



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

HOSPITAL INFANTIL MANUEL DE JESÚS RIVERA

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA

Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes con Virus de Inmunodeficiencia Humana, atendidos en la clínica de atención integral para VIH/SIDA en el Hospital Infantil de Nicaragua Manuel de Jesús Rivera, en el período octubre 2018 a febrero 2019.

- **Autor:** Dra. Guiselle Morales Baldizón. Médico y Cirujano General
- **Tutores Clínicos:** Dra. Martha Muñoz Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia
Dra. Mariángeles Pérez. Pediatra Infectóloga
- **Asesor Metodológico:** Dra. Silvia Bove. Pediatra Epidemióloga

Managua, abril, 2019

RESUMEN

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) tiene un impacto negativo en la salud mental de las personas, presentando alta prevalencia de trastornos psiquiátricos, los cuales son subdiagnosticados, poco tratados y pueden llegar a ser un obstáculo para afrontar la enfermedad, dado que no hay estudios acerca de la condición psiquiátrica de los adolescentes que acuden a la clínica de atención integral para VIH/SIDA, en el Hospital Infantil de Nicaragua Manuel de Jesús Rivera, se realizó este estudio, el cual tiene como objetivo describir los principales trastornos psiquiátricos que se presentan en los adolescentes infectados por el VIH.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, en el período de octubre 2018 a febrero 2019, la muestra fue constituida por 31 pacientes, de 10-19 años de edad, que acudieron en la clínica de atención integral para VIH/SIDA, en el periodo de estudio y que su tutor aceptó participar en la investigación. Se recolectó la información con un instrumento que constó de una ficha de recolección de información, como datos generales, antecedentes personales, familiares, condición médica actual, etc. y la lista de verificación de trastornos psiquiátricos basada en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV TR), mediante entrevista.

Las características sociodemográficas de los pacientes en este estudio son: el menor de 10 años y mayor 18 años, edad promedio de 15 años, femenino 55%, procedencia urbana 94%, nivel de escolaridad primaria 55%, condición económica desfavorable 65%. El 68 % de los adolescentes presenta algún trastorno psiquiátrico, siendo los más prevalentes la depresión 48%, Trastorno por déficit de atención e hiperactividad 42 % y trastorno negativista desafiante 32%. Los principales factores asociados a trastornos psiquiátricos encontrados en este estudio son huérfanos de ambos padres, abuso sexual, hospitalizaciones frecuentes, carga viral alta y estadios avanzados de la enfermedad.

Se identificó que 68 % de los adolescentes presenta efectos adversos psiquiátricos o neurológicos secundaria a la terapia antiretroviral, siendo los más frecuentes ideas suicidas y mareos.

Trastornos psiquiátricos en adolescentes con VIH

Se recomienda utilizar la lista de verificación de trastornos psiquiátricos para una identificación temprana de éstos y una derivación oportuna al Subespecialista, para mejorar la atención a los niños y adolescentes que se atienden en la clínica de atención integral para VIH/SIDA, incorporando al servicio de psiquiatría infantil al equipo multidisciplinario.

OPINIÓN DEL TUTOR

En relación al presente estudio: “Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes con Virus de Inmunodeficiencia Humana, atendidos en la clínica de atención integral para VIH/SIDA en el Hospital Infantil de Nicaragua Manuel de Jesús Rivera, en el período octubre 2018 a febrero 2019”. Quiero primeramente expresar mi satisfacción por el interés de la Dra. Guiselle Morales Baldizón hacia el estudio de los diferentes trastornos psiquiátricos en este grupo de pacientes, lo cual es de vital importancia para el manejo integral de los casos y para sentar un precedente en la detección oportuna de las diferentes patologías psiquiátricas que comúnmente pasan desapercibidas por los clínicos y que día a día van incrementándose en nuestro medio.

Con la convicción de que las políticas públicas deben basarse en la evidencia científica, los resultados de este estudio, donde se continúa observando los altos índices de depresión en enfermos crónicos, apoyaran los esfuerzos locales en la creación de guías de intervención de las enfermedades mentales prevalentes en la población infantojuvenil.

Finalmente, avalo los resultados, tanto por su metodología, como por el esfuerzo de llevar a cabo el primer estudio de este tipo en el Hospital Infantil.



Dra. Martha Muñoz Pavón
Psiquiatra Infantil
y de la Adolescencia
CÓD. MINSU 11575

Dra. Martha Muñoz Pavón
Médico Psiquiatra
Subespecialista en Psiquiatría Infantil
y de la Adolescencia.



Dra. Mariángeles Pérez
PEDIATRA INFECTÓLOGA
CÓD. MINSU 231

Dra. Mariángeles Pérez
Médico Pediatra
Subespecialista en Infectología

DEDICATORIA

A mis padres María Elena y Luis Espinoza, por ayudarme a construir mis sueños, les dedico mis logros por su esfuerzo, apoyo y amor incondicional

A mi amada hija María Jimena, por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día.

A mi gran amor, Roberto, por ser quién complementa mi vida, por su paciencia, entrega, apoyo y sobre todo amor infinito.

A mi hermana, Valeria, por su apoyo en todos los aspectos de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco principalmente a Dios, por su bondad y misericordia infinita, por permitirme culminar esta meta, a pesar de todas las adversidades.

A mis tutoras Dra. Martha Muñoz, Dra. Silvia Bove, Dra. Mariángeles Pérez, por su disposición, tiempo, apoyo científico y metodológico para la elaboración de esta tesis.

INDICE

RESUMEN.....	2
DEDICATORIA	5
INDICE.....	6
I. INTRODUCCIÓN.....	7
II. ANTECEDENTES	8
III. JUSTIFICACIÓN.....	11
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
V. OBJETIVOS	13
VI. MARCO TEÓRICO	14
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	38
VII. RESULTADOS	50
VIII. DISCUSIÓN	54
IX. CONCLUSIÓN	58
X. RECOMENDACIONES	59
XII.ANEXOS	62
ANEXO I. TABLAS Y GRÁFICOS	63
ANEXO II. CONSENTIMIENTO INFORMADO	70
ANEXO III. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	71

I. INTRODUCCIÓN

La infección por el VIH continúa siendo un grave problema de salud pública mundial, afectando de manera desproporcionada a los niños y adolescentes, siendo dianas “inocentes” del virus, adquieren la infección, principalmente, a través de sus madres (durante el embarazo, el parto o el periodo postnatal).

El VIH/SIDA en niños y adolescentes es uno de los problemas más complejos en pediatría, gracias a la disponibilidad de los antirretrovirales actuales, se ha convertido en una enfermedad crónica, incrementado la sobrevivencia del niño. No obstante, este incremento en la longevidad, nos ha enseñado otros aspectos de la enfermedad, que, a pesar de los avances en terapéutica médica, no ha sido posible revertir el impacto psicológico de la enfermedad. (Figueroa, 2000).

El VIH no solo es un problema médico también es un problema social, este diagnóstico acarrea estigma, lo cual genera consecuencias psicosociales para el paciente y su familia. Los problemas psicosociales que enfrentan los niños y adolescentes infectados por el VIH/SIDA y sus familias representan una amplia variedad de trastornos como lo son: aislamiento, problemas relacionados con la revelación del diagnóstico, estigma social, depresión, enojo y confusión. (Figueroa, 2000)

La presente revisión tiene como objetivo describir los principales trastornos psiquiátricos que se presentan en los adolescentes infectados por el VIH, que son atendidos en la consulta externa de nuestro Hospital a través de la historia clínica psicológica para niños, niñas y adolescentes con VIH y mediante la lista de verificación de trastornos basada en el DSM IV TR, ya que no contamos con estudios acerca de la condición psicosocial de estos pacientes, dicha información será de utilidad a todo el equipo multidisciplinario para un abordaje integral de los adolescentes.

II. ANTECEDENTES

Entender el origen de las alteraciones neuropsiquiátricas que se presentan en el curso de la infección por el VIH ha sido objeto de múltiples estudios desde los inicios de la epidemia.

En el año 2001, en un metanálisis realizado por Ciesla y Roberts, se encontró una relación importante entre la infección por VIH y el trastorno depresivo (odd ratio [OR]: 1,99; IC 95 %: 1,32-3,00). Esto significa que un paciente con infección por VIH tiene mayor riesgo de ser diagnosticado con depresión que aquellos que no padecen la infección. (Ciesla & Roberts, 2001).

Jeremy R, Kim S, realizaron un estudio en el año 2005, aplicando trece medidas apropiadas para evaluar el funcionamiento cognitivo, neurológico y del comportamiento a 489 niños infectados por el VIH, entre 4 meses y 17 años de edad. Se evaluaron prospectivamente durante 48 semanas, con respecto a los cambios en el rendimiento neuropsicológico y la carga viral donde se observó un funcionamiento neuropsicológico deficiente y peor en los niños con una mayor carga viral. Solo un instrumento del funcionamiento neuropsicológico mostró mejoría después del tratamiento con terapia combinada, y el grado de dicha mejora fue relativamente menor. (Jeremy R J, 2005)

Collins y colegas, en el año 2006, encontraron en una revisión sistemática que la prevalencia de trastorno depresivo en pacientes infectados por VIH estaba entre el 0 % y el 63 %. La amplia variación de esta prevalencia se presentó, según el autor, por la falta de herramientas validadas para el diagnóstico de depresión. En el mismo estudio se demostró la relación entre la presencia de síntomas o trastornos depresivos y su baja adherencia a la terapia antirretroviral. (Collins , Holman, & Freeman, 2006)

Mellins en el año 2009 realizó un estudio “Desordenes psiquiátricos en jóvenes con infección VIH perinatal”, incluyó pacientes entre 9 a 16 años de edad, encontró una edad promedio de 12.2 años, sexo femenino 51 %, 55% presentaban criterios para diagnóstico trastorno psiquiátrico, de los cuales, el 40% presentaba trastorno de ansiedad, el 21% déficit de atención con hiperactividad y el 13% trastorno negativista desafiante. En ese mismo estudio

se encontró una asociación entre el niño o el adolescente con trastorno psicológico y patología psiquiátrica o abuso de sustancias del cuidador primario (Mellins, 2009)

Chernoff, en año 2009, realizó un estudio prospectivo caso control, en el cual observó que los jóvenes afectados por el VIH recibían más medicación psicofarmacológica e intervenciones psicológicas que los del grupo control. El grupo de adolescentes VIH presentó el doble de indicación de estimulantes para el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (ADHD) y antidepresivos, a pesar de que no se encontraron diferencias en la prevalencia de enfermedad psiquiátrica entre un grupo y el otro. (Chernoff & Nachman, 2009)

Castro M, Martínez Y, realizaron un estudio sobre evaluación neuropsicológica, factores psicosociales y comorbilidad psiquiátrica en pacientes pediátricos infectados con el VIH, atendidos en la clínica pediátrica del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí de La Habana en el año 2008, fueron incluidos 23 niños y adolescentes entre los 3 y 17 años, predominó el sexo femenino con 56,5% , las edades entre los 6-11 años con 43,5% , más del 50% de los cuales se encontraban en los primeros años de escolarización, 69,5% infectados por transmisión vertical y 30,5% por otras vías. Los escolares infectados por vía vertical fueron los que mayor sintomatología aportaron, la hiperactividad (57,1%), la ansiedad (42,8%) y las dificultades en el aprendizaje (14,2%), fueron los síntomas más frecuentes. El diagnóstico de trastorno hiperactivo (13,0%) fue el más importante en la etapa escolar, mientras que el trastorno de adaptación depresivo lo fue en la adolescencia (8,6%). (Castro, 2011)

En nuestro país en el año 2009 se publicó “Manual para la atención psicológica de niños, niñas y adolescentes con VIH”, la cual describe que la atención a los niños, niñas y adolescentes, mediante la terapia antirretroviral, se inició en el año 2004, en el Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera, en una revisión de expedientes clínicos con una muestra de 19 casos atendidos (niñez de 3 meses a 16 años) se encontró que se diagnosticaron 8 trastornos que afectaban frecuentemente a 11 niños, niñas y adolescentes. Los principales trastornos detectados fueron: trastornos del desarrollo (27.7%), trastorno por déficit de atención con hiperactividad y negativismo desafiante (22.2% para ambos). El porcentaje restante (27.9) corresponde a otros trastornos (trastorno disocial, enuresis, ansiedad por

separación, trastorno del sueño, y depresión). Estos datos se obtuvieron mediante la lista de verificación de trastornos basada en el DSM IV TR, que forma parte de la historia clínica diseñada para la evaluación psicológica de niños, niñas y adolescentes con VIH. Es conveniente señalar que en 4 de los 11 casos se encontraron dos o más trastornos. (Ministerio de salud., 2009)

Cabe mencionar que el autor no encontró dicho estudio referido en Normativa 033 publicado en página web del Ministerio de Salud, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, ni en la biblioteca del hospital.

III. JUSTIFICACIÓN

Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), en su informe del año 2017, 36.9 millones de personas vivían con VIH, de estos, alrededor de 2,6 millones son niños y niñas, 1,8 millones de adolescentes de 10 a 19 años con VIH y cada 3 minutos se registró aproximadamente una infección nueva en una adolescente (de 15 a 19 años) en todo el mundo (UNICEF, 18)

En Nicaragua, según el informe nacional del programa VIH/SIDA, para el primer semestre del año 2018 existían 5482 personas viviendo con VIH, en tratamiento antirretroviral, se diagnosticaron 466 casos nuevos, de los cuales 27 son adolescentes.

Una de las repercusiones difíciles de la epidemia de VIH es el número creciente de niños y niñas enfermos; con mayor prevalencia de comorbilidad médica, neurológica y psiquiátrica; cuyas vidas han sido afectadas en forma radical por los efectos de la enfermedad sobre sus familias, escuelas, comunidades y sistemas de salud.

El diagnóstico del VIH/SIDA incide negativamente en la calidad de vida de la persona infectada y de los familiares, una vez que se conoce el diagnóstico del niño o adolescente, se enfrentan a una serie de emociones que llevan al paciente al aislamiento, negación, sentimientos desalentadores que pueden llegar a desencadenar trastornos psiquiátricos y ser un obstáculo para la adherencia al tratamiento antirretroviral (ARV) y afrontar la enfermedad.

La importancia de las alteraciones psiquiátricas y su repercusión en los pacientes con infección por el VIH requiere de un estudio particularizado y de una colaboración estrecha entre pediatras, psiquiatras y psicólogos debido a su complejidad, dado que frecuentemente los trastornos psiquiátricos son subdiagnosticados y poco tratados, este estudio será de utilidad, para conocer los trastornos psiquiátricos, que pueden afectar a este grupo de pacientes, aportar información práctica desde el punto de vista asistencial, que permita la identificación temprana de los principales trastornos psiquiátricos que se producen en la infección por el VIH, así como para establecer estrategias de mejora en la atención integral de estos pacientes.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Nicaragua existen 5,482 personas afectadas por el VIH , se dispone de 58 clínicas de atención integral y 3 hospitales de referencia nacional, en donde se les garantiza la terapia antirretroviral, siendo el Hospital Infantil de Nicaragua” Manuel de Jesús Rivera, Unidad de Referencia Nacional para niños y adolescentes, en dónde se realizan valoraciones integrales a pacientes referidos de todo el país, actualmente se atienden 76 niños y adolescentes infectados con VIH procedentes en su mayoría de Managua y 50 % del resto de departamentos.

El VIH actualmente es una enfermedad tratable, sin embargo se convierte en una enfermedad mortal debido al impacto que tiene en la salud mental de las personas, según la OMS (Organización Mundial de la Salud) existen aproximadamente 500 millones de personas en el mundo con alguna forma trastorno mental, en base a antecedentes en los cuales los trastornos psiquiátricos muestran una alta prevalencia en pacientes infectados por el VIH me he propuesto realizar esta investigación en los pacientes atendidos en la clínica de atención integral para VIH/SIDA en el Hospital Infantil de Nicaragua Manuel de Jesús Rivera que , ya que no hay estudios del tema. Por lo que surgió el siguiente problema:

¿Cuál es la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en adolescentes con Virus de Inmunodeficiencia Humana, atendidos en la atendidos en la clínica de atención integral para VIH/SIDA en el Hospital Infantil de Nicaragua Manuel de Jesús Rivera, en el período octubre 2018 a febrero 2019?

V. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la prevalencia de los principales trastornos psiquiátricos en adolescentes con VIH/SIDA, atendidos en la clínica de atención integral para VIH/SIDA en el Hospital Infantil de Nicaragua Manuel de Jesús Rivera, en el período octubre 2018 a febrero 2019.

Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de los pacientes en estudio.
2. Conocer los principales trastornos psiquiátricos de los pacientes en estudio.
3. Describir factores predisponentes y su relación con trastornos psiquiátricos en los adolescentes con VIH.
4. Identificar los efectos adversos psiquiátricos y neurológicos secundarios a la terapia antiretroviral y su relación con trastornos psiquiátricos en los pacientes en estudio.

VI. MARCO TEÓRICO

El VIH ha constituido un reto no solo para la medicina sino también para la psicología y las ciencias sociales, que han debido dar respuesta a muchas necesidades planteadas desde la aparición de los primeros casos. Durante el transcurso de la vida van a surgir distintas situaciones vinculadas a la infección que pueden ser difíciles y que perturben la vida de los niños y sus familias, tales como informarles del diagnóstico, buscar la adherencia a los tratamientos prescritos, la adaptación a la enfermedad y la modificación del estilo de vida que ello requiera, la iniciación sexual y la preparación para la vida adulta, entre otras. (Salomón H, 2012)

Cuando nos encontramos frente a la atención de pacientes VIH/ SIDA, debemos considerar que se trata de pacientes que padecen una enfermedad crónica. Una enfermedad crónica produce un alto estrés tanto en el niño como en la familia. Siempre que una enfermedad altere la vida de los niños o modifique el trato y/o sentimientos de sus padres y allegados, pueden producirse alteraciones psicológicas o psiquiátricas. (Bologna, 2005)

Estudios relacionados con este tema señalan que la experiencia de crecer y vivir con VIH/Sida es pensada como una contingencia negativa más en la ya ‘turbulenta’ vida de los jóvenes, un factor negativo que interfiere en las ‘tareas’ de ajuste y adaptación al sistema social. (Adasko, 2018)

Hay que tener en cuenta que estos jóvenes han presentado a lo largo de su vida, períodos de agravamiento de la enfermedad con aumento de la carga viral que podrían afectar al SNC y que probablemente estos niños han sido expuestos durante la gestación y su desarrollo posterior al VIH a tratamientos que se piensa podrían incidir en una lenta pero progresiva desregulación inmune típica de esta afectación. El impacto directo del SNC sumado a los factores estresantes de padecer una enfermedad crónica, estigmatizante, transmisible y potencialmente fatal podría influir en la presencia de trastornos emocionales y psiquiátricos. (Kapetanovic, 2009)

La comprensión de los trastornos psicológicos en la infancia y adolescencia precisa considerar tanto los factores que suponen riesgo para la salud mental, como los que

contribuyen a protegerla. Estas consideraciones son válidas tanto para la población en general como para los niños, niñas y adolescentes con VIH y afectados por el SIDA; no obstante, también es necesario tener en cuenta las circunstancias que de manera particular pueden influir en que la niñez y adolescencia presente trastornos psicológicos. Entre dichas circunstancias se encuentran su condición médica, la situación familiar (si los padres están vivos y saludables), social (estigma y discriminación por propios y ajenos, nivel de integración familiar y social) y económica (garantía de satisfacción de las necesidades materiales básicas. (Ministerio de salud., 2009)

Los factores predisponentes a trastornos psiquiátricos asociados al VIH y Sida son de tipo biológico, psicológico, familiar y social, los cuales actúan por sí mismos y en interacción. Entre los factores biológicos se cuentan la afectación del sistema nervioso central (cefalea, fatiga, depresión, insomnio y mareos) y la fragilidad corporal aumentada por los efectos adversos de los antirretrovirales y otros medicamentos, por ejemplo, para infecciones oportunistas. Los factores psicológicos tienen que ver con ingesta de medicamentos, hospitalizaciones repetidas y aislamiento de los pares, conocimiento de su estatus VIH y la percepción que sobre éste se le ha transmitido: miedo a la muerte, al sufrimiento y conflictos familiares. El rechazo, los problemas de autoestima, los duelos. Los factores familiares y sociales incluyen la condición VIH, enfermedad y/o pérdida de uno o ambos padres (quien les cuida y educa si esto sucede), dificultad paterna o materna para cuidar y educar al niño o niña con VIH a causa de afectaciones en su salud física, psicológica y para elaborar y superar el duelo, debido a que el padre o madre sobreviviente no puede apoyar dada su condición, enfermedad o aflicción, etc. La falta de desarrollo sociocultural, como los problemas de inasistencia a la escuela. (Ministerio de salud., 2009)

Ante cualquier evento vital, como puede ser la notificación del diagnóstico de la infección, puede aparecer una reacción emocional que habitualmente, es en forma de depresiva y ansiosa. Si esta reacción emocional es excesiva a lo esperable, hablamos de trastorno adaptativo. Es fundamental diferenciar entre la reacción emocional y el trastorno adaptativo. La diferencia reside en que la reacción emocional es proporcional al agente desencadenante, mientras que en el trastorno adaptativo la reacción es excesiva en relación a la importancia y magnitud de dicho agente. Una de las complicaciones más graves de esta reacción es la

aparición de ideación suicida, por lo que se debe estar alerta ante todo pensamiento suicida y remitir al paciente a una unidad de psiquiatría. El riesgo de suicidio en pacientes VIH es mayor en presencia de trastornos depresivos y/o consumo de sustancias. (Catalan J, 2011)

6.1 Fisiopatología

Los mecanismos y procesos mediante los cuales la infección por VIH aumenta la prevalencia de enfermedades psiquiátricas siguen en proceso de investigación. Las teorías más aceptadas han sido: la reacción inflamatoria producida por el virus en el sistema nervioso central y el proceso acelerado de inmunosenescencia. (Salazar & De la Hoz, 2017)

Varios marcadores inflamatorios como interleucina 6, factor de necrosis tumoral, proteína C reactiva ultrasensible y marcadores de coagulación como el dímero D se han encontrado en concentraciones aumentadas en pacientes con VIH, a pesar de tener cargas virales indetectables y total adherencia a la terapia antirretroviral. Este aumento de la secreción de citocinas y marcadores inflamatorios también se presenta en el sistema nervioso central, mediante el paso del virus a través de la barra hematoencefálica por distintas rutas (una de las más aceptadas es el paso de células del sistema inmune infectadas con el virus). (Salazar & De la Hoz, 2017)

Aunque se sabe que el VIH puede infectar las neuronas, el mayor daño lo hace de manera indirecta, al aumentar el ambiente pro inflamatorio con marcadores como la interleucina 1 y el factor de necrosis tumoral alfa, mediante la interacción de sus distintas proteínas y glicoproteínas de las cuales una de las más estudiadas es la gp120. Se ha visto que células como los astrocitos y la microglía, en las cuales ocurre la replicación del VIH, liberan gp120, que interactúa con otros receptores tanto de neuronas como de células no neuronales, que estimulan la liberación no solo de citocinas inflamatorias, sino también de glutamato, el cual desencadena procesos de estimulación de las neuronas mediante el proceso conocido como excitotoxicidad, el cual conduce a la apoptosis celular. (Salazar & De la Hoz, 2017)

En cuanto al proceso de inmunosenescencia, se ha encontrado que los pacientes con infección por VIH tienen una modificación de los receptores de sus linfocitos T, que generan que los linfocitos respondan menos a los estímulos de interleucina 2; que tengan menor respuesta a

la exposición de antígenos u menor respuesta inmune, y que presenten alteraciones en las telomerasas, lo que limitará su adecuado accionar (Salazar & De la Hoz, 2017).

6.2 Trastornos Psiquiátricos

Para un correcto diagnóstico de las alteraciones psicológicas y psiquiátricas en los pacientes con infección por VIH hay que tener en cuenta las características individuales de los pacientes, de su entorno social y familiar, así como de su estado médico y de salud. En la exploración psicopatológica hay que valorar la orientación del paciente y el estado de sus funciones superiores, así como su conducta, su apariencia y su conciencia de enfermedad (médica y psiquiátrica), interrogar sobre el estado de ánimo, el nivel de ansiedad, el pensamiento, la presencia de posibles alteraciones senso perceptivas (alucinaciones) y la motricidad. (American Psychiatric Association , 2000)

- **Trastornos de la conducta**

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) afecta aproximadamente a uno de cada veinte niños o adolescentes en Europa. Es un problema de gran magnitud dada su elevada prevalencia, la psicopatología que conlleva, la comorbilidad a la que puede asociarse y la cronicidad. (DSM-IV, 2003)

Los criterios para el diagnóstico del TDAH según el DSM-IV-TR son:

A.1. Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención

(a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.

- (b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.
- (c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- (d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
- (e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- (f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- (g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p.ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- (h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- (i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.

A.2 Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad/impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- (a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- (b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera permanezca sentado.
- (c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- (d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.

(e) A menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor.

(f) A menudo habla en exceso.

Impulsividad

(g) A menudo precipita respuesta antes de haber sido completadas las preguntas.

(h) A menudo tiene dificultades para guardar turno.

(i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p.ej., se entromete en conversaciones o juegos).

B. Algunos síntomas de hiperactividad, impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p.ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

En función de los resultados se podrán clasificar las siguientes presentaciones:

- **Presentación combinada:** Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.
- **Presentación predominante con falta de atención:** Si se cumple el Criterio A1 pero no se cumple el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

- **Presentación predominante hiperactiva/impulsiva:** Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses. (DSM-IV, 2003)

Trastorno disocial

A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:

Agresión a personas y animales

1. A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros
2. A menudo inicia peleas físicas
3. Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p. Ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola).
4. Ha manifestado crueldad física con personas
5. Ha manifestado crueldad física con animales
6. Ha robado enfrentándose a la víctima (p. Ej., ataque con violencia, arrebatarse bolsos, extorsión, robo a mano armada)
7. Ha forzado a alguien a una actividad sexual

Destrucción de la propiedad

8. Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves
9. Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios)

Fraudulencia o robo

10. Ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona
11. A menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (esto es, "tíma" a otros).
12. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. Ej., robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones)

Violaciones graves de normas

13. A menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad.
14. Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo)
15. Suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad

B. El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

C. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad.

Especificar el tipo en función de la edad de inicio:

Tipo de inicio infantil: se inicia por lo menos una de las características criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad.

Tipo de inicio adolescente: ausencia de cualquier característica criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad.

Especificar la gravedad:

Leve: pocos o ningún problema de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico y los problemas de comportamiento sólo causan daños mínimos a otros.

Moderado: el número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre "leves" y "graves".

Grave: varios problemas de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico o los problemas de comportamiento causan daños considerables a otros. (DSM-IV, 2003):

Trastorno negativista desafiante

A. Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presentes cuatro (o más) de los siguientes comportamientos:

1. A menudo se encoleriza e incurre en pataletas.
2. A menudo discute con adultos
3. A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus obligaciones
4. A menudo molesta deliberadamente a otras personas
5. A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento
6. A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros
7. A menudo es colérico y resentido
8. A menudo es rencoroso o vengativo

Nota: considerar que se cumple un criterio sólo si el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada típicamente en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables.

B. El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.

C. Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.

D. No se cumplen los criterios de trastorno disocial, y, si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los de trastorno antisocial de la personalidad.

Trastornos de la eliminación

Le enuresis se define como el repetido vaciado de orina en la ropa o en la cama, tanto si el vaciamiento es involuntario, como intencionado. Esta conducta debe ocurrir dos veces por semana durante tres meses, por lo menos, o causar malestar clínicamente significativo, o alterar el funcionamiento social o académico del niño. La edad cronológica o mental del niño debe ser de al menos 5 años.

La encopresis se define como un patrón de evacuación de heces en lugares inapropiadas, tanto si es involuntario, como intencionado. El patrón debe estar presente durante por lo menos tres meses y la edad cronológica y evolutiva del niño debe ser de al menos cuatro años.

Por ellos, los trastornos de la eliminación se caracterizan por la emisión de heces o de orina en lugares inadecuados por un niño, cuyo nivel de desarrollo implica la capacidad de tener control sobre las mismas. El control del intestino y de la vejiga se desarrolla gradualmente durante un período de tiempo. Esta adquisición de hábitos higiénicos está afectada por muchos factores, tales como la capacidad intelectual, la madurez social del niño y las interacciones psicológicas entre el niño y sus padres. (Feria M, 2010)

Enuresis

Los criterios diagnósticos según el DSM-IV son los siguientes:

A – Emisión repetida de orina en la cama o en la ropa, sea involuntaria o intencionada.

B – El comportamiento en cuestión es clínicamente significativo, manifestándose por una frecuencia mínima de 2 episodios semanales durante por lo menos 3 meses consecutivos o por la presencia de malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico-laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C – La edad cronológica es de por lo menos 5 años (o el nivel de desarrollo equivalente).

D – El comportamiento no se debe exclusivamente al efecto fisiológico directo de una sustancia (por ejemplo, un diurético) ni a una enfermedad médica (por ejemplo, diabetes, espina bífida, trastorno convulsivo)

Encopresis

Los criterios diagnósticos de DSM-IV son los siguientes:

A – Evacuación repetida de heces en lugares inadecuados (por ejemplo, vestidos y suelos), sea involuntaria o intencionada.

B – Por lo menos un episodio al mes durante un mínimo de 3 meses.

C – La edad cronológica es por lo menos de 4 años (o un nivel de desarrollo equivalente).

D – El comportamiento no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, laxantes) ni a una enfermedad médica, excepto a través de un mecanismo que implique estreñimiento. Hay que especificar si es con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento o sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento. (Feria M, 2010)

Trastorno de ansiedad de separación

La ansiedad por separación es una respuesta emocional en la cual el niño experimenta angustia al separarse físicamente de la persona con quién está vinculado (generalmente su madre). La ansiedad por separación es un fenómeno normal, esperable y obligado del desarrollo infantil, que comienza a manifestarse alrededor de los 6 u 8 meses de edad, le

permite que el niño desarrolle paulatinamente su capacidad de estar a solas. Contribuye activa y necesariamente a este proceso la figura de apego que el niño dispone.

El trastorno de ansiedad por separación es una manifestación psicopatológica, caracterizada por la incapacidad del niño de quedarse y estar a solas. En este caso el niño no es capaz de separarse apropiadamente de la persona que es emocionalmente significativa para él. La angustia es excesiva y sobre lo esperado para el nivel de desarrollo del niño, es decir, no es una angustia normativa. (Pacheco P., 2009;)

Los criterios diagnósticos según el DSM-IV son los siguientes

A. Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado, puesta de manifiesto por tres (o más) de las siguientes circunstancias:

1. Malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas
2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que éstas sufran un posible daño
3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante (p. Ej., extraviarse o ser secuestrado)
4. Resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación.
5. Resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares
6. Negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o a ir a dormir fuera de casa
7. Pesadillas repetidas con temática de separación

8. Quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación

B. La duración del trastorno es de por lo menos 4 semanas. C. El inicio se produce antes de los 18 años de edad.

D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

E. La alteración no ocurre exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y en adolescentes y adultos no se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia. (DSM-IV, 2003)

Trastornos del sueño

Los trastornos del sueño son muy frecuentes en niños y adolescentes. En torno al 20-30% van a requerir algún tipo de intervención. Cuando aparecen, del 25 al 84% tienden a persistir en la infancia temprana durante un periodo que puede alcanzar los 3 años. Los trastornos del sueño en niños y adolescentes difieren de los que aparecen en adultos. Algunos son específicos de la infancia, mientras que otros ocurren a lo largo del desarrollo. En adolescentes es común que aparezcan patrones irregulares del sueño o sueño insuficiente, generalmente debido a la adquisición de hábitos inadecuados durante la etapa escolar. Según el DSM-IV, los trastornos del sueño se clasifican en Trastornos primarios del sueño (Insomnio Primario, Hipersomnia Primaria y Narcolepsia), Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental, Trastornos del sueño debido a consumo de sustancias, y Trastornos del sueño debidos a enfermedad médica. Estas categorías describen bien los trastornos del sueño en adultos, si bien, son inadecuadas para categorizar los trastornos en niños, por lo que a efectos prácticos es más recomendable clasificarlos en tres categorías: Insomnio, Hipersomnia diurna y Parasomnias.

Las Parasomnias son fenómenos fisiológicos indeseables que ocurren de forma recurrente durante el sueño, pueden aparecer como fenómeno primario o secundario a causas médicas

o psiquiátricas. Las más comúnmente vistas en la clínica son los Terrores nocturnos, el Somnambulismo y los Despertares confusos.

Pesadillas

Generalmente son normales en niños y adolescentes, si bien cuando producen repetidos despertares con importante distrés y repercusión en el sueño, de modo que el niño no puede volver a dormir solo, requerirán algún tipo de intervención. Ocurren durante el sueño REM, fundamentalmente en la segunda mitad de la noche. Son frecuentes en edades preescolares y disminuyen en frecuencia a lo largo del desarrollo hacia la vida adulta. Aumentan con el estrés, privación de sueño, fatiga y cambios en el lugar del sueño. Algunos fármacos, como los betabloqueantes, alcohol, barbitúricos y benzodiazepinas pueden producir pesadillas. (Sanz, 2008)

Los criterios diagnósticos según el DSM-IV son los siguientes:

A. Despertares repetidos durante el período de sueño mayor o en las siestas diurnas, provocados por sueños extremadamente terroríficos y prolongados que dejan recuerdos vividos, y cuyo contenido suele centrarse en amenazas para la propia supervivencia, seguridad o autoestima. Los despertares suelen ocurrir durante la segunda mitad del período de sueño.

B. Al despertarse del sueño terrorífico, la persona recupera rápidamente el estado orientado y despierto (a diferencia de la confusión y desorientación que caracterizan los terrores nocturnos y algunas formas de epilepsia).

C. Las pesadillas, o la alteración del sueño determinada por los continuos despertares, provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Las pesadillas no aparecen exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej., delirium, trastorno por estrés postraumático) y no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica. (DSM-IV, 2003)

Terrores nocturnos

Ocurren típicamente durante el primer tercio de la noche, durante los estadios 3 y 4 del sueño. Suelen tener una duración de uno a diez minutos. El niño parece aterrorizado, agitado, confuso y con descarga autonómica. Cuando el niño se despierta suele haber amnesia del episodio. A menudo aparecen entre los 3 y los 6 años, aunque pueden verse a lo largo de toda la infancia de forma aislada. La prevalencia estimada es del 1-6%, y son más comunes en niños que en niñas. Se considera que son propios del desarrollo. Pueden aumentar por la privación de sueño o por factores que fragmenten el sueño, como la fiebre o enfermedades médicas. La edad de inicio suele estar entre los 4 y 12 años, y suelen resolverse espontáneamente en la adolescencia. Es importante realizar el diagnóstico diferencial con crisis epilépticas durante el sueño o con episodios de apnea del sueño. (Pacheco P., 2009;)

Los criterios diagnósticos según el DSM-IV son los siguientes

- A. Episodios recurrentes de despertares bruscos, que se producen generalmente durante el primer tercio del episodio de sueño mayor y que se inician con un grito de angustia.
- B. Aparición durante el episodio de miedo y signos de activación vegetativa de carácter intenso, por ejemplo, taquicardia, taquipnea y sudoración.
- C. El individuo muestra una falta relativa de respuesta a los esfuerzos de los demás por tranquilizarle.
- D. Existe amnesia del episodio: el individuo no puede describir recuerdo alguno detallado de lo acontecido durante la noche.
- E. Estos episodios provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica. ¹⁴ (Polanczyk G, 2007)

Trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. Una característica esencial es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales.

Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. Los criterios diagnósticos según el DSM-IV son:

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pos puberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.).

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Bulimia nerviosa

Se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Los criterios diagnósticos según el DSM-IV son:

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: 1. ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar tipo:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso. (DSM-IV, 2003)

Trastornos emocionales

Depresión

La depresión mayor es un trastorno del estado de ánimo, constituido por un conjunto de síntomas, entre los que predominan los de tipo afectivo (tristeza patológica, desesperanza, apatía, anhedonia, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar) y se pueden presentar también síntomas de tipo cognitivo, volitivo y físicos. Podría hablarse, por tanto, de una afectación global del funcionamiento personal, con especial énfasis en la esfera afectiva.

En general, la depresión infantil tiene un modo de presentación polimorfo y puede enmascarse con los distintos trastornos que aparecen en determinados cuadros psicopatológicos. En estas etapas, la irritabilidad constituye un síntoma característico de la depresión. Las manifestaciones sintomáticas están marcadas por la edad del niño, y pueden agruparse según su desarrollo evolutivo

Los trastornos depresivos entre los adolescentes tienen a menudo un curso crónico y con altibajos, y existe un riesgo entre dos y cuatro veces superior de persistir la depresión en la edad adulta. Más del 70% de los niños y adolescentes con trastornos depresivos no han sido diagnosticados correctamente ni reciben el tratamiento adecuado. (Guiasalud, 2018)

Criterios Diagnósticos Episodio Depresivo Mayor según DSM-IV-TR

Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.

(2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.

(3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

(5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.

(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

(7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).

(8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).

(9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.

B Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto

C Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.

D Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo, hipotiroidismo).

E Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que, tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor. (DSM-IV, 2003)

Trastorno distímico

Estado en el que una profunda alteración del humor constituye la manifestación central, los síntomas depresivos se inician de forma insidiosa en la infancia o adolescencia y sigue un curso intermitente de poca intensidad durante muchos años o décadas.

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Pérdida o aumento de apetito
2. Insomnio o hipersomnía
3. Falta de energía o fatiga
4. Baja autoestima
5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
6. Sentimientos de desesperanza

C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. Ej.,

una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. Ej., hipotiroidismo). H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Intento De Suicidio

El Intento De Suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud como un acto no habitual, con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse auto-lesión o determinarla sin intervención de otros, o también ocasionarla con la ingesta de sustancias o medicamentos a dosis superiores a las reconocidas como terapéuticas.

El Suicidio es una conducta compleja en la que intervienen múltiples factores y en la que existen tres fases: 1) Idea suicida en la que el sujeto piensa en cometer suicidio. 2) Duda o fase de ambivalencia donde el individuo pasa de la idea a plantearse la posibilidad de pasar a la acción, como solución a sus conflictos. Suele ser variable en la duración y en los individuos impulsivos esta fase puede ser breve o no existir. 3) Decisión en la que ya se pasa a la acción.

El comportamiento suicida viene determinado por un gran número de causas complejas, tales como la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, una discusión, la ruptura de relaciones y problemas jurídicos o laborales. Los antecedentes familiares de suicidio, así como el abuso de alcohol y estupefacientes, y los maltratos en la infancia, el aislamiento social y determinados trastornos mentales, como la depresión y la esquizofrenia, también tienen gran influencia en numerosos suicidios. Las enfermedades orgánicas y el dolor incapacitante también pueden incrementar el riesgo de suicidio. (Mohd, 2003)

6.3 Efectos adversos asociados con la terapia antirretroviral y toxicidad del sistema nervioso central

Síntomas neuropsiquiátricos y otras manifestaciones del SNC

Efavirenz (EFZ). Es un inhibidor análogo no nucleósido de la transcriptasa reversa y uno de los principales fármacos que puede producir afectación directa del SNC. Los síntomas más frecuentes se inician a los pocos días y se resuelven en 6 a 10 semanas: insomnio 35%; sueños vívidos 48%; mareos, fallas en la concentración, somnolencia. Los eventos más graves, habitualmente son más tardíos: delirios, alucinaciones, cambios en la conducta, depresión, ideación suicida. Muchos síntomas disminuyen de 2 a 4 semanas, pero pueden persistir en 37% de los pacientes.

Síntomas neuropsiquiátricos:

- Sueños anormales
- Psicosis
- Ideación suicida o intento de suicidio / suicidio.
- Depresión
- Despersonalización
- Alucinaciones

Otras manifestaciones del SNC:

- Cefalea
- Agitación
- Amnesia
- Mareos
- Somnolencia
- Insomnio o mala calidad del sueño
- Concentración deteriorada
- Convulsiones (incluyendo convulsiones de ausencia)
- Disfunción cerebelosa (temblor, dismetría, ataxia)

Factores de riesgo: Insomnio asociado con una concentración de EFV elevada ≥ 4 mcg / ml, historia previa de enfermedad psiquiátrica o uso de drogas psicoactivas.

El monitoreo de la droga en plasma permitiría disminuir el porcentaje de pacientes con alto riesgo de desarrollar síntomas psiquiátricos

Lopinavir/Ritonavir: inhibidor de la proteasa del VIH (único I.P. que lleva asociado Ritonavir para reforzar la farmacocinética) (contiene tanto etanol como propilenglicol como excipientes). Se pueden presentar de 1 a 6 días de iniciado el tratamiento, las manifestaciones clínicas incluyen: alteración del electroencefalograma, alteración del estado de conciencia, somnolencia, insomnio, confusión y cefaleas, sueños anormales, depresión, ansiedad y labilidad emocional. Pocos casos han sido reportados.

Ritonavir. La mayoría de los síntomas ocurren en las primeras 4 a 8 semanas de tratamiento. Presentación de síntomas neuropsiquiátricos:

- Trastornos depresivos
- Ideación suicida
- Sueños anormales / pesadillas

Otras manifestaciones del SNC:

- Dolor de cabeza
- Mareos
- Insomnio
- Somnolencia

Se reportan trastornos depresivos de todos los grados de gravedad en el 19,4% de los pacientes pediátricos de 12 a 17 años de edad. Se notificaron trastornos depresivos graves en el 5,6% de los pacientes, incluido 1 intento de suicidio. Se debe considerar la sustitución de drogas en casos de síntomas severos.

Raltegravir (RAL). Comienza tan pronto como 3 a 4 días después de iniciado RAL

Presentación:

- Incremento de la actividad psicomotora.
- Dolores de cabeza
- Insomnio
- Depresión
- Disfunción cerebelosa (por ejemplo, temblor, disartria, ataxia)
- Hemorragia intracraneana (Aidsinfo.nih.gov, 2018)

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

- **Tipo de estudio:**

Estudio con enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo, de corte transversal.

- **Área y período de estudio:**

El estudio se llevó a cabo en el Hospital de referencia Nacional en el Hospital Infantil de Nicaragua Manuel de Jesús Rivera, en la clínica de atención integral para VIH/SIDA, a donde se atienden a diario pacientes que pertenecen al programa de VIH, en el período de octubre 2018 a febrero 2019.

- **Universo:**

Está constituido por 76 pacientes, que actualmente son atendidos en la clínica de atención integral para VIH/SIDA, en el Hospital Infantil de Nicaragua Manuel de Jesús Rivera.

- **Muestra:**

Se estudiaron 31 pacientes, que corresponde a los adolescentes atendidos en clínica de atención integral para VIH/SIDA, en el Hospital Infantil de Nicaragua Manuel de Jesús Rivera, entre las edades de 10 a 19 años en el periodo octubre 2018 a febrero 2019.

- **Tipo de muestreo:**

No probabilístico, por conveniencia.

- **Criterios de inclusión:**

1. Edad de 10 a 19 años.
2. Pacientes que se encontraron activos en la clínica de atención integral para VIH/SIDA en el período de estudio.
3. Que su tutor aceptó de forma voluntaria y firmó el consentimiento informado para participar en el estudio.

- **Criterios de exclusión:**

1. Pacientes que no asistieron a la clínica de atención integral para VIH/SIDA durante el periodo de recolección de la información (se excluyeron 4 pacientes en total).
2. Edad menor a 10 años y mayor de 19 años.
3. Que su tutor no aceptó participar en la investigación.

Técnicas y procedimientos para recolectar la información

- **Fuente de información:**
Primaria y secundaria
- **Técnica:**
Revisión de expedientes clínicos y entrevista a los tutores o padres de los pacientes en estudio.
- **Instrumento:**

El instrumento consistió en una ficha de recolección de la información que consta de dos partes: La primera parte, investiga los datos generales sociodemográficos, antecedentes personales familiares, condición médica actual, que se obtendrá del expediente clínico y de la historia clínica psicológica para niños, niñas y adolescentes con VIH, de la Normativa 033 Guía para la atención psicológica de niños, niñas y adolescentes con VIH, y la segunda parte se aplicará la lista de verificación de trastornos basada en el DSM IV TR, mediante entrevista. Esta guía consta de un formato de entrevista a la madre, padre o tutor del niño, que consiste en una lista de verificación de síntomas y trastornos basada en los criterios DSM IV-TR para los trastornos del eje I, que se presentan en la niñez y la adolescencia (redactadas como afirmaciones a las que se responde afirmando o negando su presencia), para ser empleado por psiquiatras y médicos no especialistas después de un corto tiempo de entrenamiento.

- **Método de recolección de la información:**

La primera etapa consistió en solicitar autorización a las autoridades del Hospital Infantil de Nicaragua Manuel de Jesús Rivera, para realizar estudio, a través de la propuesta del tema introducida a la Subdirección docente por medio escrito.

Se solicitó información sobre el listado de pacientes, al responsable del Programa de VIH, y posteriormente se solicitaron los expedientes clínicos, al responsable de estadística. Luego se procedió a recopilar la información de los expedientes clínico.

En la segunda etapa se procedió a realizar la entrevista al tutor y la tercera tabulación e interpretación de los resultados.

- **Plan de análisis:**

La información obtenida a través de la aplicación del instrumento y la ficha de recolección de datos se introdujo en una base de datos, utilizando el programa EPI INFO.

Las variables son descritas usando los estadígrafos correspondientes a la naturaleza de la variable de interés.

Se describen en términos de frecuencias absolutas (número de casos observados) y frecuencias relativas (porcentajes). Los datos son mostrados en tablas de contingencia.

Para el análisis descriptivo de las variables se utilizó el programa EPI INFO, luego se trasladaron al documento en Microsoft Word.

Lista de variables

1. Identificar las características sociodemográficas de los pacientes en estudio.

- Edad
- Sexo
- Procedencia
- Escolaridad
- Condición socioeconómica

2. Conocer los principales trastornos psiquiátricos de los pacientes en estudio.

- Déficit de atención, impulsividad, hiperactividad
- Conducta opositora, desafiante
- Enuresis
- Encopresis
- Ansiedad
- Pesadillas
- Terrores Nocturnos
- Anorexia Nerviosa
- Bulimia Nerviosa
- Depresión
- Distimia
- Riesgo de suicidio

3. Describir factores predisponentes y su relación con trastornos psiquiátricos en los adolescentes con VIH.

Familiares:

- Antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos
- Antecedentes familiares de abuso de alcohol
- Antecedentes familiares de abuso de sustancias
- Padres fallecidos por SIDA

Psicológicos:

- Abuso sexual
- Hospitalizaciones previas
- Conocimiento del diagnóstico
- Asistencia a la escuela

Biológicos:

- Tiempo transcurrido desde el diagnóstico
- Mecanismo de transmisión
- Carga viral
- Estadio de la enfermedad según CDC y OMS

4. Identificar los efectos adversos secundarios de la terapia antiretroviral en los pacientes en estudio y su relación con trastornos psiquiátricos

Efectos adversos psiquiátricos y neurológicos:

- Ideación suicida
- Sueños anormales / pesadilla
- Mareos
- Insomnio
- Somnolencia
- Cefalea
- Convulsiones
- Mareos
- Concentración deteriorada
- Disfunción cerebelosa (temblor, disimetría, ataxia)

Tratamiento antirretroviral:

Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de los nucleósidos (ITIN):

Abacavir (ABC)

Emtricitabina (FTC)

Lamivudina (3TC)

Tenofovir (TDF)

Zidovudina (AZT)

Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de los nucleósidos (ITINN)

Efavirenz (EFV)

Nevirapina (NVP)

Inhibidores de la proteasa (IP)

Ritonavir (RTV)

Lopinavir (LPV)

Inhibidores de la integrasa

Raltegravir (RAL)

Operacionalización de variables

1. Identificar las características sociodemográficas de los pacientes en estudio.

Variable	Concepto Operacional	Indicador	Escala
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Años cumplidos	10- 14 años 15-19 años
SEXO	Conjunto de características anatómicas, fisiológicas y psicológicas que diferencian al hombre y a la mujer.	Fenotipo	Femenino Masculino
PROCEDENCIA	Región o lugar geográfico de donde se origina el paciente	La que el entrevistador refiera	Urbana Rural
ESCOLARIDAD	Nivel de preparación académica alcanzado.	Año en curso	Analfabeta Primaria Secundaria
CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA	Estado financiero y/o capacidad de adquisición de la familia	Es capaz la familia de cubrir las necesidades básicas: vivienda, educación, alimentación, salud.	Favorable Desfavorable

2. Conocer los trastornos psiquiátricos más frecuentes de los pacientes en estudio.

Variable	Concepto Operacional	Indicador	Escala
TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD	Es un trastorno que se inicia en la infancia y se caracteriza por dificultades para mantener la atención, hiperactividad o exceso de movimiento e impulsividad o dificultades en el control de los impulsos.	A.1, A2 atención, hiperactividad e impulsividad (6 o más síntomas al menos durante 6 meses, con intensidad desadaptativa e incoherente con el nivel de desarrollo	SI NO
TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE	Se define por un patrón recurrente de conducta oposicionista, negativista, desafiante, desobediente y hostil dirigido a las figuras de autoridad.	Deben estar presentes cuatro o más de los siguientes comportamientos: numeral 1-8)	SI NO
TRASTORNO DISOCIAL	Presencia recurrente de conductas distorsionadas, destructivas y de carácter negativo, además de transgresoras de las normas sociales, en el comportamiento del individuo	Deben estar presentes tres o más síntomas, numeral 1 al 16: criterio a	SI NO
ENURESIS	El repetido vaciado de orina en la ropa o en la cama, tanto si el vaciamiento es involuntario, como intencionado	Deben estar presentes los 4 criterios ,b, c ,d	SI NO
ENCOPRESIS	Patrón de evacuación de heces en lugares inapropiadas, tanto si es involuntario, como intencionado	Deben estar presentes los 4 criterios ,b, c ,d	SI NO
ANSIEDAD POR SEPARACIÓN	Una manifestación psicopatológica, caracterizada por la incapacidad del niño de quedarse y estar a solas	Deben estar presentes tres o más síntomas, numeral 1 al 8: criterio a)	SI NO
PESADILLAS	Es una parasomnia , La persona que duerme tiene un sueño caracterizado por el miedo y la ansiedad que puede llegar a despertarle	Criterios A.D	SI NO
TERROR NOCTURNO	Los terrores nocturnos, son trastornos del sueño en los cuales el sujeto se despierta rápidamente de su sueño aterrorizado	Criterios A.F	SI NO

Trastornos psiquiátricos en adolescentes con VIH

ANOREXIA NERVIOSA	Consiste en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o el tamaño del cuerpo.	Criterios A.D	SI NO
BULIMIA NERVIOSA	Consiste en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso, en donde la autovaloración se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal.	Deben estar presentes los numerales 1 y 2	SI NO
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	Alteración del humor, con una descripción de episodios afectivos en donde la persona expresa haberse sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días y ha tenido perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban	Deben estar presentes cinco o más síntomas, numeral 1 al 9	SI NO
TRASTORNO DISTÍMICO	Estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos dos años, en los cuales se ha sentido desanimado o deprimido.	Criterios A-H	SI NO
RIESGO SUICIDA	Es la persona ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto, ha querido hacerse daño, ha pensado en el suicidio, ha planeado como suicidarse o ha intentado suicidarse.	C1-C6	SI NO
		Riesgo De Suicidio 1-5 puntos 6-9 puntos ≥ 10 puntos (Ver Anexo)	Leve Moderado Severo

3. Describir factores predisponentes y su relación con trastornos psiquiátricos en los adolescentes con VIH.

Variable	Concepto Operacional	Indicador	Escala
PADRES FALLECIDOS POR SIDA	Persona con VIH que falleció por progresión de la enfermedad.	Acta de defunción	Mamá Papá Ambos Ninguno
ANTECEDENTE FAMILIAR DE TRASTORNO PSIQUIATRICO	Antecedente familiar de un Síndrome o patrón de carácter psicológico de comportamiento o pensamiento anormal, que ha sido diagnosticado por personal de salud especializado.	Como refiera en el instrumento	Si No
ANTECEDENTE FAMILIAR DE ABUSO DE ALCOHOL	Consumo de alcohol de algún miembro de la familia que tiene efectos perjudiciales para el consumidor.	Como refiera en el instrumento	Si No
ANTECEDENTE FAMILIAR DE ABUSO DE SUSTA	Antecedente familiar del uso impropio y excesivo de una sustancia estimulante, narcótica o deprimente.	Como refiera en el instrumento	Si No
ABUSO SEXUAL	Atentado contra la libertad sexual de una persona la cual no presta su consentimiento para la practica	Historia clínica	Si No
HOSPITALIZACIONES PREVIAS	Ingreso de una persona enferma o herida en un hospital para su examen, diagnóstico, tratamiento y curación por parte del personal médico.	Historia clínica	# de hospitalizaciones registradas
CONOCIMIENTO DEL DIAGNOSTICO	Paciente conoce su condición médica actual	Revelación diagnóstica	Si No

Trastornos psiquiátricos en adolescentes con VIH

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL DIAGNÓSTICO	Tiempo transcurrido desde que se detectó la enfermedad	Meses Años	# registrado
MECANISMO DE TRASMISIÓN	Mecanismo por el que una enfermedad transmisible pasa de un hospedero a otro	Historia Clínica	Vertical, Transfusiones, Abuso Sexual, Sexo voluntario, Desconocido
CARGA VIRAL	Cuantificación de la infección por virus que se calcula por estimación de la cantidad de partículas virales en los fluidos corporales	Número de copias de ARN del VIH por milímetro de sangre.	<20 21-1000 1001-100,000 >100,000
ESTADIO DE LA ENFERMEDAD SEGÚN CDC Y OMS	Sistema de clasificación clínica permitirá diferenciar las etapas de la infección por VIH	CD4 , Carga viral, Enfermedades	Categoría N, A, B, C Estadio 1, 2 3 4

4. Identificar los efectos adversos secundarios de la terapia antiretroviral en los pacientes en estudio.

Variable	Concepto Operacional	Indicador	Escala
TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL	Consiste en el uso de medicamentos contra el VIH para tratar dicha infección.	Plan terapéutico	(ITIN): Abacavir (ABC) Emtricitabina (FTC) Lamivudine (3TC) Tenofovir (TDF) Zidovudina (AZT) (ITINN) Efavirenz (EFV) Nevirapina (NVP) (IP) Ritonavir (RTV) Lopinavir (LPV) Inhibidores de la integrasa Raltegravir (RAL)

Trastornos psiquiátricos en adolescentes con VIH

REACCIONES O EFECTOS ADVERSOS	Cualquier efecto no deseado o no buscado que se presenta cuando se administra un medicamento	Signos y síntomas psiquiátricos o neurológicos	Ideación suicida, Sueños anormales / pesadilla, Mareos, Insomnio. somnolencia, Cefalea, Mareos, Convulsiones, concentración deteriorada, disfunción cerebelosa (temblor, disimetría, ataxia)
--------------------------------------	--	--	--

Aspectos éticos:

Todos los procedimientos son éticamente permitidos, el estudio se realizó con las implicancias siguientes:

- El principio del respeto a la persona entrevistada, exige que a todo sujeto autónomo y competente se le garantice su decisión y determinación de participar o no en el estudio.
- Segundo principio considerado exige prevenir cualquier daño, y, a la vez producir el máximo bienestar posible a las personas que participen en toda la investigación. (no maleficencia)
- Principio de beneficencia.
- Garantías de confidencialidad de los datos a través del anonimato, y la estricta voluntariedad de responder al cuestionario.
- Consentimiento informado, cada paciente se le informará por escrito de lo que implica formar parte del estudio, que hará, los riesgos, beneficios y el tiempo que deberá invertir, y finalizará con la aceptación o no del individuo. (Ver anexo N° 2 consentimiento informado)

VII. RESULTADOS

Se estudiaron 31 adolescentes, que acudieron clínica de atención integral para VIH/SIDA, durante el período del estudio.

Las principales características sociodemográficas fueron las siguientes: edad 10-14 años: 20 (65%) pacientes, 14-19 años: 11 (35%) pacientes, para una edad promedio 15 años, sexo femenino: 17 (55%), sexo masculino: 14 (45%), 29 (94%) pacientes son de procedencia urbana y 2 (6%) de procedencia rural. El nivel de escolaridad de los pacientes 2 (6 %) son analfabetas, 55% primaria, 39% secundaria. La condición económica de 20 (65%) pacientes es desfavorable y 11 (35%) favorable. (Ver. Tabla 1)

Según la lista de verificación de trastornos psiquiátricos DSM IV TR 21 (68%) adolescentes presentan al menos un trastorno psiquiátrico. (Ver. Tabla 2).

Dentro de los trastornos de conducta, se encontró que 13 (42 %) adolescentes presentan trastorno por déficit de atención e hiperactividad, 4 (13 %) en su forma combinada, 4 (13 %) con predominante déficit de atención y 5 (6 %) predominante hiperactividad /impulsividad. 10 (32%) de los adolescentes presentan trastorno negativista desafiante, 2 (6 %) trastorno disocial de la personalidad y 6 (19%) cursan con trastorno de ansiedad por separación. (Ver Tabla 2.1)

Con respecto a los trastornos de la eliminación, 2 (6%) pacientes presentan enuresis, 1 (3 %) encopresis. No se encontró ningún paciente con trastornos de alimentación como anorexia y bulimia. En lo que respecta a trastornos del sueño, 3 (10 %) presentan pesadillas. (Ver Tabla 2.1)

Se encontró que 15 (48 %) adolescentes cursan con depresión y 2 (7 %) presentan trastorno distímico. 20 (65%) adolescentes se encuentran sin riesgo de suicidio, 10 (32%) presentan riesgo de suicidio leve y 1 (3%) riesgo de suicidio moderado. (Ver Tabla 2.1).

Dentro de los factores predisponentes familiares a trastornos psiquiátricos se encontró: 10 (32%) adolescentes con antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos, 11 (35%) adolescentes con antecedentes familiares de abuso de alcohol y 5 (16 %) con abusos de otras

sustancias. De los 10 adolescentes con antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos 6 (60 %) presentan algún trastorno psiquiátrico, de los 11 adolescentes con antecedentes familiares de abuso de alcohol, 7 (63 %) de los pacientes presenta algún trastorno psiquiátrico, de los 5 adolescentes con antecedentes familiares de abuso de otras sustancias 3 (60 %) presentan algún trastorno psiquiátrico. (Ver. Tabla 3).

10 (32 %) adolescentes son huérfanos de ambos padres, 6 (19 %) huérfanos de madre, 6 (19 %) huérfanos de padre. De los 10 adolescentes huérfanos de ambos padres, 6 (60 %) presentan algún trastorno psiquiátrico, de los 6 adolescentes huérfanos de madre 4 (67%) presentan algún trastorno psiquiátrico y de los 6 adolescentes huérfanos de padre 4 (67%) presentan algún trastorno psiquiátrico. (Ver. Tabla 3)

Con respecto a los factores predisponentes psicológicos de trastornos psiquiátricos se encontró que 22 (71 %) adolescentes asisten a la escuela, 9 (29%) no asisten, de los 22 adolescentes que asisten a la escuela, 13 (59%) presentan algún trastorno psiquiátrico, de los 9 adolescentes que no asisten a la escuela 8 (89%) presenta algún trastorno psiquiátrico. 3 (10%) adolescentes ha sufrido abuso sexual, de éstos los 3 (100 %) presentan algún trastorno psiquiátrico. 29 (94 %) adolescentes ya conocen su diagnóstico, sólo 2 (6 %) aún no se les ha revelada la enfermedad, de los 29 adolescentes con conocimiento de su status de VIH, 19 (66%) presentan algún trastorno psiquiátrico. (Ver. Tabla 3.1)

Con respecto a los factores biológicos, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico a la actualidad es en promedio 8,5 años, de 0 a 3 años: 5 (16%) adolescentes entre 4 a 6 años: 7 (23%) adolescentes, 7 a 9 años: 4 (13%) adolescentes, de 10 a 12 años: 9 (29%) adolescentes, de 13 a 15 años: 6 (19%) adolescentes. Se encontró que de los 5 adolescentes que han transcurrido de 0 a 3 años desde el diagnóstico, los 5 (100%) presentan trastornos psiquiátricos, de los 7 adolescentes que han transcurrido de 4 a 6 años desde el diagnóstico 5 (71%) presentan trastornos psiquiátricos, de los 9 adolescentes con diagnóstico desde hace 10 a 12 años, 6 (67%) presentan algún trastorno psiquiátrico, de los 6 adolescentes con diagnóstico desde hace 13 a 15 años 4 (67%) presentan algún trastorno psiquiátrico. (Ver. Tabla 3.2)

El mecanismo de transmisión del VIH en los adolescentes es 25 (80%) por transmisión vertical, 3 (10 %) por abuso sexual, 1 (3%) por sexo voluntario, 1 (3 %) por transfusión sanguínea y 1 (3 %) es desconocido. De los adolescentes infectados por transmisión vertical se encontró que 15 (60%) presenta algún trastorno psiquiátrico, a diferencia que el resto de vías todos (100%) los adolescentes presentan algún de trastorno psiquiátrico. (Ver. Tabla 3.2)

Con respecto al número de hospitalizaciones, 26 (84%) adolescentes han tenido a lo largo de su enfermedad de 1 a 3 hospitalizaciones, 4 (13 %) de 4 a 6 hospitalizaciones, 1 (3%) de 7 a 9 hospitalizaciones, se encontró que los adolescentes que han tenido más de 4 hospitalizaciones todos (100%) presentan algún trastorno psiquiátrico. (Ver. Tabla 3.2)

Con respecto a la carga viral 12 (38%) adolescentes tienen carga viral indetectable, 5 (16 %) carga viral menor de 20 copias/mm³, 4 (13%) pacientes carga viral menor de 1000 copias/mm³, 7 (23%) pacientes con carga viral de 1000 a 100,000 copias/mm³, y 3 (10%) pacientes con carga viral mayor a 100,000 copias/mm³. Se encontró que 6 (50%) pacientes con carga viral indetectable presenta trastornos psiquiátricos, 2 (40 %) pacientes con carga viral menor de 20 copias/mm³ presentan trastornos psiquiátricos y todos (100%) los pacientes con cargas virales mayores a 1,000 copias/mm³ presentan trastornos psiquiátricos. (Ver. Tabla 3.2)

Según la OMS los adolescentes se encuentran en: estadio 4: 21 (68 %), estadio 3: 7(23 %) pacientes, estadio 2: 2 (6%), estadio 1: 1 (3%) adolescentes. Según CDC C3: 21 (68%) pacientes, C2: 1 (3%), B3: 2 (7%), B2: 6 (19%), B1: 1(3%).Se encontró que de los 21 pacientes clasificados en C3 E4, 16 (76%) tienen algún trastorno psiquiátrico. (Ver. Tabla 3.2)

Se encontró que 21 (68 %) adolescentes presentan efectos adversos psiquiátricos o neurológicos secundarios a la terapia antirretroviral, de éstos 13 (62 %) presentan algún trastorno psiquiátrico. (Ver. Tabla 4). Los efectos adversos reportados son: 3 (10%) alucinaciones, 4 (13%) adolescentes presentan cefalea, 4 (13%) adolescentes presentan insomnio, 6 (19%) de los adolescentes presentan mareos y 11 (35%) de los adolescentes presentan ideas suicidas. (Ver Tabla 4.1).

Con respecto al TAR, se observó que los pacientes con los siguientes esquemas: AZT+3TC+RAL, ABC+3TC+EFV, RAL+LPV/RTV, TDF+3TC+LPV/RTV, AZT+3TC+EFV, presentaron todos (100%) efectos adversos psiquiátricos o neurológicos (Ver Tabla 4.2)

VIII. DISCUSIÓN

El estudio evaluó las principales características sociodemográficas de 31 adolescentes que asistieron a la clínica de atención integral para VIH/SIDA en el período de estudio, encontrando que 65 % de los pacientes se encuentran en la edad de 10 – 14 años adolescencia temprana según la clasificación de OMS, lo cual puede estar asociado a la transición de los pacientes en adolescencia tardía de 15-19 años a las clínicas de adultos, se observó que aún están siendo atendidos un grupo de paciente mayores de 15 años debido a la paulatina transición y a que algunos pacientes han solicitado permanecer en nuestra unidad.

No coincide el grupo de edad, con el estudio realizado por Castro M, que su población mayor es 6 a 11 años con un 43.5%, ya que en este estudio sólo se incluyó a la población adolescente, para evaluar los trastornos psiquiátricos, puesto que, a esta edad, se considera hay conciencia sobre su enfermedad, mayor tiempo de diagnóstico y más tiempo de exposición a la terapia ARV. Coincide con el estudio realizado por Mellins, que incluyó a jóvenes con la edad de 9 a 16 años, obteniendo una edad promedio de 12.2 años, 3 años menos a la edad promedio obtenida en este estudio de 15 años, similar a nuestra población de estudio.

El 55 % de los pacientes son del sexo femenino, en su mayoría de procedencia urbana 94 %, nivel de escolaridad 6 % son analfabetas, 55% primaria, 39% secundaria, condición económica desfavorable, dichos resultados son similares al estudio realizado en Cuba por Castro M, donde predominó el sexo femenino con 56,5%, las edades entre los 6-11 años con 43,5% y más del 50% de los cuales se encontraban en los primeros años de escolarización, que puede deberse al ausentismo escolar por la enfermedad, hospitalizaciones, e inestabilidad económica por la que pasan estos pacientes. También coincide con Mellins, en cuanto al sexo 51% de su población es femenino.

Se encontró que 68% de los adolescentes estudiados, presentan por lo menos un trastorno psiquiátrico, mayor a lo reportado por Mellins en 74 jóvenes con infección VIH” de los que el 55% presentaban criterios diagnósticos para estos trastornos, dichos resultados pueden diferir dado que no se utilizó el mismo instrumento para la medición de los mismos. Los resultados de la prevalencia de los trastornos psiquiátricos no coinciden con la revisión publicada en la Normativa 033, en el año 2008, en este Hospital, donde 11 de 19 niños con

VIH (58%) presentó un trastorno psiquiátrico, esto probablemente al incremento de los casos, con mayor sobrevivencia, a los efectos del tratamiento ARV por periodos prolongados, como la misma etapa de la adolescencia y por la carga de la enfermedad.

El trastorno con mayor prevalencia fue la depresión con 48% este resultado difiere con el estudio antes mencionado de Castro M, que reporta trastorno depresivo en la adolescencia en 8,6%, dicha diferencia puede ser porque en ese estudio la población mayor la población infantil que la población adolescente, siendo esta etapa dónde se reporta mayor patología depresiva. Coincide con los autores Ciesla y Robert que encuentran en su estudio que un paciente con infección por VIH tiene mayor riesgo de ser diagnosticado con depresión.

El segundo trastorno con mayor prevalencia es el TDAH con un 42 % (13 % en su forma combinada, 13 % con predominante déficit de atención y 16 % predominante la hiperactividad /impulsividad), luego 32 %, trastorno negativista desafiante y 32 % de los adolescentes con riesgo de suicidio leve. Hay similitudes con el estudio realizado por Mellins en donde reporta al TDAH como su segundo trastorno con mayor prevalencia con 21%, seguido del trastorno negativista desafiante con un 13%.

En comparación con el estudio que hace referencia el “Manual para la atención psicológica de niños, niñas y adolescentes con VIH” en el año 2008, los principales trastornos detectados fueron: trastorno por déficit de atención con hiperactividad y negativismo desafiante (22.2% para ambos), coincidiendo con nuestro estudio ya que los trastornos reportados fueron los mismos en ambos estudios, en orden de prevalencia, pero con mayor porcentaje. El porcentaje restante (27.9%) corresponde a otros trastornos (trastorno disocial, enuresis, ansiedad por separación, trastorno del sueño, similar a los resultados encontrados en este estudio ya que hay poca prevalencia de trastornos de eliminación, del sueño, alimentación y ansiedad).

Los factores que influyen y juegan un rol fundamental en la patogenia de los trastornos psiquiátricos, pueden ser vinculados al ambiente, al paciente y a la propia enfermedad, encontramos que en un 32 % de los adolescentes tienen antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos, 35 % antecedentes familiares de abuso de alcohol y 16% abusos de otras sustancias. De los adolescentes con la presencia de estos antecedentes el 60 al 70 % presentan

algún trastorno psiquiátrico, similar al estudio realizado por Mellins en el que encontró una asociación entre el niño o el adolescente con trastorno psicológico y patología psiquiátrica con el abuso de sustancias del cuidador primario, no fueron estudiados los otros factores antes mencionados en nuestro estudio.

El 81% de los niños con VIH tienen infección perinatal, 71 % de los adolescentes son huérfanos de madre, padre o ambos, de los cuales el 64 % presenta algún trastorno psiquiátrico, por lo que coincide con el Manual de atención psicológica para niños y adolescentes que considera la muerte de las figuras parentales a causa del VIH/SIDA como un factor importante para que se presenten síntomas psiquiátricos. En el estudio realizado en Cuba por Castro M, reporta sólo un 17.4% de pacientes huérfanos.

En este estudio se encontró que los pacientes con más de 4 hospitalizaciones, están asociados a trastornos psiquiátricos, coincidiendo con la Normativa 033 que reporta que los momentos que son considerados más relacionados a trastornos psiquiátricos son: al iniciar los procedimientos médicos, durante las hospitalizaciones, y al momento de revelar el diagnóstico.

De acuerdo a las vías de adquisición de la infección en los adolescentes estudiados es, 81 % transmisión vertical, a diferencia de lo reportado por Castro M, Martínez: 69,5% infectados por transmisión vertical y 30,5% por otras vías, de los cuales 5 jóvenes fueron infectados por vía sexual, y uno por transfusión sanguínea, al igual que en este estudio sólo un paciente fue infectado por esta vía (3%).

Los pacientes infectados por vía vertical, son los que mayor sintomatología psiquiátrica aportaron al estudio, que puede estar relacionado a que son la mayoría de los participantes, sin embargo, es importante mencionar que los que adquirieron la infección por abuso sexual en este estudio, el 100 % presenta algún trastorno psiquiátrico, dichos resultados son similares al reportado por Castro, que 69.5% fueron infectados por vía vertical, siendo éstos los que mayores trastornos psiquiátricos presentaron.

Con respecto a la carga viral 38% de los pacientes presentan carga viral indetectable, de éstos el 50% presenta un trastorno psiquiátrico, 16 % carga viral menor de 20 copias/mm³, de los cuales un 40% presenta un trastorno psiquiátrico, sin embargo los pacientes con cargas

virales mayores a 1,000 copias/mm³ el 100% presentan trastornos psiquiátricos, se puede comparar a los hallazgos de Jeremy R, en su estudio, que observó un funcionamiento neuropsicológico deficiente en los niños con una mayor carga viral, así como la publicación de Kapetanovic en el 2009, que reconoce que hay mayor riesgo de trastornos psiquiátricos en los periodos de agravamiento de la enfermedad con aumento de la carga viral, similar a los resultados de nuestro estudio donde observamos que a mayor carga viral, hay mayor presencia de más trastornos psiquiátricos.

Según estadio clínico e inmunológico CDC Y OMS 68 % de los adolescentes se encuentran en C3 E4, un porcentaje más elevado que el reportado en Cuba, por Castro M, sólo 26.1 % de los pacientes se encuentran en categoría C. El 76 % de los pacientes en categoría C3 E4, presenta algún trastorno psiquiátrico, por lo que se considera que los pacientes con estadios avanzados de la enfermedad, presentan más posibilidades de presentar de trastornos psiquiátricos.

Se encontró que 68 % de los pacientes presenta efectos adversos psiquiátricos o neurológicos secundarios a la terapia antirretroviral, siendo lo más frecuentes ideas suicidas 35% y mareos 19 %. Los esquemas asociados a mayores efectos adversos en éste estudio son: AZT+3TC+RAL, ABC+3TC+EFV, RAL+LPV/RTV, TDF+3TC+LPV/RTV, AZT+3TC+EFV, por lo que coincide con las Guías de Uso de ARV en pacientes pediátricos que reportan persistencia de efectos adversos psiquiátricos o neurológicos asociados a Raltegravir, Lopinavir/Ritonavir y Efavirenz, en un 36% de la población pediátrica, sin embargo, en nuestro estudio la persistencia de estos efectos adversos es mayor.

Este estudio tiene limitaciones dado que no se evalúa, la función cognitiva de los pacientes, así como tampoco, la acción directa del virus a nivel SNC, ya que se necesitarían estudios de imágenes y valoración neurológica, sin embargo, se considera, que la aplicación de este cuestionario fundamentado en el DSM IV-TR, es una herramienta válida que permite, un diagnóstico presuntivo de los trastornos analizados, que, por supuesto deben ser evaluados más exhaustivamente con historia clínica y psiquiátrica, un examen mental completo y eventualmente tratados, por psiquiatría y psicología.

IX. CONCLUSIÓN

Según los resultados obtenidos, mediante esta investigación, se concluye:

1. Las principales características sociodemográficos de los pacientes son: edad promedio 15 años, se encuentran en el período de adolescencia temprana, sexo femenino, procedencia urbana, escolaridad primaria, condición económica desfavorable.
2. El 68 % de los adolescentes presenta al menos algún trastorno psiquiátrico, según la lista de verificación de trastornos psiquiátricos DSM IV TR, siendo los más prevalentes la depresión, Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno negativista desafiante.
3. Los principales factores asociados a trastornos psiquiátricos encontrados en son abuso sexual, hospitalizaciones frecuentes, carga viral elevada y estadios avanzados de la enfermedad.
4. Se identificó que 68 % de los adolescentes presenta efectos adversos psiquiátricos o neurológicos secundaria a la terapia antiretroviral, siendo los más frecuentes ideas suicidas y mareos, los ARV que se asociaron a mayores efectos adversos en el estudio son Efavirenz, Lopinavir/Ritonavir y Raltegravir.

X. RECOMENDACIONES

1. Actualizar la historia clínica psicológica y la lista de verificación de trastornos psiquiátricos, que se encuentran en el expediente clínico de los pacientes con VIH, siendo instrumentos útiles para lograr una identificación temprana de trastornos psiquiátricos y una derivación oportuna al Subespecialista.
2. Enriquecer y perfeccionar las prácticas actuales en la clínica de atención integral, con un enfoque multidisciplinario para la atención al paciente, integrando al servicio de psiquiatría infantil.
3. Incorporar elementos de promoción y prevención de los trastornos psiquiátricos.
4. Establecer y facilitar la participación de grupos de apoyo para adolescentes, realizando sesiones educativas acerca de temáticas de interés que surgen en esta etapa, con el fin de fomentar un buen ajuste psicosocial.
5. Incentivar a realizar estudios que evalúen la función cognitiva, así como las manifestaciones neurológicas de los pacientes con VIH.

XI. BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association . (2000). Practice Guideline for the treatment of patients with HIV/AIDS, . American Psychiatric Publishing.
- Adasko, A. (19 de November de 2018). Adolescentes . Obtenido de SECRETO E INTIMIDAD ENTRE LOS ADOLESCENTES QUE CRECIERON VIVIENDO CON VIH/SIDA DESDE niños: <https://www.scribd.com/document/246265963/Adolescentes-Que-CSECRETO-E-INTIMIDAD-ENTRE-LOS-ADOLESCENTE>
- Aidsinfo.nih.gov. (2018). Panel on Antiretroviral Therapy and Medical Management of Children Living with HIV. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection. Obtenido de Aidsinfo.nih.gov: <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/pediatricguidelines.pdf>.
- Bologna, R. (2005). Tratamiento antirretroviral de alta eficacia en pediatría: nuestra experiencia. Medicina infantil., 12-21.
- Castro, M. (2011). Evaluación neuropsicológica, factores psicosociales y co-morbilidad psiquiátrica en pacientes pediátricos infectados con el VIH . Rev Chil Infect, 248-254.
- Catalan J, H. R. (2011). HIV infection and mental health: suicidal behaviour--systematic review. Psychol Health Med, 588-611.
- Chernoff, M., & Nachman. (2009). The Impact Study Team. "Mental health treatment patterns in perinatally HIV – infected children youth and controls. Pediatrics., 627-636.
- Ciesla, J., & Roberts, J. (2001). Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. Am J Psychiatry, 25-30.
- Collins , P., Holman, A., & Freeman, M. (2006). What is the relevance of mental health to HIV/AIDS care and treatment programs in developing countries? AIDS Lond Engl., 71-82.
- DSM-IV. (2003). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Obtenido de depsicologia.com [: <https://depsicologia.com/manual-dsm-iv/>
- Feria M, C. M. (2010). Guía Clínica para el Manejo de los trastornos de eliminación (Enuresis y Encopresis. Obtenido de Inprf-cd.gob.mx.: http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/manejo_trastornos.pdf
- Figuroa. (2000). Children speaking with childrens family about HIV infections. The challenge on HIV infections in infants, childrens and adolescents. Lippincott, 728-758.
- Guiasalud. (2018). Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Obtenido de Guiasalud.es.: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_456_depresion_inf_adol_avalat_compl.pdf
- Jeremy R J, K. S. (2005). Neuropsychological functioning and viral load in stable antiretroviral therapy-experienced HIV-infected children. . Pediatrics., 380-387.

- Kapetanovic, S. (2009). The Use of Second-Generation Antipsychotics and the Changes in Physical Growth in Children and Adolescents with Perinatally Acquired HIV. *Pediatric AIDS Clinical Trials*, 939-947.
- Mellins, B.-C. (2009). "Rates and types of psychiatric disorders in perinatally human immunodeficiency virus infected youth and seroreverters". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1131-1138.
- Ministerio de salud. (11 de Noviembre de 2009). Normativa 033 . Guía para la atención psicológica de niños, niñas y adolescentes con VIH. Obtenido de Unicef.org.ni: http://www.unicef.org.ni/media/publicaciones/archivos/Guia_Desarrollo.pdf
- Mohd. (2003). Prevalencia de trastornos emocionales en estudiantes de una universidad en Malasia. *Asia Pacific Family Medicine*.
- Pacheco P., V. W. (2009;). Trastorno de ansiedad por separación. *Revista Chilena de pediatría*, 109-119.
- Polanczyk G, S. M. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analyses. . *Am J Psychiatry*. , 2007; 164:942.
- Salazar, L., & De la Hoz, L. F. (2017). Trastornos neuropsiquiátricos en la población con VIH: una revisión narrativa. Obtenido de <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed58-1.tnpv>
- Salomón H, Q. (2012). Atención integral de niños, niñas y adolescentes con VIH. Obtenido de Sap.org.ar: <http://www.sap.org.ar/uploads/consensos/gu-iacuteas-de-quot-atenci-oacuten-integral-de-ni-ntildeos-ni>
- Sanz. (2008). Aeped.es. Obtenido de Trastorno de sueño: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/trastornos_del_sueno.pdf
- UNICEF. (19 de November de 18). CHILDREN AND AIDS: Statistical Update. Obtenido de Data.unicef.org. 2017: <https://data.unicef.org/wpcontent/uploads/2017/11/HIVAIDS-Statistical-Update-2017.pdf>

XII. ANEXOS

ANEXO I. TABLAS

Tabla No. 1 Características sociodemográficas de adolescentes atendidos en clínica de atención integral para VIH/SIDA, en Hospital infantil de Nicaragua Manuel de Jesús Rivera, en el período octubre 2018 -febrero 2019.

n = 31

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	N°	%
Edad		
10-14 años	20	65 %
15-19 años	11	35 %
Sexo		
Femenino	17	55 %
Masculino	14	45 %
Procedencia		
Urbana	29	94 %
Rural	2	6 %
Escolaridad		
Analfabeta	2	6 %
Primaria	17	55%
Secundaria	12	39%
Condición económica		
Favorable	11	35%
Desfavorable	20	65%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla No. 2 Prevalencia trastornos psiquiátricos en adolescentes atendidos en la clínica de atención integral para VIH/SIDA, en Hospital infantil de Nicaragua Manuel de Jesús Rivera, en el período octubre 2018 -febrero 2019.

n = 31

TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	N°	%
NO	10	32 %
SI	21	68 %

Fuente: DSM IV TR

Tabla No. 2.1 Principales trastornos psiquiátricos en adolescentes atendidos en la clínica de atención integral para VIH/SIDA, en Hospital infantil de Nicaragua Manuel de Jesús Rivera, en el período octubre 2018 -febrero 2019

n = 31

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS	N°	%
TDAH	13	42 %
Presentación combinada	4	13
Presentación predominante con falta de atención	4	13
Presentación predominante hiperactiva /impulsiva	5	16
Trastorno negativista desafiante	10	32%
Trastorno disocial de la personalidad	2	6%
Enuresis	2	6%
Encopresis	1	3%
Bulimia	0	0%
Anorexia	0	0%
Trastorno de ansiedad por separación	6	19%
Terror nocturno	0	0%
Pesadilla	3	10%
Episodio depresivo mayor	15	48%
Distimia	2	7%
Riesgo de suicidio leve	10	32%
Riesgo de suicidio moderado	1	3%

Fuente: Ficha de recolección de datos y DSM IV TR

Tabla No. 3 Factores familiares predisponentes y su relación con trastornos psiquiátricos en los adolescentes atendidos en la clínica de atención integral para VIH/SIDA, en Hospital infantil de Nicaragua Manuel de Jesús Rivera, en el período octubre 2018 -febrero 2019

n = 31

FACTORES FAMILIARES	N°	%	TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS	
			N°	%
Trastornos psiquiátricos				
SI	10	32%	6	60 %
NO	21	68%	15	71%
Abuso de alcohol				
SI	11	35 %	7	63%
NO	20	65%	14	70%
Abuso de otras sustancias				
SI	5	16 %	3	60 %
NO	26	84%	18	69%
Huérfanos de :				
Madre	6	19 %	4	70 %
Padre	6	19 %	4	50 %
Ambos	10	32 %	6	67 %
Ninguno	9	30%	7	78%

Fuente: Ficha de recolección de datos, DSM IV TR

Tabla No. 3.1 Factores psicológicos predisponentes y su relación con trastornos psiquiátricos, en los adolescentes atendidos en la clínica de atención integral para VIH/SIDA, en Hospital infantil de Nicaragua Manuel de Jesús Rivera, en el período octubre 2018 -febrero 2019.

n = 31

FACTORES PSICOLÓGICOS	N°	%	TRASTORNO PSQUIÁTRICOS	
			N°	%
Asistencia a la escuela				
Asisten	22	71%	13	59%
No asisten	9	29 %	8	89%
Abuso sexual				
Si	3	10%	3	100 %
No	28	90%	18	64%
Conocimiento del diagnóstico				
Si	29	94%	19	66 %
No	2	6%	2	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos, DSM IV TR

Tabla No. 3.2 Factores biológicos predisponentes y su relación con trastornos psiquiátricos en los adolescentes atendidos en la clínica de atención integral para VIH/SIDA, en Hospital Infantil de Nicaragua Manuel de Jesús Rivera, en el período octubre 2018 -febrero 2019 **n = 31**

FACTORES BIOLÓGICOS	N°	%	TRASTORNO PSQUIÁTRICOS	
			N°	%
Tiempo transcurrido desde el diagnóstico				
0-3 años	5	16 %	5	100%
4-6 años	7	23 %	5	71%
7-9 años	4	13 %	1	25%
10-12 años	9	29 %	6	67%
13-15 años	6	19 %	4	67%
Mecanismo de transmisión				
Vertical	25	81 %	15	60%
Abuso sexual	3	10 %	3	100%
Sexo Voluntario	1	3 %	1	100%
Transfusiones	1	3%	1	100%
Desconocido	1	3%	1	100%
Hospitalizaciones previas				
1-3	26	84 %	17	65%
4-6	4	13 %	4	100 %
7-9	1	3 %	1	100 %
Carga viral				
Indetectable	12	38%	6	50%
< 20	5	16%	2	40%
21 – 1000	4	13%	3	75%
1001- 100,000	7	23%	7	100%
>100,000	3	10%	3	100%
CDC				
B1	1	3 %	0	0
B2	6	19 %	4	67 %
B3	2	7 %	0	0
C2	1	3 %	1	100%
C3	21	68 %	16	76%
OMS				
ESTADIO 1	1	3 %	1	100 %
ESTADIO 2	2	6 %	0	0%
ESTADIO 3	7	23 %	4	57%
ESTADIO 4	21	68 %	16	76%

Trastornos psiquiátricos en adolescentes con VIH

Fuente: Expediente clínico, DSM IV TR

Tabla No. 4. Efectos adversos secundarias a la terapia antirretroviral y su relación con trastornos psiquiátricos en los adolescentes atendidos en la clínica de atención integral para VIH/SIDA, en Hospital Infantil de Nicaragua Manuel de Jesús Rivera, en el período octubre 2018 -febrero 2019

n = 31

EFECTOS ADVERSOS	TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS			
	N°	%	N°	%
SI	21	68%	13	62%
NO	10	32%	8	80%

Fuente: Ficha de recolección de datos, DSM IV TR

Tabla No. 4.1 Efectos adversos secundarias a la terapia antirretroviral indicada a los adolescentes atendidos en la clínica de atención integral para VIH/SIDA, en Hospital Infantil de Nicaragua Manuel de Jesús Rivera, en el período octubre 2018 -febrero 2019.

n = 31

EFECTOS ADVERSOS	SI		NO	
	N°	%	N°	%
Alucinaciones	3	10 %	28	90%
Cefalea	4	13 %	27	87%
Insomnio	4	13 %	27	87%
Mareos	6	19 %	25	81%
Ideas suicidas	11	35%	20	65%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla No. 4.2 Terapia antirretroviral y su relación con efectos adversos en los adolescentes atendidos en la clínica de atención integral para VIH/SIDA, en Hospital infantil de Nicaragua Manuel de Jesús Rivera, en el período octubre 2018 -febrero 2019

n = 31

ARV	EFFECTOS ADVERSOS	
	N°	%
ITIN		
AZT+3TC+RAL	1	3 %
ABC+3TC+LPV/RTV	4	13 %
ABC+3TC+EFV	2	6 %
RAL+LPV/RTV	1	3 %
TDF+3TC+LPV/RTV	1	3 %
FTC/EFV+TDF	12	39%
AZT+3TC+EFV	2	6%
AZT+3TC+LPV/RTV	8	26%
TOTAL	31	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos, Expediente clínico



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN MANAGUA
HOSPITAL INFANTIL MANUEL DE JESÚS RIVERA “LA MASCOTA”

ANEXO II. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se les invita por medio de este documento a participar en un trabajo investigativo

Trastornos psiquiátricos en adolescentes atendidos en la clínica de atención integral para VIH/SIDA en el Hospital Infantil de Nicaragua Manuel de Jesús Rivera “La Mascota”, en el período octubre 2018 a febrero 2019.

Pueden decidir si acepta o no participar en la investigación. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa, es decir, no pasará nada a quienes no desean participar en esta investigación. Si durante la aplicación de los cuestionarios deciden no continuar, pueden hacerlo

Pueden realizar todas las preguntas y/o dudas acerca de la investigación, una vez llevado a cabo la investigación se entregará una copia del documento con los resultados del estudio a la Institución.

Todos los datos personales que suministren serán guardados por los entrevistadores y ninguna persona a parte de ellos podrá conocerlos, respetando el derecho a la intimidad, confidencialidad, y la responsabilidad de los investigadores de proteger todos los componentes éticos implicados en esta investigación. La información será empleada para fines académicos.

Por lo todo anterior expuesto, comprendo la información de este documento y en consecuencia acepto su contenido.

Si ____

No ____

ANEXO III. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

No. Expediente: _____

• **Datos sociodemográficos**

Edad: _____ Sexo: Masculino _____ Femenino _____

Procedencia: Urbana _____ Rural _____

Condición socioeconómica: Favorable _____ Desfavorable _____

(Es capaz la familia de cubrir las necesidades básicas: salud _____ educación _____ vivienda _____ alimentación _____)

Escolaridad: Actualmente estudia: SI _____ No _____

(Ultimo grado aprobado _____ Sabe leer y escribir _____)

• **Antecedentes Familiares:**

Fallecidos por SIDA: Mamá _____ Papá _____

Antecedentes familiares de Trastornos psiquiátricos: SI _____ No _____

Abuso de alcohol: SI _____ No _____

Abuso de alguna droga u otra sustancia: SI _____ No _____

• **Antecedentes personales:**

Abuso sexual _____

Hospitalizaciones previas _____

• **Condición médica actual**

Paciente conoce su diagnostico SI _____ No _____

Tiempo transcurrido desde el diagnóstico _____

Infección adquirida por: Vertical _____ Transfusión _____ Sexo: Voluntario: _____ -
Violación: _____ Agujas: _____

Estadio de la enfermedad según CDC Y OMS _____

Tratamiento _____ Efectos adversos _____

LISTA DE VERIFICACIÓN DE TRASTORNOS INFANTILES BASADA EN EL DSM IV-TR

Instrucciones: voy a leerle una serie de situaciones que con frecuencia le ocurren a los niños, niñas y adolescentes.

Diga cuáles de estas situaciones le ocurren a _____ (escriba el nombre del niño/a) y cuáles no.

• Déficit de atención con hiperactividad (APLICAR EN NIÑOS O NIÑAS DE 4 AÑOS Y MÁS)

A.1) Atención (6 o más síntomas al menos durante 6 meses, con intensidad desadaptativa e incoherente con el nivel de desarrollo).

1. A menudo no presta atención a los detalles y comete errores por descuido en tareas escolares u otras actividades..... Sí No
2. A menudo tiene dificultad para mantener la atención en tareas o actividades de juego Sí No
3. Cuando se le habla directamente parece no escuchar Sí No
4. A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en la escuela Sí No
5. A menudo tiene dificultades para organizar sus tareas y obligaciones..... Sí No
6. A menudo evita, le disgusta o es renuente a realizar tareas que requieren esfuerzo mental sostenido Sí No
7. A menudo pierde objetos necesarios para las tareas o actividades (juguetes, libros, herramientas, etc.).... Sí No
8. A menudo se distrae fácilmente por cosas de poca importancia..... Sí No
9. A menudo se descuida en actividades diarias..... Sí No

A.2) Hiperactividad/impulsividad (6 o más síntomas al menos durante 6 meses, con intensidad desadaptativa e incoherente con el nivel de desarrollo).

1. A menudo mueve mucho las manos o los pies o se remueve en el asiento Sí No
2. A menudo abandona su asiento en la casa u otros lugares en que se espera que permanezca sentado/a .. Sí No
3. A menudo corre o salta en situaciones en las que es inapropiado hacerlo..... Sí No
4. A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de descanso..... Sí No
5. A menudo está en marcha o suele actuar como si tuviera un motor..... Sí No
6. A menudo habla mucho..... Sí No
7. Estos comportamientos se han presentado al menos durante los últimos 6 meses (tipo)..... Sí No
8. A menudo contesta antes de que la otra persona haya terminado de hacer la pregunta Sí No
9. A menudo tiene dificultades para esperar su turno Sí No
10. A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros Sí No
11. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años (Criterio B)..... Sí No
12. Algunos de estos comportamientos ocurren tanto en la casa como en cualquier otro lugar (Criterio C) Sí No
13. Estos comportamientos crean problemas al niño, niña o adolescente en la escuela y/o en sus relaciones sociales (Criterio D) Sí No
14. Estos comportamientos se han presentado al menos durante los últimos 6 meses Sí No
15. Un/a psiquiatra o psicólogo/a le dijo que el niño, niña o adolescente tiene un trastorno tal como autismo, esquizofrenia, etc. (Criterio E) Sí No
16. Establezca el tipo de trastorno según el DSM-IV TR _____

• **Negativismo desafiante (deben estar presentes cuatro o más de los siguientes comportamientos: Numeral 1-8)**

1. A menudo se encoleriza y hace berrinches Sí No
2. A menudo discute con adultos Sí No
3. A menudo desafía activamente a los adultos o se niega a cumplir sus demandas Sí No
4. A menudo molesta a otras personas Sí No
5. A menudo acusa a otras personas de sus errores o mal comportamiento Sí No
6. A menudo es colérico y resentido Sí No
7. A menudo es rencoroso y vengativo Sí No
8. A menudo se molesta fácilmente con otras personas Sí No
9. Este comportamiento le crea problemas al niño, niña o adolescente en la escuela y/o en sus relaciones sociales (Criterio B) Sí No
10. Este comportamiento se ha presentado al menos durante 6 meses Sí No
11. Un/a psiquiatra o psicólogo/a le dijo que el niño, niña o adolescente tiene un trastorno tales como esquizofrenia, depresión, etc. (Criterio C) Sí No
12. Un/a psiquiatra o psicólogo/a le dijo que el niño, niña o adolescente tiene un trastorno disocial o antisocial (Criterio D) Sí No

• **Trastorno disocial (deben estar presentes tres o más síntomas, numeral 1 al 16: Criterio A).**

A. Agresión a personas y animales

1. A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a Sí No
2. A menudo inicia peleas físicas Sí No
3. Ha utilizado armas que pueden causar daño físico grave a otras personas (piedras, cuchillos, palos, navajas, etc.) Sí No
4. Ha manifestado crueldad física con otras personas Sí No
5. Ha manifestado crueldad física con animales Sí No
6. Ha robado enfrentándose a la víctima Sí No
7. Ha forzado a alguien a alguna actividad sexual Sí No

B. Destrucción de la propiedad

1. Ha provocado incendios con la intención de causar daño grave Sí No
2. Ha destruido propiedades de otras personas (distinto a incendio) Sí No

C. Fraudulencia o robo

1. Ha violentado la casa, el carro de otras personas Sí No
2. A menudo miente para obtener bienes o favores, o para evitar obligaciones Sí No
3. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento a la víctima Sí No

D. Violaciones graves a normas

1. A menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones iniciando esta conducta antes de los 13 años Sí No
2. Se ha escapado de casa al menos una vez sin regresar durante un largo período Sí No
3. Ha dejado de asistir a la escuela iniciando esta práctica antes de los 13 años Sí No
4. Se escapa de la escuela con frecuencia Sí No

Trastornos psiquiátricos en adolescentes con VIH

5. Este comportamiento se inició antes de los 10 años (tipo de inicio infantil: por lo menos uno de los síntomas del 1 al 16) Sí No
6. Estos comportamientos le crean problemas al niño, niña o adolescente en la escuela y/o en sus relaciones sociales (Criterio B) Sí No
7. Si tiene 18 o más: Un/a psiquiatra o psicólogo/a le dijo que el niño, niña o adolescente tiene un trastorno antisocial (Criterio C) Sí No

• Enuresis (aplicar sólo a partir de 5 años de edad o de desarrollo equivalente y mayores)

1. El niño o niña se orina en la cama o en la ropa (voluntaria o involuntariamente) (Criterio A) Sí No
 2. Este problema se ha presentado al menos dos veces por semana durante 3 meses consecutivos u ocasiona malestar o deterioro social, laboral o académico (Criterio B) Sí No
 3. El niño o niña tiene por lo menos 5 años o nivel de desarrollo equivalente (Criterio C) Sí No
- Este problema se debe exclusivamente a los efectos directos de una sustancia (diurético) o enfermedad médica (diabetes, espina bífida, trastorno convulsivo) (Criterio D) Sí No
4. Este problema se presenta (tipo): Sólo en la noche Sólo en el día De noche y de día

• V Encopresis (aplicar sólo a los niños o niñas de 4 años de edad o de desarrollo equivalente y mayores)

1. El niño o niña se defeca en lugares inadecuados (ropa interior o en el suelo), en forma voluntaria o involuntaria (Criterio A) Sí No
2. Este comportamiento se ha presentado al menos una vez al mes por lo menos durante 3 meses (Criterio B) Sí No
3. El niño o niña tiene por lo menos 4 años o nivel de desarrollo equivalente (Criterio C) Sí No
4. Este comportamiento se debe exclusivamente al uso de laxantes o una enfermedad médica distinta del estreñimiento (Criterio D) Sí No
5. El niño o niña padece de estreñimiento Sí No

• VI. Ansiedad por separación (deben estar presentes tres o más síntomas, numeral 1 al 8: Criterio A).

1. El niño o niña manifiesta malestar excesivo al alejarse del hogar o de alguna persona significativa Sí No
2. Se preocupa demasiado por la posible pérdida de los padres o porque éstos sufran un daño Sí No
3. Tiene miedo de perderse o ser secuestrado Sí No
4. Se niega o resiste a ir a la escuela por miedo a separarse de las personas importantes (padres, tíos, etc.) Sí No
5. Tiene miedo de estar solo en cualquier lugar (casa, escuela, parque, etc.) Sí No
6. Se resiste o teme dormir solo en su casa o en otras casas Sí No
7. Tiene pesadillas en las que el tema principal es quedarse solo Sí No
8. Tiene dolores de cabeza, vómitos, mareos antes o durante la separación de una persona importante (padres, hermanos) Sí No
9. Estos comportamientos se han presentado por lo menos durante 4 semanas (Criterio B) Sí No
10. Estos comportamientos se iniciaron antes de que el niño, niña o adolescente cumpliera 18 años (Criterio C) Sí No
11. Este problema ocasiona malestar o deterioro social, laboral o académico (Criterio D) Sí No
12. Un/a psiquiatra o psicólogo/a le dijo que el niño, niña o adolescente tiene trastornos tales como esquizofrenia, angustia, etc. (Criterio C) Sí No

4. Los atracones y conductas compensatorias (vómito, uso de laxantes, etc.) ocurren 2 veces x semana durante 3 meses (Crit. C)..... Sí No
5. Se autovalora solo o casi solo en función del peso y la silueta corporales (Criterio D)..... Sí No
6. Un psicólogo o psiquiatra le dijo que estos comportamientos son parte de un trastorno llamado anorexia nerviosa (Criterio E)..... Sí No

X. Depresión

10.1- Episodio depresivo mayor (deben estar presentes cinco o más síntomas, numeral 1 al 9)

1. Se ve deprimido la mayor parte del día (tristeza, sentirse vacío, llanto)..... Sí No
2. Ha perdido el interés o no disfruta de las actividades que antes le gustaban la mayor parte del tiempo..... Sí No
3. Ha perdido o aumentado el apetito o peso (sin hacer dieta)..... Sí No
4. Ha disminuido o aumentado el tiempo que dedica a dormir casi todos los días Sí No
5. Han disminuido o aumentado la cantidad y rapidez de sus movimientos (enlentecimiento o agitación psicomotora) Sí No
6. Se le ve fatigado/a o sin energía casi todo el día Sí No
7. Se siente muy inútil o muy culpable por hechos que el/ella no provocó casi cada día Sí No
8. Ha disminuido su capacidad para pensar, concentrarse y/o tomar decisiones casi cada día Sí No
9. Piensa mucho en la muerte o en suicidarse (sólo la idea, ha hecho intento o tiene un plan)..... Sí No
10. Ha tenido períodos en los que parecía eufórico sin razón para ello (ganar un premio, alcanzar una meta, etc.) (Criterio B) Sí No
11. Los síntomas (1 a 9) le provocan mucho malestar, influyen en su rendimiento, en sus relaciones, etc. (Criterio C)..... Sí No
12. Los síntomas se deben a que el/ella está tomando un medicamento o a una enfermedad médica (Criterio D) Sí No
13. Los síntomas se deben a duelo, persisten por más de 2 meses, acusada incapacidad funcional o síntomas psicóticos (Criterio E) Sí No

10.2 Trastorno distímico

1. Casi siempre se ve deprimido la mayor parte del día (tristeza, irritabilidad), al menos durante un año (Criterio A)..... Sí No
- Ha disminuido o aumentado el apetito, el tiempo de sueño, se fatiga, desconcentra, tiene baja autoestima, desesperanza, o le es difícil tomar decisiones (subrayar cuáles de estos síntomas ha tenido el niño, niña o adolescente) (Criterio B) Sí No
2. Los síntomas identificados en 1 y 2 no han desaparecido por más de 2 meses seguidos de al menos durante un año (Criterio C) Sí No
3. En el último año un médico o psiquiatra le dijo que el niño, niña o adolescente tiene un trastorno depresivo (Criterio D) Sí No
4. Nunca le han dicho que tiene un trastorno maniaco o bipolar (Criterio E)..... Sí No
5. Nunca le han dicho que tiene un trastorno psicótico crónico (esquizofrenia, trastorno delirante), (Criterio F)..... Sí No
6. Los síntomas se deben a que el/ella está tomando un medicamento o a una enfermedad médica (Criterio G) Sí No

• **Problemas del sueño**

7.1) Terrores nocturnos

1. El niño, niña o adolescente despierta bruscamente con gritos de angustia durante las 3 primeras horas de sueño (Criterio A) Sí No
2. Durante estos episodios el niño, niña o adolescente tiene taquicardia, sudoración, respiración jadeante (Criterio B) Sí No
3. No responde a los intentos de tranquilizarlo ni logra calmarse con relativa facilidad (Criterio C) Sí No
4. No recuerda el episodio ni puede describirlo con detalle a la mañana o al día siguiente (Criterio D) Sí No
5. Estos episodios que provocan malestar al niño, niña o adolescente, influyen en su rendimiento o en sus relaciones Sí No
6. Estos episodios se deben a que el niño, niña o adolescente está tomando medicamentos o a una enfermedad médica (Criterio E) Sí No
7. Este problema no se debe a los efectos directos de una sustancia (droga, fármacos) o de una enfermedad médica (Criterio F) Sí No

7.2) Pesadillas

1. El niño, niña o adolescente se despierta con frecuencia a causa de sueños terroríficos y prolongados de los cuales tiene recuerdos vívidos en los que pelagra su vida, seguridad o autoestima (Criterio A) Sí No
2. Cuando se despierta reconoce dónde está y quiénes lo rodean (Criterio B) Sí No
3. Este problema provoca malestar al niño, niña o adolescente o problemas en la escuela, sus relaciones sociales, etc. (Criterio C) Sí No
4. Este problema se debe a que el niño, niña o adolescente tiene una enfermedad (médica o mental), ingiere drogas o medicamentos (Criterio D) Sí No

• **VIII. Anorexia nerviosa (APLICAR A PARTIR DE LA ADOLESCENCIA)**

1. Rechaza tener el peso esperado o por encima de lo deseado para su edad y talla por lo que se niega a comer (Criterio A) Sí No
2. Aunque pesa menos de lo esperado para su edad y talla, tiene mucho miedo a ganar peso o volverse obeso/a (Criterio B) Sí No
3. Cree tener más peso/volumen del que en verdad tiene, exagera su importancia a esto, o niega el peligro de su delgadez (Crit. C) Sí No
4. Tiene 3 meses o más de que no le baja la menstruación (Criterio D) Sí No
5. Se da atracones y luego se provoca vómitos o usa laxantes, diuréticos o enemas para eliminar lo que ha comido (tipo) Sí No

• **IX. Bulimia nerviosa (APLICAR A PARTIR DE LA ADOLESCENCIA) (Deben estar presentes los numerales 1 y 2)**

1. Come tres o cuatro veces más de lo que la mayoría de las personas comen en un corto período Sí No
2. Siente que no puede parar de comer, o no puede controlar el tipo y la cantidad de comida que ingiere Sí No
3. Se provoca el vómito, usa laxantes, diuréticos, enemas, ayuna o hace ejercicios en exceso para eliminar la comida (Criterio B) Sí No

7. Los síntomas (1 y 2) le provocan mucho malestar, influyen en su rendimiento, en sus relaciones, etc.
(Criterio H) Sí No
8. Estos síntomas (1 y 2) aparecieron antes de los 21 años (tipo: inicio temprano) Sí No

Riesgo de suicidio

Durante este último mes:		Puntos:		
C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO	SÍ	1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SÍ	2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SÍ	6
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SÍ	10
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	10
A lo largo de su vida:				
C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	4

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6)
RODEAR CON UN CÍRCULO «SÍ» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO
DE SUICIDIO

NO	SÍ
RIESGO DE SUICIDIO	
1-5 puntos	Leve <input type="checkbox"/>
6-9 puntos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 puntos	Alto <input type="checkbox"/>