

Factores asociados a ansiedad y depresión en pacientes VIH

Javier Moreno Díaz¹, Ana Martínez González²; Daniel Crespo Redondo³; Piedad Arazo Garcés⁴

¹ Médico Adjunto Medicina Interna; Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

² Médico Adjunto Medicina Física y Rehabilitación; Hospital de Barbastro, Huesca.

³ Enfermero, Unidad de Enfermedades Infecciosas; Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

⁴ Jefe de Sección Unidad de Enfermedades Infecciosas; Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

E-mail de correspondencia: javimorenomdr@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo

Evaluar la relación entre padecer ansiedad y depresión en población VIH respecto a esquemas de tratamiento y variables sociales.

Métodos

Uso de Escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) para identificar a los pacientes con estas patologías.

Se recogieron datos demográficos y se preguntó por su situación de pareja y por la situación laboral desde enero a junio de 2015 en el Hospital Universitario Miguel Servet.

Se analizó el esquema de tratamiento, la familia de fármacos y las variables sociales para determinar asociación con ansiedad y depresión

Resultados

Se entrevistó a 245 pacientes, aportando datos de ansiedad establecida o probable un total de 121 (49,4%) y de depresión establecida o probable 76 (31%).

Al analizar dichos datos por sexo, comprobamos la existencia de relación entre ser mujer y padecer depresión ($p=0,023$, OR 1,93 [IC 95% 1,089-3,427]). No se encontró relación con la edad.

Se valoró el tratamiento antirretroviral sin relación significativa.

En aquellos pacientes que no tenían pareja se objetivó una mayor tendencia a la depresión ($p=0,02$, OR 1,53 [IC 95% 1,13-2,07]). Al analizar los pacientes en situación de desempleo se observó una mayor tendencia a padecer ansiedad ($p=0,004$, OR 1,49 [IC 95% 1,12-1,96]) y depresión ($p=0,00$, OR 2,29 [IC 95% 1,52-3,46]).

Conclusiones

La toma de fármacos antiretrovirales, la familia a la que pertenezcan y el esquema que se sigue no están relacionados con la ansiedad y la depresión en nuestro trabajo. Sin embargo, ser mujer con VIH, no tener trabajo y no tener pareja estable influyen de forma directa en la presencia de estas enfermedades mentales.

Palabras Clave: Ansiedad; Depresión; VIH

Factors associated with anxiety and depression in HIV patients

ABSTRACT

Objective

To evaluate the relationship between Anxiety and Depression in the HIV population regarding treatment regimens and social variables.

Methods

Use of Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) to identify patients with these pathologies.

Demographic data were collected as well as stable partner and work situation during January to June in 2015 in the University Hospital Miguel Servet.

We analyzed the treatment regimen and the family of drugs.

Results

245 patients were interviewed, providing anxiety in 121 (49,4%) and depression in 76 (31%).

When analyzing these data by sex, we verified the existence of a relationship between being a woman and suffering depression ($p=0,023$, OR 1,93 [IC 95% 1,089-3,427]). No relationship was found with age.

Antiretroviral treatment was evaluated, and no significant results were found.

In those patients who did not have a partner, a greater tendency towards Depression was observed ($p=0,02$, OR 1,53 [IC 95% 1,13-2,07]).

When analyzing patients with outwork, a higher degree of anxiety ($p=0,004$, OR 1,49 [IC 95% 1,12-1,96]) and depression ($p=0,00$, OR 2,29 [IC 95% 1,52-3,46])

Were observed.

Conclusions

Antiretroviral drugs, the family to which they belong and the scheme that follows are not related to Anxiety and Depression in our work. However, being a woman with HIV, not having a job and not having a stable partner has a direct influence on the presence of these mental diseases.

Key words: Anxiety; Depression; HIV

INTRODUCCIÓN

Los pacientes infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) son cada vez más longevos, habiendo cambiado de forma radical los problemas que presentan a la hora de ser valorados en las Consultas de las Unidades de Enfermedades Infecciosas.

Se conoce su mayor tendencia a padecer eventos cardiovasculares, tumores no asociados a VIH y otras patologías, pero poco se ha escrito de su mayor predisposición a padecer enfermedades mentales como la ansiedad y depresión^{1,2}. Según algunos estudios, éstas son hasta tres veces más prevalentes que en población general, pudiendo aumentar dependiendo de las características de cada paciente^{3, 4}.

Tanto la ansiedad como la depresión suponen un franco empeoramiento en la calidad de vida de nuestros pacientes, si bien no se conocen con exactitud la severidad de los síntomas ni los factores que se relacionan con ellas.

Se podría pensar que la toma de fármacos para el VIH, tanto por la administración de Efavirenz que se asocia con el desarrollo o el empeoramiento de patología psiquiátrica¹¹ o el número de pastillas de las que se compone el esquema de tratamiento pudieran ser uno de los causantes de las afecciones que se estudian en este artículo, si bien no hemos encontrado referencias bibliográficas al respecto.

No obstante, creemos que otros factores como la edad, el sexo, la estabilidad laboral y las relaciones de pareja de los pacientes pueden estar asociados también a estas patologías.

El objetivo de nuestro trabajo consiste en valorar los factores farmacológicos y sociales que se relacionan con más ansiedad y depresión para poder diagnosticarlas de forma precoz en nuestras consultas.

MÉTODOS

Se planteó un estudio transversal, recogiendo los datos entre enero y junio de 2015 en la Consulta

de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario Miguel Servet.

Los pacientes acudían a su cita programada para revisión de VIH donde eran tratados por un médico internista con formación en Enfermedades Infecciosas. Eran seleccionados para el estudio en caso de ser mayores de edad; no ser su primera visita a la Unidad; ni ser un diagnóstico reciente (menos de 3 meses) de VIH; tomar el tratamiento de forma correcta y estar bien controlados según criterios serológicos (carga viral de VIH <20 copias/mm³). Los pacientes que querían colaborar con el estudio fueron seleccionados de forma correlativa.

Se les informaba verbalmente del objetivo del estudio, siendo las encuestas y los datos clínicos anónimos.

En dicha consulta se recogían las siguientes variables:

- Edad de los pacientes en el momento de la visita, según su fecha de nacimiento.
- Sexo: Hombre o Mujer
- Situación Laboral: Trabajador en Activo, Desempleado o Jubilado.
- Situación Personal: Tiene pareja estable y convive con ella; tiene pareja estable y no conviven o no tiene pareja estable.
- Esquema de Fármacos Antiretrovirales:
 - Tratamiento con Análogos de la Transcriptasa Inversa Análogos de Nucleótidos/Nucleósidos (ITIAN)
 - Tratamiento con Análogos de la Transcriptasa Inversa No Análogos de Nucleótidos/Nucleósidos (ITINAN)
 - Tratamiento con Inhibidores de la Proteasa (IP)
 - Tratamiento con Inhibidores de la Integrasa (INI)
 - Tratamiento con Efavirenz
 - Esquema de con comprimido único: STR o *Single Treatment Regimen*
 - Esquema de Monoterapia basado en Inhibidor de Proteasa potenciado con Ritonavir (IP/r)
 - Esquema de Biterapia basado en Inhibidor de Proteasa potenciado con Ritonavir asociado a Lamivudina(IP/r + 3TC)

Una vez obtenidos estos datos, usamos la escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) para determinar la presencia o no de ansiedad y depresión, así como el grado de la misma.

El cuestionario consta de 7 ítems para ansiedad y 7 para depresión, con 4 respuestas posibles por cada uno de ellos numerados del 0 al 3.

El máximo de puntos posibles por cada subgrupo era de 21.

Según las respuestas, consideramos:

- No padecían Ansiedad/Depresión: 0 a 7 puntos
- Probable Ansiedad/Depresión: 8 a 10 puntos
- Trastorno de Ansiedad/Depresión: >11 puntos

Para el análisis de nuestros datos, utilizamos únicamente los pacientes con valores inferiores a 7 puntos (No Ansiedad/Depresión) o superiores a 7 puntos (Trastorno de Ansiedad y Depresión probable y Trastorno de Ansiedad y Depresión establecido) creando así una variable dicotómica.

Esta medida se tomó para poder sacar conclusiones de todos los pacientes que presentaran algún síntoma y no solo de los grupos con enfermedad establecida o con rasgos de enfermedad.

En el análisis estadístico se emplearon los test de la T de Student, ANOVA y Chi-Cuadrado, según el tipo de variable estudiada. Además, se ha realizado un análisis multivariante para conocer si existen varios factores asociados. Se utilizó el paquete estadístico SPSS en su versión 20.0. Se consideró significación estadística una $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se obtuvieron los datos de un total de 245 pacientes, de los cuales 178 (72,75%) fueron hombres.

La edad de los pacientes se encontraba en un rango entre 20 y 82 años, con una media de 46,6 +/- 0,63 años. Por sexos, la edad media de los hombres fue de 47,1 +/- 0,76 y de las mujeres 45,5 +/- 1,13 años, sin que existiera diferencias entre ambos grupos ($p = 0,279$).

Según observamos en nuestra muestra (**Tabla 1**), la mitad de los encuestados no tenían pareja; al analizar estadísticamente este dato, no encontramos diferencias entre sexos ($p=0,797$).

En cuanto a la situación laboral el porcentaje de pacientes con trabajo activo es alto (47,3% del total),

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN POR SEXOS DE SITUACIÓN PERSONAL Y SITUACIÓN LABORAL.

Sexo	Total (% del total)	Hombres (% hombres)	Mujeres (% mujeres)
Situación Personal			
Pareja y conviven	112 (45,7%)	83 (46,6%)	29 (43,3%)
Pareja y no conviven	20 (8,2%)	13 (7,3%)	7 (10,5%)
Sin pareja	113 (46,1%)	82 (46,1%)	31 (46,2%)
	245 (100%)	178 (100%)	67 (100%)
Situación Laboral			
Trabajador Activo	116 (47,3%)	90 (50,3%)	26 (38,8%)
Desempleo	90 (36,7%)	54 (30,2%)	36 (53,7%)
Jubilado	39 (15,9%)	34 (19,1%)	5 (7,5%)
	245 (100%)	178 (100%)	67 (100%)

pero analizado por sexos vemos que las mujeres mayor tasa de tasa de desempleo (53,7%) con diferencias estadísticamente significativas ($p=0,000$).

Seguidamente se analizó (**Tabla 2**) los regímenes de tratamiento a los que eran sometidos nuestros pacientes. Vemos como los tratamientos más empleados son los basados en ITIAN, seguidos por los ITINAN. Los regímenes de comprimido único (*Single Treatment Regimen* o *STR*) solo se administran a uno de cada 5 pacientes.

Una vez realizado el análisis de los cuestionarios HADS (**Tabla 3**), se detectó que al menos uno de cada dos pacientes presentaba algún síntoma de ansiedad, siendo ansiedad establecida en el 19% de los pacientes. En el caso de la depresión, el 30% de los pacientes encuestados tenía signos de depresión, con un 8,6% de depresión establecida.

Si lo diferenciamos por sexos, las mujeres presentan porcentajes más altos de síntomas tanto de ansiedad como de depresión que los hombres.

TABLA 2. NÚMERO DE PACIENTES DIVIDIDO POR SEXO SEGÚN ESQUEMA DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL Y FAMILIAS DE FÁRMACOS.

Tipo de Terapia	Hombres (% hombres)	Mujeres (% mujeres)	Global (% del total)
ITIAN	148 (83,1%)	49 (73,1%)	194 (79,2%)
ITINAN	86 (48,3%)	27 (40,3%)	113 (46,1%)
IP	82 (46,1%)	38 (56,7%)	120 (49%)
INI	26 (14,6%)	11 (16,4%)	36 (14,7%)
Monoterapia	14 (7,8%)	11 (16,4%)	25 (10,2%)
Biterapia	14 (7,8%)	6 (8,9%)	20 (8,2%)
STR	37 (20,8%)	11 (16,4%)	48 (19,6%)
Efavirenz	22 (12,4%)	5 (7,5%)	27 (11%)

TABLA 3. NÚMERO DE PACIENTES QUE PRESENTAN ANSIEDAD O DEPRESIÓN.

	Total de Pacientes	Hombres	Mujeres
Ansiedad			
• No ansiedad	124 (50,6%)	98 (55,1%)	26 (38,8%)
• Ansiedad Probable	74 (30,2%)	52 (29,2%)	22 (32,8%)
• Trastorno de Ansiedad	47 (19,2%)	28 (15,7%)	19 (28,4%)
	245(100%)	178 (100%)	67 (100%)
Depresión			
• No depresión	169 (69%)	129 (72,5%)	40 (59,7%)
• Depresión Probable	55 (22,4%)	36 (20,2%)	19 (28,4%)
• Trastorno de Depresión	21 (8,6%)	13 (7,3%)	8 (11,9%)
	245(100%)	178 (100%)	67 (100%)

Para hacer un análisis más simplificado, unimos en la siguiente tabla (**Tabla 4**) los pacientes que rasgos de ansiedad y depresión junto a los que tenían enfermedad establecida.

Al analizar diferencias por sexo y ansiedad, se obtuvo significación estadística ($p=0,023$) a favor de ser mujer y padecer ansiedad con una Odds Ratio de 1,93 (IC 95% 1,089-3,427). Cuando comparamos el sexo y padecer depresión, no encontramos significación estadística ($p=0,054$).

Al analizar la variable de edad, comparamos la edad media de los pacientes sin ansiedad (47,3 +/- 10,95) frente a los que tenían ansiedad establecida o probable (45,9 +/- 8,7), no encontrando diferencias significativas ($p=0,252$).

Al comparar la edad de los pacientes sin depresión (46,2 +/- 10,16) frente a depresión establecida o probable (47,6 +/- 9,34) tampoco encontramos diferencias ($p=0,325$).

Seguidamente, analizamos si existe relación entre padecer ansiedad o depresión con las diferentes familias de fármacos o con los esquemas de tratamiento sin que encontráramos significación estadística en ningún caso.

Se estudia en este punto la relación entre la ansiedad y depresión con las variables de situación personal y situación laboral. Para ello, hemos considerado dentro de la variable situación personal, la posibilidad de tener pareja estable o no tener pareja estable (independientemente de si conviven o no) y en el caso de la situación laboral, si los pacientes estaban en situación de desempleo o recibían ingresos (jubilados y trabajadores activos).

Tras el análisis estadístico, encontramos que no tener pareja estable y padecer depresión ocurría en 46 pacientes, siendo estadísticamente significativo ($p=0,002$), con una Odds Ratio es de 1,53 (IC 95% 1,13-2,07); no se relacionó el no tener pareja estable con padecer ansiedad.

Por otra parte, la situación de desempleo se relacionó con ansiedad en 75 casos ($p=0,004$) con una Odds Ratio de 1,49 (IC 95% 1,12-1,96); en el caso de no tener pareja y padecer depresión ocurrió en 57 pacientes ($p=0,000$) con una Odds Ratio de 2,29 (IC 95% 1,52-3,46).

Finalmente, utilizamos un análisis multivariante tipo regresión logística para valorar si existen varios factores asociados a padecer ansiedad o depresión.

TABLA 4. NÚMERO DE PACIENTES QUE PRESENTAN RASGOS DE ANSIEDAD O DEPRESIÓN DIVIDIDO POR SEXO.

Sexo	Global (% del global)	Hombres (% total Hombres)	Mujeres (% total mujeres)
Ansiedad			
• No ansiedad	124 (50,6%)	98 (55,05 %)	26(38,8%)
• Ansiedad establecida o probable	121 (49,4%)	80 (49,95)	41 (61,2%)
	245 (100%)	178 (100%)	67 (100%)
Depresión			
• No depresión	169 (69%)	129 (72,47%)	40 (59,7%)
• Depresión establecida o probable	76 (31%)	49(27,53%)	27 (40,3%)
	245 (100%)	178 (100%)	67 (100%)

El primer modelo que construimos con la variable dependiente “Ansiedad”, encontramos que solo existía asociación con la variable “Trabajo Activo”, si bien el valor B obtenido era de -0,67 ($p=0,003$) lo cual apoya que no tener trabajo se asociaba con más ansiedad.

Al realizar el modelo con la variable dependiente “Depresión” se incluye en el modelo las variables “Pareja” con valor B -0,853 ($p=0,003$) y “Trabajo activo” con valor B -1,80 ($p=0,003$); de mismo modo, estas variables apoyan que no tener pareja y no tener trabajo activo se asocian con ansiedad, si bien tiene mayor peso la primera de ellas.

DISCUSIÓN

El cuestionario HADS⁵ es una herramienta básica ampliamente validada en población española⁶, para detectar síntomas de ansiedad y depresión en aquellos centros donde se traten pacientes susceptibles de padecer dichas patologías en medio hospitalario, sobre todo a nivel de consultas externas. Su sencillez y fácil reproductibilidad hacen que sea un cuestionario muy útil y rápido, pudiendo el paciente completarlo sin necesidad de la ayuda de un profesional sanitario.

En el ámbito del VIH, existen estudios sobre los factores que influyen en estas enfermedades mentales en Latinoamérica⁷ o África Subsahariana^{8,9} pero pocos en nuestro medio¹⁰.

El primer punto que analizaremos es el de los esquemas de tratamiento de nuestros pacientes y las familias de fármacos.

Se podría pensar que la toma de un solo comprimido en STR, una combinación de dos fármacos (terapia dual) o un comprimido con solo con fármaco (monoterapia) podría disminuir en parte el componente emocional que origina multiterapia. En nuestra serie de pacientes encuestados no encontramos relación entre ansiedad o depresión y los esquemas terapéuticos.

Lo mismo ocurre al analizar las diferentes familias, no objetivando en el análisis univariante o multivariante relaciones estadísticamente significativas.

Llama la atención especialmente el caso del Efavirenz¹², clásicamente asociado a problemas neuropsiquiátricos como se describe en su ficha técnica: puede producir como efectos adversos ansiedad, depresión e incluso aumentar el riesgo de suicidio. Sin embargo, nosotros no hemos encontrado asociación, probablemente por el escaso número de pacientes que son tratados con él (solo el 11% del total).

No obstante, en la revisión bibliográfica realizada¹⁰ sí se ha encontrado asociación con el inicio de terapias antirretrovirales, sin entrar en detalles de esquemas o grupos farmacológicos. Probablemente, en nuestra población no se haya encontrado relación al no ser pacientes naïve a los cuales se les haya tratado por primera vez tratamiento.

Centrándonos ahora en la edad de los pacientes, en el estudio de McGowan¹⁴, un amplio análisis de más de 3.000 pacientes, se analizan si los afectados por VIH de más edad o con más años de evolución de la infección tienen más problemas físicos o psicológicos; cuando se analizó la ansiedad y depresión, si bien se utilizan escalas distintas al HADS, se objetivó que los pacientes tenían menos tendencia a padecer estas enfermedades.

Nuestra serie, mucho menos extensa pero con media de edad global similar a la citada y una distribución por sexo muy semejante, no relaciona este dato con padecer más ansiedad y depresión. Esto puede ocurrir porque se ajustó en la regresión logística los datos a los años conviviendo con el VIH.

Cuando se realizó el análisis por sexos, encontramos relación entre ser mujer y padecer depresión o rasgos de la misma. Se conoce que las mujeres en regiones de África están más predispuestas a padecer esta enfermedad principalmente por factores psicosociales; en este artículo de Lewis¹² en el que se analizaba un grupo de 62 mujeres de Botswana, la

depresión se manifestaba en el 48% de ellas, siendo el 79% solteras y 66% desempleadas.

Probablemente, sobre el sexo de los pacientes influyan más las características sociales y económicas, lugar en el que las mujeres pueden estar más desfavorecidas, algo que no es exclusivo de países en vías de desarrollo como veremos a continuación.

En nuestra población, no tener pareja estable se relaciona con más depresión y estar en situación de desempleo se asocia a ansiedad y depresión.

Si analizamos por sexo, vemos que el porcentaje de mujeres en desempleo asciende al 53,73% frente al 31% de los hombres.

Esta desigualdad social presente en la población general en la cual el paro en mujeres es más alta que en hombres, así como la brecha salarial puede ser un factor importante.

Somos conscientes de las limitaciones del estudio, tales como la falta de un grupo de control de pacientes no VIH o pacientes con otra patología crónica, la subjetividad que puede trascender en las respuestas a una encuesta o el sesgo de los pacientes que la realizan este tipo de encuestas son los que más motivación y colaboración tienen.

A pesar de esto, con los datos de los que disponemos en nuestro estudio, creemos necesario la realización de la escala HADS para poder detectar problemas de ansiedad y depresión, enfermedades ambas muy prevalentes en población VIH.

CONCLUSIONES

En nuestra serie de casos las mujeres, los desempleados y los pacientes infectados por VIH sin pareja estable tienen más riesgo según nuestro estudio, lo cual hace necesario que la situación personal y social sea tenida en cuenta a la hora de realizar la entrevista clínica para poder identificar estas circunstancias.

Esto hará que podamos intervenir de forma precoz a la hora de remitir a los pacientes a los especialistas

correspondientes, al trabajador social o iniciar un tratamiento.

Su correcta identificación no solo aumentará su calidad de vida sino que potenciará la relación médico-paciente y la adhesión al tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Largu MA, Doborat CM, Prisacariu L. The psycho-emotional profile of the HIV-positive naïve patient. *Rev Med Chir Soc Med Natlasi*. 2014; 118:733-7.
2. Chauhan V S, Chaudhury S, Sudarsanan S, Srivastava K. Psychiatric morbidity in asymptomatic human immunodeficiency virus patients. *Ind Psychiatry J*. 2013 22:125-30.
3. Tesfaw G, Ayano G, Awoke T, Assefa D, Birhanu Z, Miheretie G, et al. Prevalence and correlates of depression and anxiety among patients with HIV on follow up at Alert Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Psychiatry*. 2016;16:368.
4. Tobon S, Vinaccia S. Modelo de intervención psicológica en el VIH/sida. *Psicología Salud*. 2003; 13: 161-74.
5. Zigmond AS, Snaith R P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983, 67: 361-70.
6. Terol-Cantero MC, Cabrera-Perona V, Martín-Aragón M. Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en muestras españolas. *An Psicol*. 2015; 31: 494-503.
7. Noguera Orozco MJ, Pérez Terán B, Barrientos Casarubias V, Robles García R, Sierra Mader JG. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicol Iberoamericana*. 2013; 21:29-37.
8. Reda, A. Reliability and validity of the Ethiopian Version of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in HIV infected patients. *PLoS ONE*. 2011; 6: 16049.
9. Wagner GJ, Ghosh-Dastidar B, Robinson E, Ngo VK, Glick P, Musisi S, et al. Effects of depression alleviation on work productivity and income among HIV patients in Uganda. *Int J Behav Med*. 2017; 24: 628-33.
10. Edo M, Ballester R. Estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH/SIDA y enfermos oncológicos. *Rev Psicopatol Psicol Clin*. 2006; 11: 79-90.
11. Tao J, Vermund SH, Lu H, Ruan Y, Shepherd BE, Kipp AM, Amico KR, et al. Impact of depression and anxiety on initiation of antiretroviral therapy among men who have sex with men with newly diagnosed HIV infections in China. *AIDS Patient Care STDS*. 2017 ;31:96-104.

12. EMA: Efavirenz. 2009 . Disponible en: http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/000250/human_med_001066.jsp&mid=WC0b01ac058001d124 (Consulta marzo 2017)
13. McGowan J, Sherr, L Rodger A, Fisher M, Miners A, Anderson J, et al. Age, time living with diagnosed HIV infection, and self-rated health. *HIV Med.* 2017; 18: 89–103.
14. Lewis EL, Mosepele M, Seloilwe E, Lawler K. Depression in HIV-positive women in Gaborone, Botswana. *Health Care Women Int.* 2012;33: 375-86.