

Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con VIH/+. *Otras enfermedades infectocontagiosas*

Dr. José Manuel Romero Torres*

Hospital Central Militar. Escuela Militar de Graduados de Sanidad. Ciudad de México.

RESUMEN

Material y métodos. Estudio observacional, transversal y comparativo. La muestra a estudiar consideró pacientes que ingresaron a la sala de Infectología de Adultos del Hospital Central Militar, se dividieron en dos grupos, un grupo considerado con VIH/SIDA y un grupo control sin VIH/SIDA con otras enfermedades infectocontagiosas. A estos pacientes se les aplicaron escalas de evaluación de depresión y ansiedad. El análisis estadístico utilizado fue la estadística descriptiva y para la comparación de los grupos la prueba de Mann-Whitney.

Resultados. La prevalencia entre el grupo con VIH/SIDA y ansiedad, según la Escala de Ansiedad de Hamilton, fue de 90% del grupo con VIH/SIDA ($n = 36$ de 40) y 87.5% del grupo control comparativo ($n = 35$ de 40) ($p = 0.050$).

La prevalencia entre el grupo con VIH/SIDA y la depresión, según la Escala de Depresión de Hamilton, fue de 90% de los paciente del grupo con VIH/SIDA y 82% en el grupo control comparativo ($p = 0.002$).

Conclusiones. Los pacientes con VIH/SIDA encamados en la sala de Infectología del Hospital Central Militar muestran una alta prevalencia de ansiedad y depresión; sin embargo, la intensidad es más evidente en el grupo con VIH/SIDA. Este estudio sugiere la valoración intencionada de ansiedad y depresión en todos los pacientes con diagnóstico reciente confirmado de VIH/SIDA, además futuras investigaciones deberán estar enfocadas a identificar los factores de riesgo que predisponen a la ansiedad y depresión en nuestra población.

Palabras clave: SIDA, VIH, ansiedad, depresión.

Prevalence of anxiety and depression in patients with HIV/AIDS. Comparative study with patients with other infections diseases

SUMMARY

Material and methods. Observational, transverse and comparative study. The sample to study considers patient that entered to the room of Infectology of Adults of the Military Central Hospital, they were divided in two groups, a group considered with HIV/AIDS and a group control without HIV/AIDS with other infectious diseases. To these patients they were applied scales of depression evaluation and anxiety. The used statistical analysis was the descriptive statistic and for the comparison of the groups the test of Mann-Whitney.

Results. The prevalence among the group HIV/AIDS and anxiety, according to the Scale of Anxiety of Hamilton was of 90% of the group with HIV/AIDS ($n = 36$ of 40) and 87.5% of the group comparative control ($n = 35$ of 40) ($p = 0.050$).

The prevalence among the group with HIV/AIDS and the depression, according to the Scale of Depression of Hamilton was of the 90% of the patient one of the group with HIV/AIDS and 82% in the group comparative control ($p = 0.002$).

Conclusions. The patients with HIV/AIDS of the room of Infectology of the Military Central Hospital sample a high prevalence of anxiety and depression; however, the intensity is most evident in the group with HIV/AIDS. This study suggests the deliberate evaluation of anxiety and depression in all the patients with confirmed recent diagnosis of HIV/AIDS, future investigations will also be focused to identify the factors of risk that predispose to the anxiety and depression in our population.

Key words: AIDS, HIV, anxiety, depression.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes científicos

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se debe a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, el cual daña y mata a las células del sistema inmune que tiene el receptor CD4 en su superficie (CD4+), durante el proceso de replicarse a sí mismo. El avance de la infección por VIH causa una disminución de los linfocitos CD4+, que da lugar a inmunodeficiencia grave, y establece el contexto para infecciones oportunistas fatales.¹

Más de 30 millones de personas viven con la infección del VIH (virus de la inmunodeficiencia adquirida) en el mundo,² actualmente un gran porcentaje de estos pacientes son capaces de llevar una vida saludable por muchos años, sin embargo, tienen que verse encarados al estigma social, a la molestia física y a la enfermedad a largo plazo y eventualmente a la muerte. Esto provoca un estado de estrés crónico y de síntomas depresivos.

Debido a que las alteraciones depresivas están íntimamente asociadas con las enfermedades médicas serias, la frecuencia de la depresión es de considerable interés en este padecimiento.^{3,4}

Desde hace 15 años, varios estudios han estimado que la frecuencia de alteraciones depresivas en pacientes con VIH, particularmente el trastorno depresivo mayor, varían desde 0 al 47%.^{5,6}

Existen estudios que concluyen que el trastorno depresivo mayor entre grupos con VIH (+) *vs.* grupos con VIH (-), no existe una diferencia significativa, es decir, los pacientes infectados con VIH no están asociados con alta prevalencia de esta alteración.^{7,8}

La depresión mayor no es una consecuencia normal del VIH/SIDA. En otros estudios la depresión mayor se diagnosticó en 5-15% de los pacientes con VIH/SIDA hospitalizados.^{6,9} En el Hospital General es la razón más frecuente de consulta sobre pacientes infectados por VIH, representando 22% del total de diagnósticos.

Los síntomas neurovegetativos diagnósticos de depresión mayor se solapan con los del VIH/SIDA, los cuales incluyen insomnio, fatiga y poco apetito.^{6,7}

DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN

Natch y Recaimer definen la depresión como un estado patológico de sufrimiento psíquico consciente y de culpa, acompañado por una marcada reducción de los valores personales y una disminución de la actividad psicomotora y orgánica, no referidas a deficiencia actual.⁸

La depresión se puede definir como un sentimiento persistente de inutilidad, pérdida de interés

por el mundo y falta de esperanza en el futuro.¹⁰

La depresión posee cuatro componentes:

1. La presentación de síntomas afectivos como:

- Tristeza
- Dificultad o incapacidad para disfrutar de situaciones o eventos que habitualmente le despertaban alegría o gozo, con disminución o pérdida del interés hacia los mismos y hacia la vida (anhedonia).
- Disminución o batimiento del ánimo
- Abulia
- Desesperanza
- Melancolía
- Ansiedad
- Sentimiento de culpa
- Sentimiento de vergüenza y autodesprecio
- Irritabilidad
- Intranquilidad
- Disforia

2. La presentación de síntomas cognoscitivos como:

- Disminución para concentrarse
- Disminución del rendimiento intelectual
- Incapacidad para afrontar y resolver problemas cotidianos
- Pesimismo
- Ideas de minusvalía
- Autorreproches
- Indecisiones o dudas exageradas
- Fallas para hacer un juicio realista sobre sí mismo
- Pensamiento obsesivo
- Ideas de culpa, vergüenza, pecado, etc.

3. La presentación de síntomas conductuales como:

- Aspecto de abatimiento
- Faltas al trabajo
- Disminución del rendimiento escolar
- Alcoholismo y/o farmacodependencia
- Intentos de suicidio
- Retardo psicomotor, inhibición en actividades físicas y en el habla

4. La presentación de síntomas psicofisiológicos como:

- Trastorno en el sueño
- Cambios en el apetito: anorexia o hiperorexia
- Cambios en el peso corporal
- Disminución de la energía en general: se cansa fácilmente, no resiste las labores habituales
- Disminución del deseo sexual

- Constipación
- Cefalea
- Mareos
- Halitosis
- Molestias somáticas.¹⁰

ANSIEDAD

La ansiedad es una reacción global del organismo ante una situación que percibe como amenazante a su existencia y que incluye aspectos emocionales, cognitivos, somáticos y conductuales.

La ansiedad es patológica por su forma de presentación, su intensidad, su persistencia y su recurrencia inmotivadas.

La ansiedad tiene dos componentes:

1. La presentación de manifestaciones o sensaciones somáticas como:

- Diarrea
- Mareos
- Sensación de “cabeza vacía”
- Sudoración
- Hiperreflexia
- Hipertensión
- Palpitaciones
- Midriasis
- Inquietud
- Síncope
- Taquicardia
- Parestesias en extremidades
- Temblores
- Molestias gástricas
- Aumento de la frecuencia y urgencia urinarias.

2. La presencia de síntomas cognitivo-conductuales y afectivos como:

- Inquietud
- Nerviosismo
- Preocupación excesiva y desproporcionada
- Miedos irracionales
- Ideas catastróficas
- Deseo de huir
- Temor a perder la razón y el control
- Sensación de muerte inminente.¹⁰

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Estudio observacional, transversal y comparativo

Población a estudiar

La muestra a estudiar en el presente estudio consideró a todos los pacientes que ingresaron a la

sala de Infectología de Adultos del Hospital Central Militar, estos pacientes se dividieron en dos grupos, un grupo considerado con VIH/SIDA y otro grupo control considerado como todos aquellos pacientes encamados por un padecimiento infeccioso sin VIH/SIDA, desde el mes de octubre del 2001 hasta el mes de abril del 2002 y que estuvieron de acuerdo con participar en la investigación previa evaluación clínica, información de la investigación y firma del formato del consentimiento válidamente informado. A estos pacientes se les aplicaron escalas de evaluación de depresión y ansiedad.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes del sexo masculino o femenino.
2. Edad > 15 años
3. Militar en el activo o retirado, civil o derechohabiente.
4. Que autorice el procedimiento mediante el consentimiento válidamente informado.

Criterios de exclusión:

1. Diagnóstico de VIH/SIDA no establecido por el Servicio de Infectología del Hospital Central Militar.
2. Historia de enfermedad sistémica crónica.
3. Pacientes neurológicamente inestables
4. Pacientes con historia de alteración psicótica
5. Abuso o dependencia de alcohol
6. Que no autorice el procedimiento

Metodología

A los pacientes del grupo VIH/SIDA se les aplicaron las escalas de evaluación durante la primera semana posterior a la confirmación de la prueba de VIH/SIDA, y al grupo control simplemente durante la primera semana posterior a su encame en dicha sala después de tener conocimiento de su enfermedad.

A continuación se mencionan las escalas utilizadas en el presente estudio:

Escala de Hamilton para la depresión (HAM-D)

Esta escala consiste en 24 rubros que abarcan las principales manifestaciones clínicas de la enfermedad depresiva. Algunos de ellos son calificados numéricamente entre 0 al 4, mientras que otros datos obtienen una calificación del 0 al 2. De acuerdo con el criterio del entrevistador, los síntomas son calificados de 0-2 o de 0-4, en total de 0 a 74, calificaciones de 7 o menos se consideran normales; de 8 a 13, leve; 14 a 18, moderado; 19 a 22, severo y de 23 en adelante muy severo. La calificación final se obtiene de los resultados parciales en los primeros 17 rubros. De acuerdo con la mayoría de las investi-

gaciones clínicas un resultado de 15 o mayor señala trastorno depresivo de intensidad moderada a severa.

Escala de Hamilton para la ansiedad (HAM-A)

Es la más usada y más conocida, ha sido utilizada en varias investigaciones. Ha sido diseñada para valorar los síntomas cognitivos y somáticos de la ansiedad, limitada al trastorno de ansiedad generalizada, consta de 14 preguntas, se califica de 0 a 4, con un rango de 0 a 56, su confiabilidad es de 80% entre observadores. Con puntaje de 14 ha sido sugestivo de ansiedad clínicamente significativa, pero rangos de 5 o menos son normales en la población general.

Análisis estadístico

La prevalencia nos indica el número de casos existentes de la enfermedad de interés expresada en porcentajes, sin unidades. Específicamente, la prevalencia de punto (p) es la proporción de una población que tiene la enfermedad de interés en determinado tiempo. Este valor se estima cuando se divide el número de individuos afectados existentes, o casos (c) por el número de personas en la población (n): $p = n/c$.

La comparación de los grupos de estudio se llevó a cabo mediante la prueba de Mann-Whitney por ser variables paramétricas cualitativas, obteniéndose mediana y percentilas con o sin diferencia significativa entre estos grupos.

RESULTADOS

El número total de pacientes reclutados en la investigación fueron 80 ($n = 80$), 40 pertenecientes al grupo con VIH/SIDA y 40 pertenecientes al grupo control. El grupo con VIH/SIDA mostró un predominio del sexo masculino con un total de 29 pacientes (72%) y 11 pacientes del sexo femenino (28%) (Figura 1). Predominaron los pacientes militares por tratarse de nuestro medio [26 (65%)] siguiendo los pacientes derechohabientes [13 (32.5%)] (Figura 2).

El grupo control muestra un predominio del sexo masculino con un total de 27 pacientes (67%) y 13 pacientes del sexo femenino (33%) (Figura 3). En el grupo control predominaron los pacientes derechohabientes [22 (55%)] siguiendo los pacientes militares [15 (37.5%)] (Figura 4).

Es interesante observar las diferencias estadísticas de las edades entre los grupos de estudio (Figura 5).

VIH/SIDA y la presencia de ansiedad

Nuestra primera pregunta fue saber cuál es la prevalencia entre el grupo con VIH/SIDA y ansiedad.

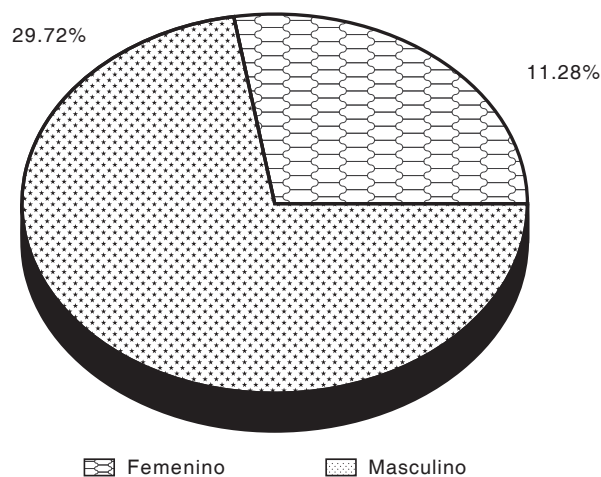


Figura 1. Grupo con VIH ($n = 40$).

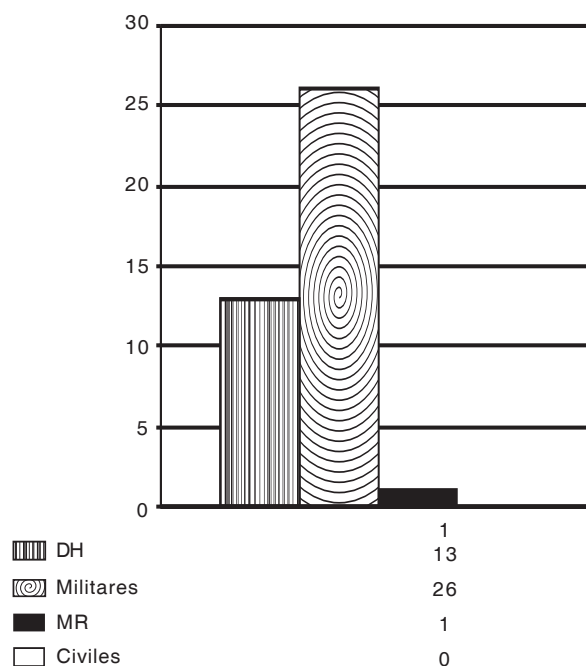


Figura 2. Grupo con VIH.

Según la Escala de Ansiedad de Hamilton 90% del grupo con VIH/SIDA mostró puntuación mínima de 6 ($n = 36$ de 40) para establecer ansiedad y 87.5% del grupo control comparativo ($n = 35$ de 40) reunía tal criterio (Figura 6). Es necesario enfatizar que 35% de la población con VIH/SIDA ($n = 14$ de 40) reunió una puntuación para establecer ansiedad clínicamente significativa y 22.5% del grupo control comparativo ($n = 9$ de 40) reunía tal criterio (Figura 7).

Aplicando la prueba de Mann-Whitney para la HAM-A entre los grupos de estudio, los resultados son los siguientes: La diferencia de los valores de la mediana entre los dos grupos no es lo suficiente-

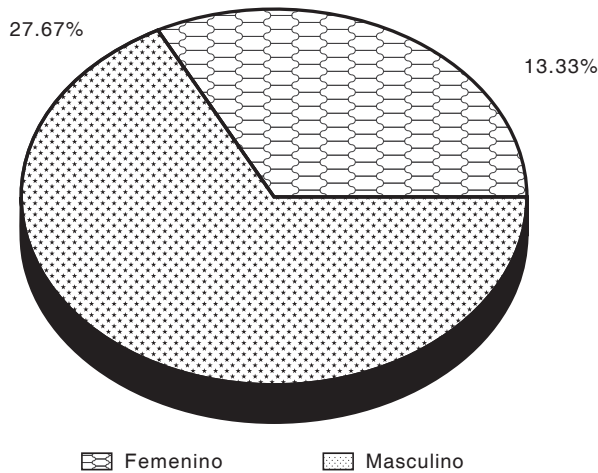


Figura 3. Grupo control (n = 40).

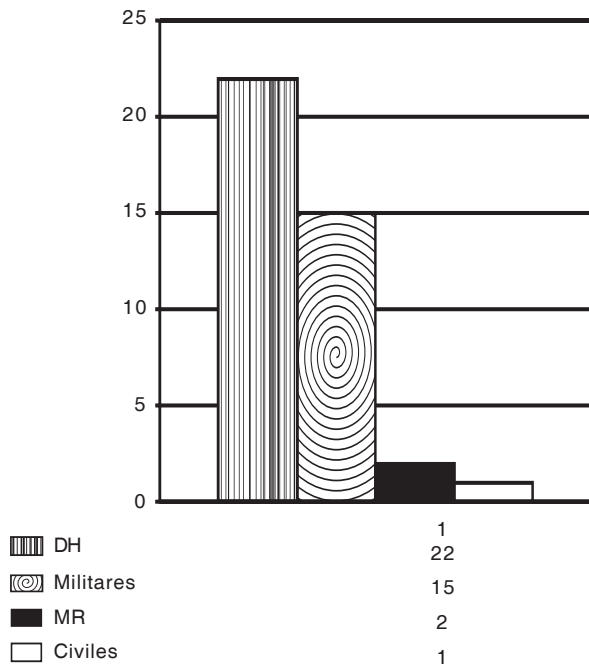


Figura 4. Grupo control.

mente grande para excluir la posibilidad de que ésta sea debida al azar, es decir, no hay una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.050$) (Figura 8).

VIH/SIDA y la presencia de depresión

La siguiente pregunta fue establecer la prevalencia entre el grupo con VIH/SIDA y la depresión, para ello se utilizó la Escala de Depresión de Hamilton. Se encontró que en 90% de los paciente del grupo con VIH/SIDA mostraron datos de depresión desde leve a muy severa. [leve: 30% ($n = 12/40$); moderada: 30% ($n = 12/40$); severa: 20% ($n = 8/40$); muy severa: 10% ($4/40$)] y 82% en el grupo control de pa-

cientes sin VIH/SIDA. [Leve: 52.5% ($n = 21/40$); moderada: 17.5% ($n = 7/40$); severa: 12.5% ($n = 5/40$); muy severa: 0% ($0/40$)] (Figura 9).

Aplicando la prueba de Mann-Whitney para la HAM-D entre los grupos de estudio, los resultados son los siguientes: La diferencia en los valores de la mediana entre los dos grupos es mayor de la que podría ser esperada por azar, es decir, hay una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.002$) (Figura 10).

DISCUSIÓN

El presente estudio utilizó una medida básica para calcular la asociación entre la infección del

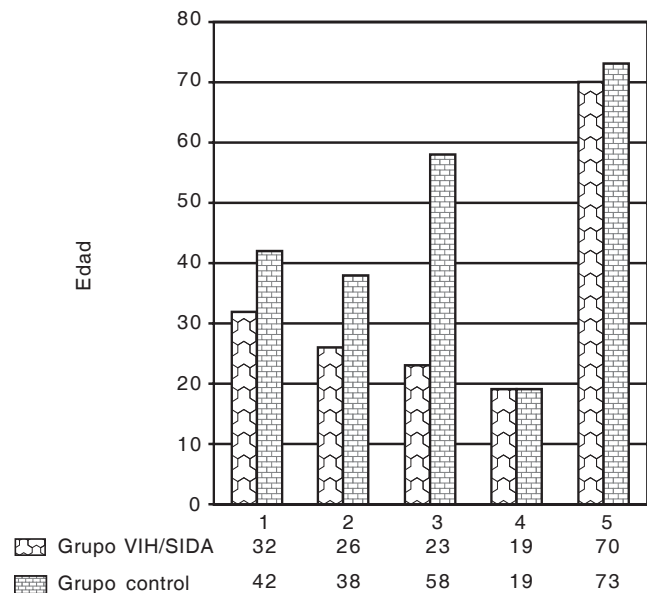


Figura 5. Diferencias entre las edades de los grupos de estudio.

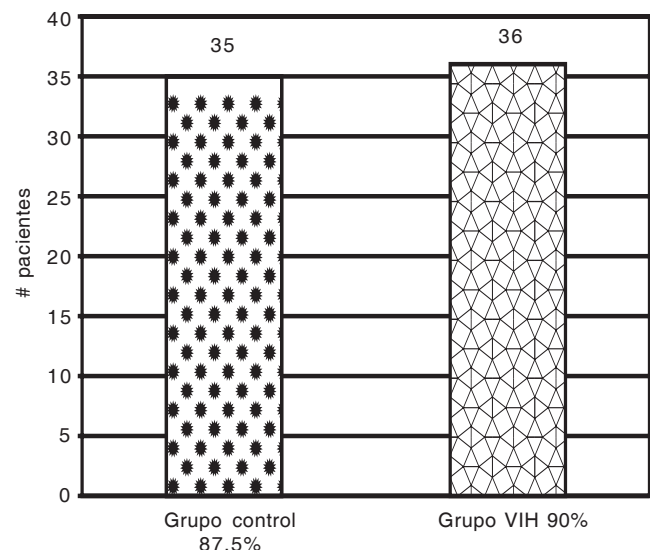


Figura 6. HMA-A (n = 80) ansiedad.

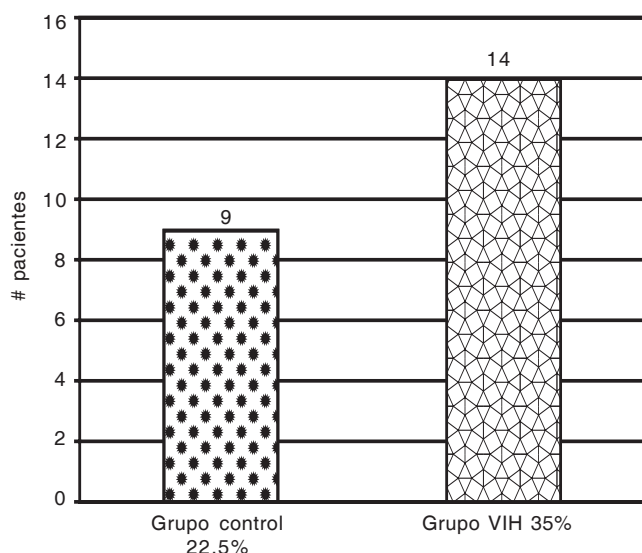


Figura 7. HMA-A (n = 80) ansiedad significativa.

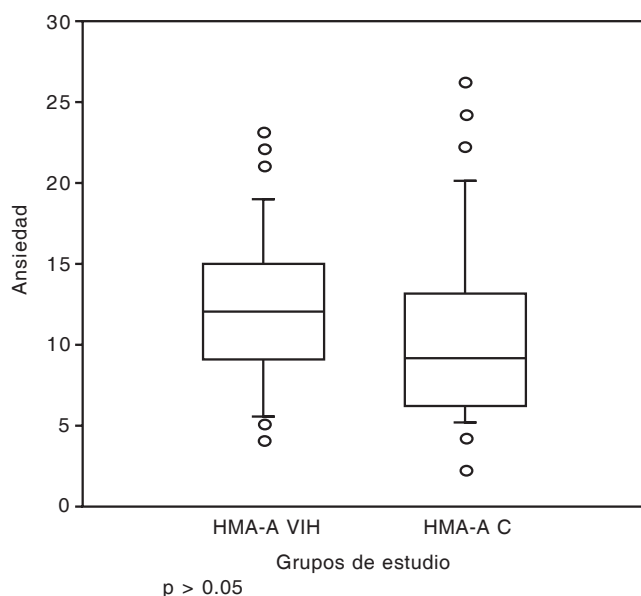


Figura 8. Comparación de ansiedad según HMA-A entre los grupos de VIH/SIDA y control del mes de octubre del mes de abril del 2002.

VIH/SIDA con la ansiedad y la depresión. La hipótesis utilizada menciona que todos los pacientes con VIH/SIDA poseen ansiedad, depresión o ambas, aunque los resultados obtenidos solamente nos demuestran una alta prevalencia tanto de ansiedad como de depresión tanto en el grupo de interés como un grupo control.

El resultado de este análisis según las escalas establecidas para el diagnóstico, demuestra que en nuestro medio la prevalencia de ansiedad, depresión o ambas en el grupo con VIH/SIDA y en el grupo control es muy elevada. Probablemente hay diferencias entre los grupos de estudio en varios factores im-

portantes como lo son el género, modo de transmisión y estado socioeconómico. Además, los avances en el tratamiento de la infección del VIH/SIDA pueden afectar la frecuencia de la ansiedad y la depresión.

Es importante hacer notar que aunque el grupo con VIH/SIDA posee según las escalas una alta prevalencia de ansiedad, depresión o ambas, el grupo control de pacientes de la sala de Infectología también la posee, pero más de una forma leve, en comparación con la forma moderada o severa que demostró nuestro grupo de interés. Tales hallazgos

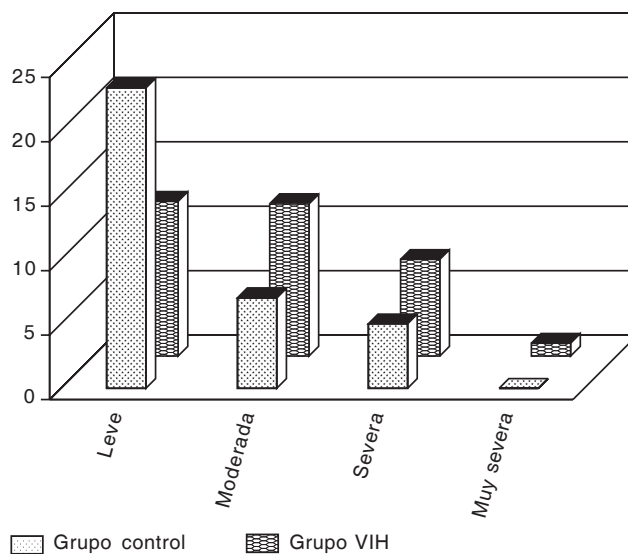


Figura 9. HMA-D (n = 80).

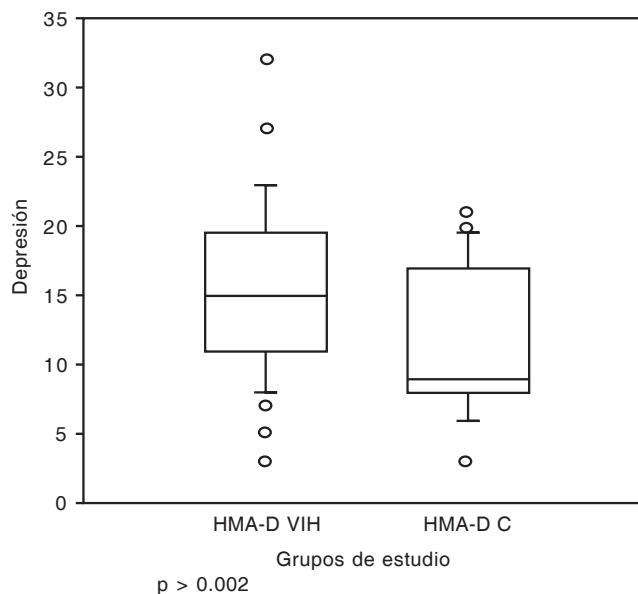


Figura 10. Comparación de depresión según escala de Hamilton en pacientes con VIH/SIDA vs. control. HCM octubre 2001 - abril del 2002.

sugieren que los pacientes con VIH/SIDA no están directamente asociados con depresión y por lo tanto existen factores que pueden estar principalmente relacionados con estos padecimientos, entre los cuales podemos encontrar el estigma social y otros factores estresantes del medio ambiente.¹¹

Tenemos que considerar que el periodo inmediatamente después de recibir el resultado positivo del Western Blot (prueba de confirmación), es el más crítico por la adaptación psicológica que sufre el paciente y el más vulnerable para un trastorno de ansiedad o depresivo. Aunque se ha demostrado que la disforia es una respuesta común posterior al resultado positivo,^{19,20} otras investigaciones demuestran que hay pacientes que se ajustan rápidamente que es improbable que desarrollen depresión durante este tiempo.^{9,12}

Este estudio demuestra que los pacientes con VIH/SIDA tienen un alto riesgo para desarrollar un trastorno depresivo y ansiedad clínicamente significativa, según las escalas psicométricas establecidas comparados con pacientes sin VIH/SIDA, los cuales están asociados más a formas leves de depresión que con formas crónicas.

Aunque la presente investigación sugiere la necesidad de una evaluación psicométrica de rutina por medio de escalas para trastornos del estado de ánimo en este caso ansiedad, depresión o ambas, es también claro que tales evaluaciones necesitan ser llevadas a cabo por profesionales capacitados para ello, quien tenga experiencia tanto en trastornos del ánimo e infección de VIH.

CONCLUSIONES

- a) Los pacientes con VIH/SIDA encamados en la sala de Infectología del Hospital Central Militar muestran una alta prevalencia de ansiedad y depresión.
- b) Según la Escala de Ansiedad de Hamilton, el grupo con VIH/SIDA y el grupo control muestran una alta prevalencia de ansiedad.
- c) De acuerdo con la Escala de Depresión de Hamilton, ambos grupos muestran una alta prevalencia de depresión, sin embargo, la intensidad se hace más evidente en el grupo con VIH/SIDA.

- d) Este estudio sugiere la valoración intencionada de ansiedad y depresión en todos los pacientes con diagnóstico reciente confirmado de VIH/SIDA.
- e) Las investigaciones posteriores a este estudio deberán estar enfocadas a identificar los factores de riesgo que predisponen a la ansiedad y depresión en el paciente hospitalizado con VIH (seropositivo).

REFERENCIAS

1. Greene WC. The molecular biology of human immunodeficiency virus type 1 infection. *N Engl J Med* 1991; 324: 308-17.
2. HIV/AIDS Surveillance Report. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 1997; 9(2).
3. Rodin G, Voshart K. Depression in the medically ill: an overview. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 696-705.
4. Katon W, Shulberg H. Epidemiology of depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1992; 14: 237-47.
5. Fukunishi I, Matsumoto T, Neigishi M, Hayashi M, Hosaka T, Moriya H. Somatic complaints associated with depressive symptoms in HIV-positive patients. *Psychother Psychosom* 1997; 66: 248-51.
6. Dew MA, Becker JT, Sanchez J, Caldararo R, López OL, Wess J, Dorst SK, Banks G. Prevalence and predictors of depressive, anxiety, and substance use disorder in HIV-infected and uninfected men: a longitudinal evaluation. *Psychol Med* 1997; 27: 395-409.
7. Rabkin JG, Ferrando SJ, Jacobsberg LB, Fishman B. Prevalence of axis I disorders in an AIDS cohort: a cross-sectional, controlled study. *Compr Psychiatry* 1997; 38: 146-54.
8. Chuang HT, Jason GW, Pajurkova EM, Gill MJ. Psychiatric morbidity in patients with HIV infection. *Can J Psychiatry* 1992; 37: 109-15.
9. Davis RF, Metzger DS, Meyers K, McLellan AT, Mulvaney FD, Navaline HA, Woody GE. Long-term changes in psychological symptomatology associated with HIV status among male injecting drug users. *AIDS* 1995; 15: 73-9.
10. Cassem ND. Manual de psiquiatría en hospitales generales; cuarta edición. España: Harcourt Brace; 1998, p. 37-220.
11. Roberts JE, Ciesla JA, Dorenfeld DM, Hewitt R. Vulnerability to psychological distress among HIV-positive individuals: the roles of acute stressful life events and neuroticism. *Can J Psychiatry* 2001; 30: 241-57.
12. Perry SW, Jacobsberg L, Fishman B, Weiler P, Gold J, Frances A. Psychological responses to serological testing for HIV. *AIDS* 1990; 4: 145-52.
13. Cleary PD, Singer E, Rogers TF, Avorn J, Van Devanter N, Soumerai S, Perry S, Pindyck J. Sociodemographic and behavioral characteristics of HIV antibody-positive blood donors. *Am J Public Health* 1988; 78: 953-7.
14. Jacobsen PB, Perry SW, Hirsch D. Behavioral and psychological responses to HIV antibody testing. *J Consult Clin Psychol* 1990; 58: 31-7.

Recibido: Agosto 22, 2007.

Aceptado: Enero 10, 2008.