

Prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital General de Zona # 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Lic. Ignacio Díaz Téllez

Jorge Galindo Sainz,*
Miguel Ortega Ramírez.**

Prevalence of depression in HIV/AIDS patients in the Hospital General de Zona # 11(IMSS),
Lic. Ignacio Díaz López

Fecha de aceptación: septiembre 2010

Resumen

ANTECEDENTES. La infección por VIH se ha transformado en una enfermedad crónica con una expectativa de vida más larga, por lo que los trastornos psiquiátricos se hacen más evidentes. La depresión tiene un papel trascendente, pues se relaciona con una menor calidad de vida, falta de apego al tratamiento y una mayor mortalidad. Su prevalencia en pacientes con VIH varía de 21% a 97%. Tomando en cuenta las repercusiones que la depresión trae consigo en los pacientes con VIH, consideramos necesario determinar su prevalencia en nuestra población.

MATERIAL Y MÉTODOS. Encuesta transversal, realizada en el Hospital General de Zona #11 del IMSS, con la población conformada por los pacientes que acuden a consulta externa de Infectología con el diagnóstico de VIH/SIDA. Se utilizó el Cuestionario Clínico de Síndrome Depresivo de Calderón-Narváez para determinar los niveles de depresión. Para determinar la existencia de diferencias significativas entre los niveles de depresión y las variables de estado civil, carga viral, esquema de tratamiento y número de esquema, se realizaron tablas de contingencia y posteriormente se realizaron pruebas de hipótesis sobre la proporción con un $\alpha=0.05$ mediante el estadístico Z.

RESULTADOS. Se entrevistaron 160 pacientes. El 70.63% obtuvo puntuaciones normales en el cuestionario clínico de depresión, 10.63% calificó con ansiedad generalizada, 18.13% se encontró con depresión moderada, y 0.63% con depresión severa. No se observó diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de depresión y los esquemas de tratamiento antirretroviral. Se observó una diferencia significativa entre los niveles de depresión y el género, la carga viral, y el número de esquema de tratamiento.

CONCLUSIONES. Con base en el cuestionario clínico de síndrome depresivo, 18.76% de los pacientes obtuvo calificaciones compatibles con depresión.

Palabras clave: Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, VIH/SIDA, depresión.

Abstract

ANTECEDENTS. At present patients with HIV infection live longer. Therefore, psychiatric disorders are most common. Depression has been associated with increase in mortality, less antiretroviral treatment adherence and low life quality. Around the world, among HIV patients, depression has prevalence from 21% to 97%. These reasons took us to investigate the prevalence of this disorder in our population.

MATERIAL AND METHODS. We made a survey of the HIV patients who were attended at the Hospital General de Zona #11 (IMSS). We used the Depressive Syndrome Clinical Questionnaire developed by Calderon-Narváez. For each patient we took the history of type of scheme, number of the scheme, civil status, and viral load. We compared the proportions of patients between those data and the presence of depression, using the Z test, with an alpha confidence of 0.05.

RESULTS. 160 HIV patients were studied. 70.63% had normal range punctuation, 10.63% with anxiety, 18.13% with mild depression, and 0.63% with severe depression. There was no statistical significance between the type of treatment and depression, but we observed a statistical significant relationship with viral load and also with the number of scheme.

CONCLUSION. We observed an 18.76% prevalence of depression in our patients.

Keywords: Human Immunodeficiency Virus, Acquired Immunodeficiency Syndrome, HIV/AIDS, depression.

*Infectólogo

**Médico General

Correspondencia:Jorge Galindo Sainz,

Obras Públicas 48-4, Col. Murrillo Vidal, Xalapa, Veracruz, México.

Teléfono: 01(228)-8148820.

Dirección electrónica: jgstriat@yahoo.com, miguel2812@gmail.com

Abreviaturas:

- VIH:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
TARAA: Terapia Antirretroviral Altamente Activa.
ITRAN: Inhibidores de la Transcriptasa Reversa Análogos de Nucleósidos.
ITRNN: Inhibidores de la Transcriptasa Reversa No Nucleósidos.
EFV: Efavirenz.
IP: Inhibidores de Proteasa.

Introducción

El diagnóstico y el tratamiento de los desórdenes psiquiátricos en los pacientes con VIH han representado un gran reto desde el inicio de la epidemia. La prevalencia de depresión en estos pacientes varía ampliamente según el tipo de población y el instrumento empleado para evaluarlo. Un estudio realizado en Estados Unidos demostró que más de la mitad de una muestra de 2 864 pacientes infectados con VIH tenían un desorden psiquiátrico. De éstos, más de 60% presentaron un trastorno depresivo.^{1,2} En Canadá, Dew y colaboradores reportaron una prevalencia de depresión en pacientes con VIH de 54.2%.³ Jin Hua y colaboradores encontraron que, en China, 79% de los pacientes con VIH presentaban síntomas de depresión mayor, comparado con sólo el 4% del grupo control VIH.⁴ Otra investigación, realizada en España, demuestra que la mayoría de los varones infectados por VIH manifestaban síntomas de ansiedad y depresión leve, moderada y grave. En cambio, las mujeres tuvieron una menor prevalencia de síntomas depresivos.⁵ Entre la población de pacientes con VIH indigentes y marginados, la prevalencia de depresión puede ser aun más alta de lo esperado.⁶ Jeffrey y colaboradores realizaron un meta-análisis en el que se comprobó que la frecuencia de depresión fue casi 2 veces mayor en pacientes VIH+ que entre personas sin VIH, y que múltiples factores psicosociales están implicados.⁷ A pesar de la alta prevalencia reportada por diversos investigadores, el diagnóstico no siempre se reconoce, por lo que muchos pacientes no reciben tratamiento.⁸

Algunos factores que contribuyen al desarrollo de trastornos depresivos en estos pacientes son: el estigma social, la falta de apoyo, el estrés crónico, el aislamiento social y la desmoralización, la discapacidad ocupacional, los cambios en la imagen corporal, y el estricto régimen de tratamiento.^{2,7,9} Además, se han identificado factores psicosociales ligados a la depresión, como el antecedente de abuso sexual y físico en la infancia, los cuales predicen un mal apego al tratamiento antirretroviral, un mayor número de prácticas de riesgo, falla del tratamiento, progresión de la enfermedad, y tasas de mortalidad más altas.¹⁰

El Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos ha descrito desórdenes neurocognitivos en pacientes con infección por VIH, mismos que se relacionan con síntomas depresivos. Las infecciones oportunistas y las neoplasias también pueden presentarse con un amplio rango de síntomas neuropsiquiátricos como resultado de

un proceso neuropatológico. La coinfección por hepatitis C también se asocia a múltiples manifestaciones neuropsiquiátricas, como fatiga, depresión y disfunción cognitiva. Además, algunos antirretrovirales, como efavirenz y otros medicamentos usados en el contexto de la infección por VIH, han sido implicados en efectos adversos de tipo neuropsiquiátrico como la depresión de inicio súbito y las ideas de suicidio.^{7,8,9}

Una mayor severidad de los síntomas depresivos ha sido vinculada con una declinación más rápida de la cuenta de CD4 y un aumento en la carga viral. Esto se demostró incluso antes de la era del tratamiento antirretroviral altamente activo, y algunos estudios sugieren una influencia directa de la depresión en el sistema inmune.^{7,10} Ickovics y colaboradores demostraron que las mujeres VIH+ con síntomas crónicos de depresión tenían un riesgo 2 veces mayor de morir que las VIH+ con síntomas limitados o sin síntomas de depresión.¹¹ Otro estudio, en el que se llevó a cabo un seguimiento en 1 716 mujeres a lo largo de 7.5 años, demostró que las pacientes con síntomas depresivos crónicos tenían una probabilidad mayor de morir que aquellas sin síntomas de depresión.¹² Los investigadores han notado que las manifestaciones de la depresión tienden a elevarse en el año que precede a la muerte relacionada con el SIDA. Las manifestaciones del SIDA y la cuenta de CD4 no predicen el riesgo de depresión. Sin embargo, parece ser que los síntomas depresivos predicen el desarrollo del SIDA y sus manifestaciones clínicas.¹³

La mejoría de los trastornos depresivos después del tratamiento ha mostrado una mejoría en la calidad de vida de los pacientes y un incremento en la adherencia al tratamiento antirretroviral, por lo que puede haber un beneficio sustancial en la salud de estos pacientes una vez establecido un tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.^{15,16,17}

Material y métodos

Se llevó a cabo una encuesta transversal en el Hospital General de Zona # 11 del IMSS, durante los meses de agosto a septiembre de 2009. Se incluyeron los pacientes con diagnóstico VIH/SIDA documentado que acuden a control al servicio de infectología, y que aceptaron participar en el estudio. Se excluyeron los pacientes que no aceptaron llenar el cuestionario, aquellos incapaces de dar su consentimiento informado, y los pacientes que estaban recibiendo tratamiento psiquiátrico.

Instrumento de evaluación

Para determinar los niveles de depresión, se llevó a cabo la aplicación del Cuestionario Clínico de Síndrome Depresivo del Dr. Calderón Narváez.¹⁸ El cuestionario consta de 20 reactivos tipo Likert, con 4 opciones de respuesta. De acuerdo con la puntuación obtenida se puede determinar si un individuo se encuentra dentro de los niveles normales, tiene ansiedad generalizada, depresión moderada, o bien severa. Se ha determinado que el Cuestionario Clínico de Síndrome Depresivo de Calderón presenta alta confiabilidad en la modalidad de auto aplicación con la población abierta, involucrando sujetos de distintos niveles de educación y edad.¹⁹

Descripción del estudio

Al finalizar la consulta de infectología, a cada paciente se le dio a conocer el propósito del estudio. Posteriormente, fueron trasladados a una oficina donde respondieron la auto evaluación. Aquellos que, por discapacidad o por no saber leer, no pudieron responder el cuestionario por sí solos, fueron asistidos por un médico pasante quien realizó el interrogatorio e hizo las anotaciones correspondientes a las características sociodemográficas y al cuestionario clínico de depresión.

Análisis estadístico

Para determinar si existen diferencias significativas en la proporción de pacientes con VIH en cada uno de los niveles de depresión por género, estado civil, carga viral, esquema de tratamiento y número de esquema, se realizaron tablas de contingencia. Posteriormente, se realizaron pruebas de hipótesis sobre la proporción con un $\alpha=0.05$ mediante el estadístico Z. Se utilizó el coeficiente de correlación de Kendall con la finalidad de determinar si a mayor tiempo de tratamiento, mayores niveles de depresión.

Resultados

De los 180 pacientes con VIH que acuden a control al Hospital General de Zona # 11, 160 cumplieron con los criterios de inclusión. La edad promedio en años fue de 42 ± 9 , y el tiempo de tratamiento en meses fue de 59 ± 39.9 . 124 pacientes fueron de género masculino y 36 de género femenino. La mayoría de los pacientes (51.25%) eran solteros. Poco más del 60% de los pacientes se encontraba en tratamiento con un inhibidor de proteasa, mientras que el resto lo hacía con un ITRNN. 114 (71.25%) de los pacientes tenían carga viral indetectable, y 17 (10.62%) se encontraron en falla terapéutica. Más de la mitad de los pacientes (55.3%) se han sometido a un solo esquema de tratamiento (cuadro 1).

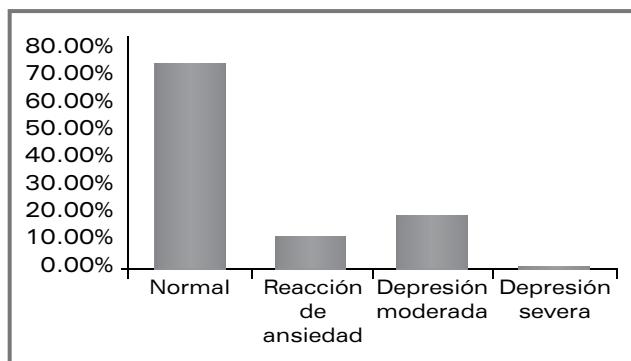
Respecto a los niveles de depresión obtenidos de los pacientes que participaron, 70.63% tuvo una puntuación normal, 10.63% se encontró con reacción de ansiedad, y 30 pacientes calificaron con depresión (18.76%), de los cuales 1 alcanzó niveles de depresión severa, mientras que el resto calificó con depresión moderada (gráfica 1). La prevalencia de depresión entre las mujeres fue de 33.3%, mientras que entre los varones fue de 14.5%. Con respecto al estado civil, 16% y 17% de los solteros y casados, respectivamente, tenía depresión, mientras que el porcentaje en los viudos fue de 40%, y de 43% en los divorciados. Únicamente 7% de los pacientes en unión libre calificó con depresión. Sólo se encontró diferencia significativa entre la proporción de pacientes viudos con depresión y los pacientes en unión libre con un p -value = 0.023.

De todos los pacientes que se encuentran en tratamiento con IP, 23% calificó con depresión, mientras que la cifra fue de 13% para los pacientes en tratamiento con ITRNN. Sin embargo, no se observó diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de depresión y los esquemas de tratamiento antirretroviral (cuadro 2).

Cuadro 1
Características de la población estudiada.

	Característica	Número (%)
Género	Masculino	124 (77.5%)
	Femenino	36 (22.5%)
Estado civil	Soltero	82 (51.25%)
	Casado	42 (26.25%)
	Viudo	15 (9.38%)
	Divorciado	7 (4.38%)
	Unión libre	14 (8.75%)
Esquema de tratamiento	ITRNN	63 (39.37%)
	IP	97 (60.62%)
Carga Viral (copias/ml)	Menor a 50	114 (71.25%)
	50 a 1000	29 (18.13%)
	Más de 1000	17 (10.62%)
Número de esquema antirretroviral	Primero	89 (55.63%)
	Segundo	35 (21.88%)
	Tercero	28 (17.50%)
	Cuarto	5 (3.13%)
	Quinto	3 (1.88%)
Meses en tratamiento	59±39.9	
Edad	42±9	

Gráfica 1



Cuadro 2

Proporción entre los niveles de depresión y el esquema de tratamiento, y valor de p de la prueba de hipótesis de proporción para los niveles de depresión por esquema de tratamiento, con un $\alpha=0.05$.

Nivel de depresión	ITRNN	IP	Valor de p
Normal	50/79%	63/65%	0.040
Reacción de ansiedad	5/8%	12/12%	0.353
Depresión moderada	8/13%	21/22%	0.131
Depresión severa	0/0%	1/1%	0.315

De todos los pacientes que se hallan en su primer esquema de tratamiento, 12% se encontraron con niveles de depresión moderada, mientras que de los pacientes en su cuarto y quinto esquema de tratamiento, 60% y 67%, respectivamente, tenía depresión moderada, existiendo una diferencia significativa con respecto a los primeros (cuadro 3). No se observó diferencia significativa con respecto a los que se encontraban en su segundo y tercer esquema de tratamiento.

Cuadro 3

Proporción entre los niveles de depresión y el número de esquema de tratamiento. Valores de p de la prueba de hipótesis de proporción para los niveles de depresión en pacientes en su primer esquema, respecto a los que se encuentra en el cuarto y quinto, con un $\alpha=0.05$.

Nivel de depresión	1 ^{er} Esquema	4 ^o Esquema	5 ^o Esquema
	n/%	n% (valor de p)	n% (valor de p)
Normal	66/74%	2/40% (p=0.127)	1/33% (p=0.139)
Reacción de ansiedad	12/13%	0/0% (p=0.000)	0/0% (p=0.000)
Moderada	11/12%	3/60% (p=0.032)	2/67% (p=0.048)
Severa	0/0%	0/0%	0/0%

Cuadro 4

Proporción entre los niveles de depresión y la carga viral. Valores de p de la prueba de hipótesis de proporción para los niveles de depresión en pacientes con carga viral indetectable y en falla terapéutica, con un $\alpha=0.05$

Nivel de depresión	Carga viral <50 n/%	Carga viral >1000 n/%	Valor de p
Normal	87/76%	7/44%	0.012
Reacción de ansiedad	12/11%	0/0%	0.000
Depresión moderada	14/12%	9/56%	0.001
Depresión severa	1/1%	0/0%	0.315

De acuerdo con lo observado en el cuadro 4, sólo 13% de los pacientes con carga viral indetectable alcanzó niveles de depresión, mientras que 56% de los que se encontraban en falla terapéutica calificaron con depresión. No hubo diferencias significativas con respecto a los pacientes con carga viral >50 y < de 1000 copias/ml.

Mediante la prueba de hipótesis asociada al coeficiente de correlación de Kendall, no se observó relación entre los niveles de depresión y el tiempo en tratamiento antirretroviral (coeficiente de correlación Tau de Kendall = -0.060).

Discusión

Al tomar en cuenta las repercusiones que la depresión puede traer consigo en un paciente con VIH/SIDA, consideramos necesario contar con una evidencia objetiva de la magnitud de este problema en nuestra población. En este estudio pudimos observar que existe una prevalencia de depresión inferior a la reportada por otros investigadores,¹⁻⁷ aunque, sin lugar a dudas, el instrumento de evaluación pudo ser una condicionante de esta diferencia. El cuestionario clínico de síndrome depresivo fue empleado en nuestro estudio por su alta confiabilidad, su fácil aplicación, y por haber sido diseñado y validado en la población mexicana.^{18,19} Al igual que otros investigadores,^{1,3-5} nosotros encontramos que la prevalencia de depresión fue superior a lo esperado para la población general.¹⁹ Es posible que dicha diferencia se deba a las implicaciones sociales que puede traer consigo esta enfermedad (aislamiento, pérdida de empleo, rechazo familiar, etcétera), a la conceptualización fatalista de este padecimiento en nuestra sociedad y, por supuesto, el deterioro de la salud inherente a la infección por VIH. En este trabajo, la prevalencia de depresión fue mayor entre las mujeres (33.3%) que entre los varones (14.5%), situación esperada si consideramos lo que se observa en la

población general,¹⁹ pero contraria a lo reportado por Teva y colaboradores,⁵ quienes hallaron mayor prevalencia de depresión entre los pacientes de género masculino.

Destaca la ausencia de una diferencia significativa en los niveles de depresión entre los pacientes que consumen IP con respecto a los que toman ITRNN (nevirapina o efavirenz), lo cual también fue reportado por Poupart y colaboradores,²⁰ a pesar de que se esperaba una mayor prevalencia de depresión entre los pacientes que consumían EFV, tomando en cuenta las complicaciones que se han reportado con el uso de este antirretroviral.²¹

Mediante el coeficiente de correlación de Kendall se pudo observar que el tiempo que un paciente lleva en tratamiento no parece influir en los niveles de depresión. Sin embargo, una de nuestras limitaciones fue la aplicación del instrumento realizada *post facto*, por lo que podría ser de mayor utilidad un nuevo estudio con una encuesta

basal al momento de la detección del padecimiento y con seguimiento de control.

En este trabajo podemos observar que existe una diferencia significativa en los niveles de depresión entre los pacientes que sólo han recibido un esquema de tratamiento con respecto a los que se encuentran en su cuarto o quinto esquema antirretroviral. Esto podría estar vinculado indirectamente con el mejor apego entre los pacientes que no se encuentran con depresión. También podría explicar por qué en nuestro estudio hay una mayor proporción de pacientes con falla terapéutica deprimidos (56%) que pacientes con carga viral indetectable y depresión (12%), lo cual coincide con lo descrito por otros autores, quienes identificaron factores psicosociales, la depresión entre ellos como predictores de un mal apego al tratamiento antirretroviral, mismo que lleva a falla terapéutica y progresión de la enfermedad.²²⁻²⁴

Referencias

- Bing EG, Burnam MA, Longshore D, et al. "Psychiatric disorders and drug use among Human Immunodeficiency Virus-Infected adults in the United States". *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 721-728.
- Eller LS. "Depressive symptoms in HIV Disease". *Nurs Clin N Am* 2006; 41: 437-453.
- Dew MA, Becker JT, Sanchez J, et al. "Prevalence and predictors of depressive, anxiety and substance use disorders in HIV-infected and uninfected men: a longitudinal evaluation". *Psychol Med* 1997; 27: 395-409.
- Jin H, Atkinson H, Yu X, et al. "Depression and suicidality in HIV/AIDS in China". *J Affect Disord* 2006; 94: 269-275.
- Teva I, Bermudez M, Hernández-Quero J, Buela-Casal G. "Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH/SIDA". *Salud Mental* 2005; 5: 40-49.
- Weiser SD, Riley ED, Ragland K, et al. Brief report: Factors associated with depression among homeless and marginally housed HIV-Infected men in San Francisco". *J Gen Intern Med* 2006; 21: 61-64.
- Berg C, Michelson SE, Safran SA. "Behavioral aspects of HIV care: Adherence, depression, substance use, and HIV-Transmission behaviors". *Infect Dis Clin N Am* 2007; 21: 181-200.
- Asch SM, Kilbourne AM, Gifford AL, et al. "Underdiagnosis of depression in HIV. Who are we missing?". *J Gen Intern Med* 2003; 18: 450-460.
- Ferrando SJ, Freyberg Z. "Neuropsychiatric aspects of infectious diseases". *Crit Care Clin* 2008; 24: 889-919.
- Wells PB. "The impact of mental health and traumatic life experiences on antiretroviral treatment outcomes for people living with HIV/AIDS". *J Antimicrob Chemother* 2009; 63: 636-640.
- Ickovics JR, Hamburger ME, Vlahov D, et al. "Mortality, CD4 cell count decline, and depressive symptoms among HIV-Seropositive women: Longitudinal analysis from the HIV Epidemiology Research Study". *JAMA* 2001; 285: 1566-1474.
- Cook JA, Grey D, Burke J, et al. "Depressive symptoms and AIDS-Related mortality among a multisite cohort of HIV-Positive women". *Am J Public Health* 2004; 94: 1466-1474.
- Leserman J. "Role of Depression, Stress, and Trauma in HIV Disease Progression". *Psychosom Med* 2008; 70: 539-545.
- Vazquez-Justo E, Rodríguez Álvarez M, Ferraces-Otero M. "Influence of depressed mood on neuropsychologic performance in HIV-seropositive drug users". *Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 57: 251-258.
- Repetto MJ, Petitto JM. "Psychopharmacology in HIV-Infected patients". *Psychosom Med* 2008; 70: 585-592.
- Olatunji BO, Mimiaga MJ, O'Cleirigh C, Safran SA. "A review of treatment studies of depression in HIV". *Top HIV Med* 2006; 14: 112-124.
- Weber R, Christen L, Tschopp S, et al. "Effect of individual cognitive behavior intervention on adherence to antiretroviral therapy: prospective randomized trial". *Antivir Ther* 2004; 9: 85-95.
- Calderón-Narváez G. "Cuestionario clínico para el diagnóstico de los cuadros depresivos". *Rev. Med IMSS* 1992; 30: 377-380.
- Morales-Ramírez M, Ocampo-Andréyeva V, De la Mora L, Alvarado-Calvillo R. "Validez y confiabilidad del cuestionario clínico del síndrome depresivo". *Arch Neurocienc (Mex)* 1996; 111-115.
- Poupart M, Ngom G, Thiam D, et al. "Quality of life and depression among HIV-infected patients receiving efavirenz or protease inhibitor-based therapy in Senegal". *HIV Medicine* 2007; 8: 92-95.
- Lochet P, Peyriere H, Lotthe A, Mauboussin JM, Delmas B, Reynes J. "Long-term assessment of neuropsychiatric adverse reactions associated with efavirenz". *HIV Med* 2003; 4: 62-66.
- Gordillo V, del Amo J, Soriano V, et al. "Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy". *AIDS* 1999; 13: 1763-9.
- Pence BW, Miller WC, Gaynes BN, et al. "Psychiatric illness and virologic response in patients initiating highly active antiretroviral therapy". *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007; 44: 159-66.
- Mugavero M, Ostermann J, Whetten K, et al. "Barriers to antiretroviral adherence: the importance of depression, abuse, and other traumatic events". *AIDS Patient Care STDS* 2006; 20: 418-28.