, W. L., Corless, I. B., Nokes, K. M., Turner, J. G., Brown, M. A., Powell-Cope, G. M., ... y Portillo, C. J. (1999). Predictors of self-reported adherence in persons living with HIV disease. *AIDS patient care and STDs*, 13(3), 185-197.

INFOSIDA. (2016). *Qué es el VIH*. Recuperado de <http://www.infosida.es/que-es-el-vih>

Lampe, F. C., Harding, R., Smith, C. J., Phillips, A. N., Johnson, M., y Sherr, L. (2010). Physical and psychological symptoms and risk of virologic rebound among patients with virologic suppression on antiretroviral therapy. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 54(5), 500-505.

Latkin, C. A., Curry, A. D., Hua, W., y 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), S234-S241.

Mehta, S., Moore, R. D. y Graham, N. M. H. (1997). Potential factors affecting adherence with HIV therapy. *AIDS*, 11(14), 1665-70.

Millon, T., Davis, R., y Millon, C. (1997). *MCCI-III Manual*, 2ª ed. Minneapolis: National Computer Systems. *Psychology*, 50, 444-445.

ONUSIDA. (2015). *El sida en cifras*. Recuperado de http://www.unaids.org/es/resources/documents/2015/AIDS_by_the_numbers_2015

Ortiz-Tallo, M., Cardenal, V., Ferragut, M., y Cerezo, M. V. (2011). Personalidad y síndromes clínicos: un estudio con el MCCI-III basado en una muestra española. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 16(1), 49-59.

Portilla, I. (2016). *Prevalencia y factores asociados a trastornos de la personalidad y síndromes clínicos del MCCI-III en pacientes con infección por VIH con buena respuesta al tratamiento antirretroviral* (Trabajo fin de máster no publicado). Universidad Miguel

Hernández, Elche.

Schuster, R., Bornovalova, M., y Hunt, E. (2012). The influence of depression on the progression of HIV: direct and indirect effects. *Behavior modification*, 36(2), 123-145.

Sledjeski, E. M., Delahanty, D. L., y Bogart, L. M. (2005). Incidence and impact of posttraumatic stress disorder and comorbid depression on adherence to HAART and CD4+ counts in people living with HIV. *AIDS Patient Care & STDs*, 19(11), 728-736.

Sociedad Española de Psiquiatría. (2015). *Documento de consenso sobre las alteraciones psiquiátricas y psicológicas en adultos y niños con infección por el VIH*. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es>.

Sumari-de Boer, I. M., Sprangers, M. A., Prins, J. M., y Nieuwkerk, P. T. (2012). HIV stigma and depressive symptoms are related to adherence and virological response to antiretroviral treatment among immigrant and indigenous HIV infected patients. *AIDS and Behavior*, 16(6), 1681-1689.

