UNIVERSIDAD DE CARABOBO

FACULTAD DE MEDICINA

DIRECCION DE POSTGRADO

PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN

MEDICINA INTERNA

DEPRESION Y TRASTORNOS COGNITIVOS EN PACIENTES VIH/SIDA

AUTOR: DAVID A. SALAS M.

BARBULA, NOVIEMBRE 2.003.

UNIVERSIDAD DE CARABOBO

FACULTAD DE MEDICINA

DIRECCION DE POSTGRADO

USO DE SERTRALINA EN PACIENTES HIV/SIDA QUE CURSAN CON TRASTORNOS DEPRESIVOS

ASESOR CLINICO: DRA. ZENAIDA CASTILLO.

ASESOR CLINICO DR. ERNESTO SANDIA.

ASESOR ESTADÍSTICO: LIC JOSE GARCIA

TRABAJO DE ESPECIALIZACIÓN PRESENTADO ANTE EL AREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO PARA OPTAR AL TITULO DE ESPECIALISTA EN: MEDICINA INTERNA

BARBULA, NOVIEMBRE 2.003.

Universidad de Carabobo

Valencia – Venezuela

Facultad de Ciencias de la Salud

Dirección de Asuntos Estudiantiles
Sede Carabobo

ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

DEPRESIÓN Y TRASTORNOS COGNOTIVOS EN PACIENTES VIH/SIDA

Presentado para optar al grado de **Especialista en Medicina Interna** por el (la) aspirante:

SALAS M., DAVID A.
C.I. V – 7067392

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Zenaida Castillo C.I. 4449082, decidimos que el mismo está **APROBADO .**

Acta que se expide en valencia, en fecha: **23/11/2004**

Prof. Néstor De La Portilla (Pdte)
C.I. 6.050.413
Fecha 03.07.2018

por Mauramos C.I. 7091108.
Prof. Mario Iragorri
C.I.
Fecha 03/07/2018.

Prof. Heidi Mago
C.I. 3589186
Fecha 03/07/2018

TG: **100-04**

UNIVERSIDAD DE CARABOBO

AREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

FACULTA DE MEDICINA

PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN

MEDICINA INTERNA

USO DE SERTRALINA EN PACIENTES HIV/SIDA QUE CURSAN CON TRASTORNOS DEPRESIVOS

AUTOR: DAVID A. SALAS M.

APROBADO EN EL AREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO POR: ----------

BARBULA, NOVIEMBRE 2.003

DEDICATORIA

A Dios por sobre todas las cosas. A todos los pacientes HIV/SIDA pertenecientes o no a la consulta de Infectología del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde, sin quienes este esfuerzo no se hubiese realizado. Además a mis cuatro compañeros de nivel III: Marcos, Cristina, Mildred y Ana; por su apoyo y amistad en momentos en los cuales pensé que esta investigación no culminaría. A todos gracias.

El autor.

INDICE GENERAL

Introducción 1

Capitulo I: El problema 3

Planteamiento y formulación del problema 3

Objetivos 4

Justificación 5

Capitulo II: Fundamentos teóricos 6

Antecedentes 7

Bases teóricas 8

Definición de Términos 20

Sistema de variables 21

Capitulo III: Metodología 22

Tipo de investigación 22

Población y muestra 23

Métodos y recolección de la muestra 23

Criterios de inclusión y Exclusión 23

Criterios de Exclusión 24

Alcances y limitaciones de la Investigación 25

Análisis y presentación de los resultados 26

Discusión 52

Conclusiones 54

Recomendaciones 55

Bibliografía 57

Anexos 59

INDICE DE CUADROS Y GRAFICOS

Cuadro 1: Pacientes por grupo de edad y sexo. 27

Gráfico 1: Pacientes por grupo de edad y sexo. 29

Cuadro 2: Pacientes por estado civil y administración de tratamiento. 30

Gráfico 2: Pacientes por estado civil y administración de tratamiento. 32

Cuadro 3: Pacientes según profesión y administración de tratamiento. 33

Gráfico 3: Pacientes según profesión y administración de tratamiento. 34

Cuadro 4: Pacientes según tratamiento combinado antiretroviral y antidepresivo. 35

Gráfico 4: Pacientes según tratamiento combinado antiretroviral y antidepresivo. 36

Cuadro 5: Pacientes según índice EAD antes y después de tratamiento 33

Gráfico 5: Pacientes según índice EAD antes y después de tratamiento 35

Cuadro 6: Pacientes según estado civil, índice EAD y tratamiento antidepresivo 36

Gráfico 6: Pacientes según estado civil, índice EAD y tratamiento antidepresivo 38

Cuadro 7: Pacientes por ocupación, índice EAD y Tratamiento antidepresivo 39

Gráfico 7: Pacientes por ocupación, índice EAD y Tratamiento antidepresivo 45

Cuadro 8: Valores del Test de Zung según tipo de tratamiento 46

Gráfico 8: Valores del Test de Zung según tipo de tratamiento 48

Cuadro 9: Valores del Test de Zung según tratamiento combinado 49

Gráfico 9: Valores del Test de Zung según tratamiento combinado 51

RESUMEN

USO DE SERTRALINA EN PACIENTES
DEPRIMIDOS HIV/SIDA

DAVID A. SALAS M.

La depresión es frecuente en los pacientes HIV/SIDA, coexistiendo con otras co-morbilidades. Se realizó un estudio Prospectivo, longitudinal y de corte experimental tomando e cuenta la aplicación del Test de Zung modificado mediante el índice EAD a pacientes HIV/SIDA que acudieron a la consulta de Infectología del hospital Universitario Dr. Ángel Larralde, en el periodo Julio-septiembre del 2003 y administrando un Inhibidor Selectivo de La recaptación de Serotonina a aquellos casos con índice dentro de rangos de depresión desde leve a severa. De la muestra examinada la mayor parte correspondió al grupo de edad de 15-45 años, con 52 casos (65%), predominando el sexo masculino con 27 casos con respecto a los 25 casos del femenino. Se administro Sertralina a dosis de 50 mg al día en todos aquellos pacientes con Test de Zung positivo, durante promedio de 6-8 semanas. La nueva aplicación del instrumento reveló que en aquellos pacientes que recibieron el fármaco hubo una respuesta favorable con menor puntaje luego de aplicar el Test siendo destacando el hecho de que la combinación de tratamiento antiretroviral + antidepresivo con respecto al uso de antidepresivo solo, no mostró ninguna diferencia con una $p < 0.05$ para ambos grupos. Conclusión: En el presente trabajo de investigación el uso de fármacos antidepresivos tipo Sertralina modifica los síntomas clínicos de la depresión en pacientes HIV/SIDA.

SUMMARY

USE OF SERTRALINE IN PATIENTS WITH DEPRESSION AND HIV/AIDS

DAVID SALAS

The depression is frequent in HIV/AIDS' patient, coexisting with other co-morbid. In a longitudinal and experimental study, the application of the Zung Test modified through the EAD Index in HIV/AIDS patients that went to Infectology department for a consultation at the University Hospital Dr. Angel Larralde, between July-September of 2003 and administering a Selective Inhibitor of the recap from Serotonin to those cases with Index inside depression ranges from light to severe. Of the examined sample the biggest part corresponded to the group of age of 15-45 years, with 52 cases (65%), prevails all the masculine sex with 27 cases regarding to the 25 cases of the feminine. I administer a dose of 50 mg Sertraline daily in those patients with Test of positive Zung, during average of 6-8 weeks. The new application of the instrument revealed that in those patients that received the medicament there was a favorable answer with smaller points after applying the Test being highlighting the fact that the combination of treatment antiretroviral + antidepressant with regard to the use of alone antidepressant, didn't show any difference with a $p < 0.05$ for both groups. Conclusion: presently investigation work the use of antidepressants type Sertraline modifies the clinical symptoms of the depression in patient HIV/AIDS.

INTRODUCCIÓN

El HIV/SIDA vino a modificar la historia y evolución de la medicina; desde la década de los ochenta la enfermedad ha tomado auge transformándose en una pandemia, que sin distinción de raza, edad y otras características demográficas a ocupado lugar preponderante dentro de las enfermedades infecciosas de curso crónico y evolución mortal en un porcentaje importante de los casos.

Dentro de este orden de ideas la creación de novedosos métodos diagnósticos y la elaboración de nuevas drogas antiretrovirales han permitido un giro decisivo en la enfermedad, en la disminución en la tasa de mortalidad y control de las infecciones oportunistas con el correspondiente reintegro de muchos de estos pacientes a la sociedad.

Sin embargo quedan muchos aspectos por controlar relacionados con esta enfermedad; tal es el caso de la presencia de trastornos del estado anímico en los pacientes y aun más, la presencia del síndrome depresivo y su repercusión en la evolución clínica, tratamiento, así como el reintegro de cada caso a una vida útil. No pretendemos establecer normas o parámetros inflexibles de conducta ante la depresión y el HIV/SIDA pero si llamar a la reflexión en cuanto a que su presencia

nos obliga al diagnostico precoz y tratamiento oportuno como parte integral del esquema terapéutico que estos pacientes HIV/SIDA deberían tener con la sola finalidad de mejorar la calidad de vida de seres humanos deseosos de ser aceptados y en mayor medida, ayudados por su familia, la comunidad y el equipo de salud.

El siguiente trabajo es realizado con el consentimiento de los pacientes de HIV/SIDA que acudieron a la consulta de Infectología del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde de Julio a Octubre 2.003 ochenta (80) en total y cuyo objetivo primordial fue diagnosticar la depresión en sus primeras etapas y que muchas veces su diagnóstico escapa a la entrevista medica y/o historia clínica, por fallas en mayoría de los casos de parte del médico al no establecer desde el principio una adecuada relación medico paciente.

Por otra parte, una vez realizado el diagnóstico se procedió a la intervención con un fármaco Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina tipo Sertralina con intención de demostrar un efecto terapéutico positivo y por ende plantear la posibilidad de que este o cualquier otro antidepresivo pudiera ser usado ante la presencia de esta patología tomando en cuenta las interacciones farmacológicas.

CAPITULO I

1. El problema.

1.1 Planteamiento y formulación del problema.

Incidencia y prevalencia de la depresión en pacientes HIV/SIDA que acuden a la consulta de Infectología del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde en el periodo julio-septiembre 2.003.

Consideramos que el síndrome depresivo está presente en un gran número de casos, hasta el punto que influiría negativamente en la evolución clínica de la enfermedad y el reintegro del paciente a su grupo familiar, laboral y social.

De igual forma se trata de demostrar como la intervención farmacológica con drogas tipo Inhibidores de la Recaptación de Serotonina, tales como Sertralina, pudieran influir positivamente en la mejoría clínica utilizando el Test de Zung antes y después de la administración de la droga.

1.2 Objetivos.

1.2.1 General:

Determinar el efecto que la Sertralina tiene en los pacientes HIV/SIDA con Depresión.

1.2.2 Específicos.

a) Conocer la incidencia de trastornos depresivos en los pacientes HIV/SIDA

b) Identificar la relación entre depresión y características Poblacionales tales como estado civil, nivel de ocupación o profesión y tratamiento antiretroviral.

c) Intervenir desde el punto de vista farmacológico, los HIV/SIDA con depresión, mediante la administración del inhibidor selectivo de la recaptación de Serotonina: Sertralina.

d) Demostrar mediante uso de Sertralina la modificación favorable de la escala de Zung luego de ser tratados durante un plazo de 3-6 semanas.

e) Comparar estadísticamente los resultados y relacionarlos con edad, sexo, Edo. Civil y uso o no de antiretrovirales.

1.3 Justificación.

Sabemos que la depresión está presente en casi todas las esferas del campo médico-social, afectando a gran número de personas de diferentes estratos sociales, su diagnóstico precoz y terapéutica oportuna nos ayudaría en todos los casos a una mejor calidad de vida desde el punto de vista mental.

Dentro de este orden de ideas la asociación de esta patología al grupo de pacientes HIV/SIDA influye negativamente en varios aspectos, dentro de los más importante podemos mencionar la adherencia al tratamiento tanto antiretroviral como otros fármacos usados en las infecciones oportunistas. Por otra parte la aceptación del individuo de su patología, así como el reintegro a una vida útil en lo posible dependen en gran medida del control de la depresión y sus implicaciones sociales.

CAPITULO II:

2. Fundamentos teóricos.

2.1 Antecedentes.

En la literatura Médica encontramos una serie de estudios clínicos acerca de la presencia del síndrome depresivo y el HIV/SIDA, algunos de carácter exploratorio y muy pocos de índole experimental, siendo los más destacados:

- 1992: Perdices M; menciona que la presencia de depresión y ansiedad son independientes del estadio del HIV/SIDA.
- 1993: Bornstein RA; las alteraciones neurofisiológicas no son atribuidas a la presencia del trastorno depresivo del HIV/SIDA.
- 1993: Lyketsos CG; la Depresión como factor predictivo de éxito en el tratamiento del HIV/SIDA.
- 1994: Drebing CE; factores que confunden la medición de la Depresión en el HIV/SIDA.
- 1995: Rabkin JG; Depresión y HIV/SIDA, una asociación infrecuente.
- 1996: Maj M; incremento de los síntomas en pacientes seropositivos
- 1997: Ferrando SJ; intervención farmacológica de la Depresión en HIV/SIDA exitosa mediante el uso de Inhibidores de la Recaptación de Serotonina, con resultados similares con fármacos tales como Sertralina, Paroxetina y Fluoxetina.

- 1998: Savard J; evaluación de la Ansiedad y Depresión en pacientes hospitalizados.
- 1999: Cockran A; empleo de varias escalas (Hamilton, Beck, Montgomery y La del Centro Epidemiológico para la Depresión) con resultados similares.
- 2000: Kalichman SC; relaciona la Depresión en HIV/SIDA con la mayor tendencia al suicidio en adultos de edad media y mayores.
- 2002: Morrison MF; menciona la incidencia de Depresión en mujeres seropositivas al HIV/SIDA.
- 2003; Millikin CP; habla de la relación entre fatiga, trastorno cognitivo y Depresión en SIDA sin involucrar alteraciones Neurofisiológicas.

2.2. Bases teóricas

Si se tiene en cuenta que la depresión puede constituir unas veces un síntoma, otras un síndrome y otras una enfermedad, se comprenderá que se encuentre en innumerables situaciones y cuadros clínicos, lo que, en parte, explica las altas cifras de casos que aportan los estudios epidemiológicos. (1)

En tal sentido cabe citar que, según la OMS el 3-5% de la población mundial presenta depresión, lo que equivale a 120-200 millones de personas. A su vez, los pacientes deprimidos representan el 10-20% de los enfermos de la médica y el 40-60% de los pacientes vistos por el psiquiatra. De acuerdo con el *fenómeno del iceberg*, sólo una pequeña parte de la población depresiva (15%) recibe asistencia médica, correspondiendo al médico general el 1,5%, al psiquiatra el 0,2% y siendo tratados en régimen de internamiento el 0,1%. El 13,3% restante no es diagnosticado correctamente. Resulta necesario destacar que los sentimientos de minusvalía, de culpa usualmente exagerados o inapropiados, fatiga fácil y dificultades para concentrarse están presentes. La alteración del pensamiento es muy típica dentro de las variaciones individuales. Existe una visión negativa y difícil de modificar en cuanto a sí mismo, al futuro y al entorno; Mientras que el riesgo de suicidio en los pacientes que sufren depresión grave es de 15% (1).

Clasificación

La primera clasificación ante un síndrome depresivo es la que establece si la depresión es primaria o secundaria (en los siguientes apartados se seguirán, por su claridad, la terminología y los criterios del Comité Español para la Prevención y el Tratamiento de las Depresiones). En la *primaria*, no existen alteraciones patológicas comprobadas; en la *secundaria*, en cambio, es posible poner de manifiesto la presencia de otros trastornos o enfermedades cuya existencia determina la aparición del trastorno (2). Por su parte, las depresiones *secundarias*, denominadas también *sintomáticas*, pueden estar causadas por alteraciones orgánicas, en cuyo caso se designan *depresiones somatógenas*, o estar relacionadas con otras enfermedades psíquicas, de las que la depresión es un síntoma o síndrome que hay que añadir a los propios de la enfermedad fundamental.

Las depresiones *primarias* se han clasificado durante mucho tiempo en endógenas, neuróticas y reactivas o psicógenas. Hoy en día tal distinción está superada, ya que se ha comprobado que en ellas se mezclan criterios dispares (desencadenamiento, sintomatología, evolución), pudiendo considerarse a unas y otras como los extremos de un espectro continuo y que algunos autores han usado como valor predictivo de la enfermedad en el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (3). Según criterios etiopatogénicos, las depresiones pueden clasificarse en:

psicógenas: neurótica, por agotamiento, reactiva; e*ndógenas:* bipolares (cíclicas), unipolares (periódicas o recurrentes), involutivas, y s*omatógenas:* orgánicas, sintomáticas.

Etiopatogenia

La depresión constituye uno de los típicos trastornos en los que sobre una *personalidad con predisposición* puede incidir, en proporciones variables, una serie de elementos etiopatogénicos: factores genéticos, somáticos, psíquicos, socioculturales y otros. Acerca del tipo de personalidad, destacan la tendencia y el afán por el orden, el tratarse de individuos sobrios, razonables, formales y con sentido del deber, escrupulosos moralmente, tendentes a culpabilizarse.

En cuanto a los *factores genéticos*, para las depresiones unipolares, los porcentajes de morbilidad son los siguientes: Padres (10-15%), hijos (10-15%), hermanos y hermanas (10-15%), gemelos dicigotos (20%) y gemelos monocigotos (70%).

El mecanismo de transmisión es objeto, todavía, de discusión, si bien algunos autores han sustentado la existencia de un factor genético dominante ligado al cromosoma X en las depresiones bipolares. Hoy día tiende a admitirse que las depresiones monopolares y las bipolares tendrían un factor hereditario diferente.

Entre los *factores somáticos* son ya conocidas las *hipótesis catecolaminas*, según las cuales los trastornos depresivos serían el resultado de un déficit de *noradrenalina* (NA) central, probablemente por desregulación hipotalámica: la hipótesis *dopamínica* y la *indólica*, que explicaría la depresión por un déficit en los mecanismos serotoninérgicos centrales. Otras hipótesis se refieren a una descompensación del *equilibrio colinérgico-adrenérgico*, con predominio del primero, y recientemente algunos autores se centran en el estudio del *AMP cíclico* o segundo mensajero o las vinculan a alteraciones inmunológicas.

Los *factores psíquicos* se han postulado unas veces como mecanismos profundos en relación con situaciones de "pérdida del objeto amado" (concepciones psicodinámicas), y otras en relación con traumas psicosociales que preceden a la depresión, entre los cuales merecen citarse: pérdidas, mudanza, jubilación, agotamiento, asuntos laborales, cese de una tensión o situaciones de estrés; debe

tenerse en cuenta que estos factores psicológicos son menos determinantes cuanto más endógena es la depresión.

En cuanto a los *factores socioculturales*, se pueden citar las situaciones vividas por el hombre actual en la esfera de sus costumbres, en el medio laboral, en el religioso. Otros mecanismos pueden obedecer a anomalías en los procesos de aprendizaje que en la depresión humana se explicarían por una historia caracterizada por un fracaso relativo del control sobre los estímulos reforzadores del medio en que vivimos, lo que conduce a una situación de permanente frustración que, a su vez, sería origen de la depresión.

Cuadro clínico

Las depresiones predominan a partir de los 40-50 años y en ellas pueden establecerse distintos grupos clínicos, según los síntomas. Los principales que hay que tener en cuenta para decidir una terapéutica son: el síndrome depresivo con ansiedad y agitación, el síndrome depresivo con inhibición y el síndrome depresivo con predominio de síntomas somáticos funcionales (depresiones enmascaradas).

En cuanto a la sintomatología, siguiendo el texto del Comité Español para la Prevención y el Tratamiento de las Depresiones, se agrupan en cinco apartados (1).

Alteraciones emocionales

La tristeza patológica, denominada también humor depresivo, humor disfórico o simplemente "depresión", se caracteriza por su calidad negativa, desagradable, difícil de expresar y a veces de detectar, por su naturaleza íntima y personal. Se ha de insistir, por su importancia, en que, en determinados casos, este síntoma puede estar ausente (*depressio sine depressione*) aun cuando en los casos típicos sea el síntoma central. Otras veces puede estar oculto por la sintomatología restante que aparece en un plano más manifiesto. A menudo se presentan también síntomas de *ansiedad.*

Alteraciones del pensamiento

El contenido del pensamiento de los enfermos depresivos se caracteriza por su tonalidad pesimista y desagradable dentro de un amplio campo de preocupaciones, rumiaciones negativas, penalidades y sufrimientos que disgustan al paciente y lo hacen sufrir moralmente. Otras veces es la pérdida del interés hacia cualquier cosa; en ocasiones el paciente se siente vacío interiormente y se atormenta con graves acusaciones por faltas, pecados de acción o de omisión. No espera nada del futuro, sino desgracias y malos augurios.

Los pensamientos nihilistas giran en torno a la desesperanza, el desamparo propio y el sentirse desventurado (regla de las tres "d").

Debe subrayarse la frecuencia de ideas recidivantes de muerte y *suicidio*, grave riesgo en el deprimido que siempre debe tenerse presente y que en asociación al HIV/SIDA se observa mejor en el grupo de edad media de la vida (4).

Alteraciones somáticas

Aunque el síndrome depresivo pueda incluir todo tipo de *alteraciones del funcionalismo somático*, las más frecuentes son: alteraciones del sueño (despertar de madrugada, rara vez somnolencia), del apetito (en general, disminución), estreñimiento, alteraciones menstruales, sexuales y del peso, astenia, fatigabilidad y algias diversas (1).

Las alteraciones digestivas son muy importantes y probablemente las más frecuentes entre los distintos aparatos y sistemas. Entre ellas destacan el estreñimiento, la sequedad de boca, las dispepsias, los dolores abdominales y las alteraciones generalmente catalogadas de funcionales y que, en general, son expresión de una disfunción vegetativa.

Alteraciones de los ritmos vitales

La depresión constituye un síndrome que afecta principalmente las regulaciones vegetativas de carácter *rítmico*. El enfermo suele encontrarse en peores condiciones en la madrugada y por la mañana y mejor al anochecer (rara vez sucede lo contrario; en estos casos el síntoma fundamental suele ser la angustia). El ritmo menstrual de la mujer y el estacional también se reflejan en la sintomatología, así como en las influencias climatológicas externas (1).

Alteraciones conductuales

Incluyen múltiples repercusiones en el plano de la conducta, entre las cuales cabe destacar disminución y enlentecimiento de rendimientos, actitudes apáticas, fatigabilidad, disminución de la atención y de la capacidad de concentración, déficit en la memoria, escasa necesidad de comunicación, trastornos de la vida instintiva con disminución del impulso sexual.

En la actualidad, el diagnóstico clínico de la depresión puede completarse con el estudio de algunos "marcadores biológicos", entre los cuales el *test de supresión de*

dexametasona parece apoyar la probabilidad de un trastorno depresivo endógeno. Otro marcador a considerar es la *latencia REM*.

Mención aparte merece el concepto de las *depresiones enmascaradas*, también conocidas como *equivalentes depresivos* ya que son trastornos que constituyen auténticas enfermedades-problema que desorientan con frecuencia al clínico. Tales equivalentes depresivos, cuya naturaleza puede ser tanto endógena como neurótica, han sido definidos como "síntomas que habitualmente corresponden o pueden corresponder a enfermedades muy dispares que se presentan en enfermos en los que no es aparente su trastorno del estado de ánimo". Aunque no hay síntomas específicos, las formas más frecuentes son algias y parestesias, sobre todo cefalea, trastornos gastrointestinales, neurológicos y neurovegetativos.

Además del diagnóstico negativo que descarta la causalidad orgánica, el diagnóstico positivo de la depresión enmascarada se establece en función de los siguientes puntos: *a)* comparación con los rendimientos y las actividades previos, que siempre son mejores; *b)* presencia de síntomas depresivos mitigados (pérdida del humor, astenia, anorexia, trastornos del sueño); *c)* pluralidad sintomática que contrasta con la parquedad y concreción de síntomas de las enfermedades somáticas;

d) atipia y ritmicidad de presentación; *e)* suplencias de los síntomas. *f)* personalidad de tipo melancólico; *g)* predisposición familiar, aunque no se herede el equivalente, y *h)* respuesta favorable al tratamiento antidepresivo y/o psicoterápico.

Ahora bien la relación de la Depresión y el HIV/SIDA ha sido estudiada desde la década de los noventa (90), pero no han sido del todo establecidas las bases de cómo la patología Psiquiátrica influye en los pacientes seropositivos.

En este orden de ideas la relación de ambas patologías ha sido enfocada desde el punto de vista de continuidad del tratamiento antiretroviral, y solo en pocas ocasiones con base experimental al empleo de un fármaco en búsqueda de una respuesta favorable de la Depresión en pacientes con HIV (2). Por otra parte la presencia de depresión en este tipo de paciente, tiene implicaciones en cuanto a la adherencia al tratamiento (3), pero la gran mayoría de ellos son de carácter exploratorio y de corte transversal con pocas intervenciones farmacológicas. Por esta razón nuestra investigación adolece de un marco teórico suficientemente profundo que sirva de soporte a toda la investigación, con pocas excepciones que veremos durante los antecedentes.

Tratamiento

Cabe utilizar distintos tipos de recursos, como los psicológicos, los higiénicos ambientales, los farmacológicos, los llamados biológicos y los socio y ergoterápicos. Algunos de ellos conciernen exclusivamente al psiquiatra, mientras que hay modalidades perfectamente utilizables por el médico general.

.

En cuanto al *tratamiento farmacológico*, que puede incluirse dentro de los *métodos biológicos*, comprende, de forma especial, los psicofármacos antidepresivos tricíclicos o tetracíclicos, ya que otros tipos de antidepresivos, como los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), requieren un uso más cauteloso por sus posibles efectos secundarios. En la actualidad se dispone también de los antidepresivos RIMA (moclobemida) de acción selectiva y reversible sobre la MAO-A, de fácil administración y mejor tolerancia.

Asimismo, se dispone de los llamados inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina y/o Norepinefrina (fluvoxamina, trazodona, fluoxetina, paroxetina, sertralina, mirtazapina, nefazodona). En cualquier caso, una vez superada la medicación, se aconsejan dosis de mantenimiento durante 6 meses como mínimo.

La mejoría suele ser evidente en el curso de la tercera semana y alcanza su grado más efectivo entre la cuarta y la quinta semanas. Otras terapéuticas empleadas son las curas de privación de sueño y, en el plano profiláctico, la terapéutica con sales de litio, mayormente en las depresiones correspondientes a trastornos bipolares. En el HIV/SIDA se ha usado con éxito los inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina (5), sin interactuar con las drogas antiretrovirales.

2.3. Definición de términos

Depresión: Trastorno caracterizado por una disminución del tono afectivo, relacionado con tristeza o melancolía

HIV/SIDA: Enfermedad infecto-contagiosa de evolución crónica y curso mortal, ocasionada por un virus de la familia Retroviridae, y cuya característica demográfica principal es el comportamiento como una pandemia. Trasmitida por relaciones sexuales, uso de inyectadoras contaminadas o la administración de Hemoderivados.

Fármacos Antiretrovirales: Corresponde a un grupo de drogas usadas en el HIV/SIDA, con el objeto de impedir la replicación del virus en el individuo infectado por el mismo.

Sertralina: Fármaco del grupo de Inhibidores Selectivos de la Recaptacion de Serotonina y cuyo uso está dado en el síndrome Depresivo con la finalidad de disminuir los síntomas que ella provoca en los pacientes.

2.4. Sistema de variables.

2.4.1 Variables dependientes: La depresión y respuesta al tratamiento antidepresivo.

2.4.2 Variables independientes: El HIV/SIDA y el fármaco Sertralina.

2.4.3 Variables Intervinientes: Edad, sexo, edo. Civil, profesión u ocupación, el uso de fármacos antiretrovirales.

CAPITULO III:

3. Metodología.

3.1 Tipo de investigación.

Estudio de carácter prospectivo longitudinal de corte experimental en el cual los pacientes se dividieron en 2 grupos:

- HIV/SIDA con depresión.
- HIV/SIDA sin depresión.

Administrándose sertralina al primer grupo (HIV/SIDA con depresión) y sin sertralina al segundo grupo.

3.2. Población y muestra.

Ochenta (80) pacientes HIV/SIDA escogidos al azar de la consulta de Infectología del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde en el periodo julio-septiembre 2.003.

3.3. Métodos y técnicas de recolección de muestras.

Se aplicó la escala de depresión de Zung la cual consta de veinte (20) preguntas valoradas de 1-4 puntos, y a cuyo resultado final o puntaje neto se aplicó el índice EAP.

3.4. Criterios de inclusión.

Pacientes HIV/SIDA que acuden a la consulta de Infectología del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” en el periodo julio-septiembre 2003.

3.5. Criterios de exclusión:

- Pacientes HIV/SIDA con antecedentes de Depresión o Uso de Drogas Antidepresivas.
- Uso de fármacos posiblemente asociados con síntomas depresivos.

  Anticonvulsionantes (Fenobarbital)

  Hipotensores (Bloqueadores Beta)

  Antiarrítmicos (Digital)

  Antibióticos (Dapsona)

  Estatinas

  Quimioterapia (Metotrexato)

  Bloqueadores H2 (Cimetidina)

3.6. Alcances y limitaciones de la investigación.

Este trabajo fue realizado tomando en cuenta en los pacientes HIV/SIDA, la edad, el sexo, edo. Civil, profesión u ocupación, uso de fármacos antirretrovirales; se administró un fármaco antidepresivo con el objeto de obtener una respuesta clínica.

Dentro de las limitaciones, podemos encontrar

1) Lo escaso de la muestra analizada debido entre otras causas, ausencia de fármacos Antiretrovirales en el Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde, lo que impedía la frecuente visita de estos pacientes a la consulta.

2) La situación económica actual que provoco el abandono de los fármacos (profilácticos y/o terapéuticos) en la gran mayoría de los pacientes, algunos de los cuales fallecieron durante la investigación.

3.7. Análisis y presentación de los resultados.

A continuación se presenta los resultados de la presente investigación. Toda la información se muestra en tablas de distribución de asociación y en gráficos ajustados al tipo de información tabulada. Para el análisis se utiliza el de tipo descriptivo y comparativo, usándose para el primero frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Para el análisis de comparación se utilizaron las siguientes técnicas de análisis: chi cuadrado (para determinar la asociación entre categorías nominales) y las pruebas t de Student para comparación de medias de dos grupos independientes y dependientes. Todas estas pruebas tiene como criterio de significación estadística un nivel de probabilidad de error de menos del 5% ($p < 0.05$).

CUADRO No. 1.

SINDROME DEPRESIVO Y SIDA.

DISTRIBUCIÓN DE LOS SUJETOS INVESTIGADOS
SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO

CONSULTA DE HIV. HOSPITAL UNIVERSITARIO
"DR. ANGEL LARRALDE". VALENCIA. JULIO - SEPTIEMBRE 2003

	SEXO*		
EDAD (AÑOS)	FEMENINO (%)*	MASCULINO (%)*	TOTAL (%)
18 – 24	04 (26.7)	11 (73.3)	15 (18.8)
25 – 44	25 (48.1)	27 (51.9)	52 (65.0)
45 O MÁS	02 (15.4)	11 (84.6)	13 (16.3)
TOTAL	31 (38.8)	49 (61.2)	80 (100)

* PORCENTAJES EN BASE A SUBTOTALES HORIZONTALES
X ± S (FEMENINO) = 33.9 AÑOS ± 8.1 AÑOS;
X ± S (MASCULINO) = 34.9 AÑOS ± 11.0 AÑOS
($t = \pm 0.442$; G. L = 78; $p > 0.05$).
FUENTE: INSTRUMENTOS APLICADOS.

Se determinó que en el grupo de pacientes el 65.0% tenía una edad entre 25 a 44 años, siendo en el grupo de 18 a 24 años el 18.8%, mientras que en el grupo de 45 o más hubo un 16.3% de pacientes investigados entre 35 a 44. El sexo femenino estuvo representado en un 38.8% y el masculino en un 61.2%.

En todos los grupos de edad, el sexo masculino fue predominante variando entre un 51.9% (25 a 44 años) a 84.6% (45 o más). Sin embargo, en términos

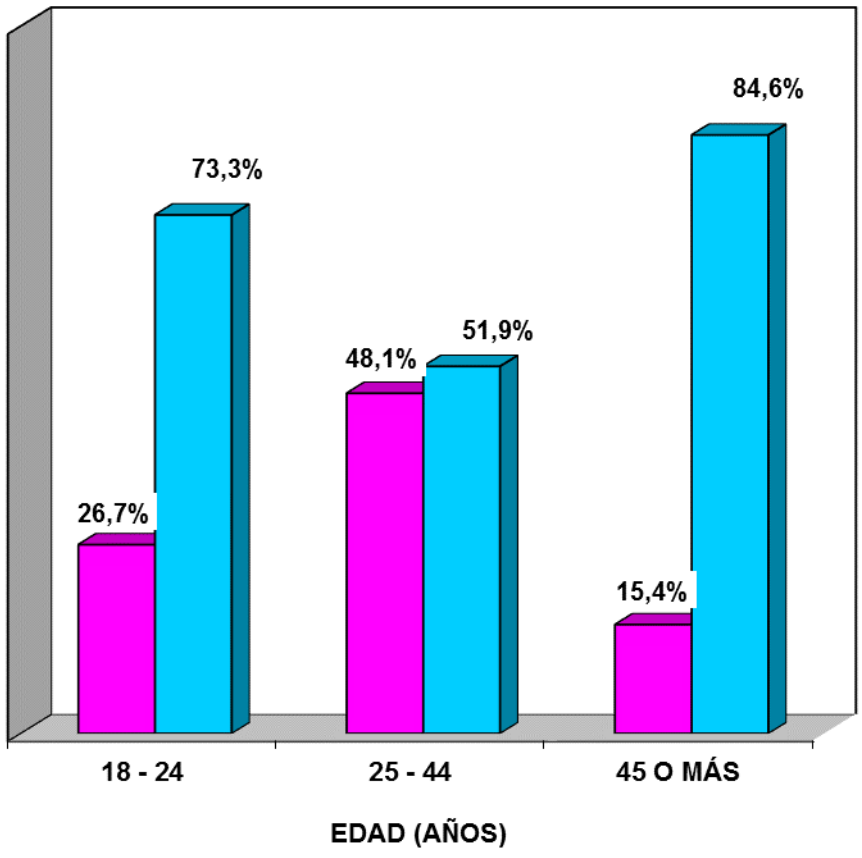
promedios no se encontró diferencia significativa ($p > 0.05$), ya que fue ligeramente superior, es decir, 34.9 años contra 33.9 años en las mujeres.

GRAFICO No. 1.

SINDROME DEPRESIVO Y SIDA.

DISTRIBUCIÓN DE LOS SUJETOS INVESTIGADOS SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO

CONSULTA DE HIV/SIDA. HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ANGEL LARRALDE". VALENCIA. JULIO - SEPTIEMBRE 2003



FUENTE: INSTRUMENTOS APLICADOS.

CUADRO No. 2.

SÍNDROME DEPRESIVO Y SIDA

DISTRIBUCIÓN DE LOS SUJETOS INVESTIGADOS SEGÚN ESTADO CIVIL Y ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO

CONSULTA DE HIV. HOSPITAL UNIVERSITARIO
"DR. ANGEL LARRALDE". VALENCIA. JULIO - SEPTIEMBRE 2003

	TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO		
ESTADO CIVIL	SI	NO	TOTAL (%)
CASADOS	09 (40.9)	13 (59.1)	22 (27.5)
SOLTEROS	14 (35.0)	26 (65.0)	40 (50.0)
VIUDOS	00 (0.0)	08 (100)	08 (10.0)
DIVORCIADOS	03 (42.9)	04 (57.1)	07 (8.8)
UNIDOS	01 (33.3)	02 (66.7)	03 (3.8)
TOTAL	27 (33.8)	53 (66.3)	80 (100)

* PORCENTAJES EN BASE A SUBTOTALES HORIZONTALES
FUENTE: INSTRUMENTOS APLICADOS.

Se determinó que en el grupo de pacientes la mayoría eran solteros (50.0%), el 27.5% estaban casados, 10.0% fueron los viudos, 8.8% los divorciados y sólo el 3.8% los que vivían unidos (concubinato).

De los 80 pacientes investigados, el 33.8% recibió tratamiento antidepresivo, encontrándose la mayoría de éstos en los divorciados (42.9%) y en los casados

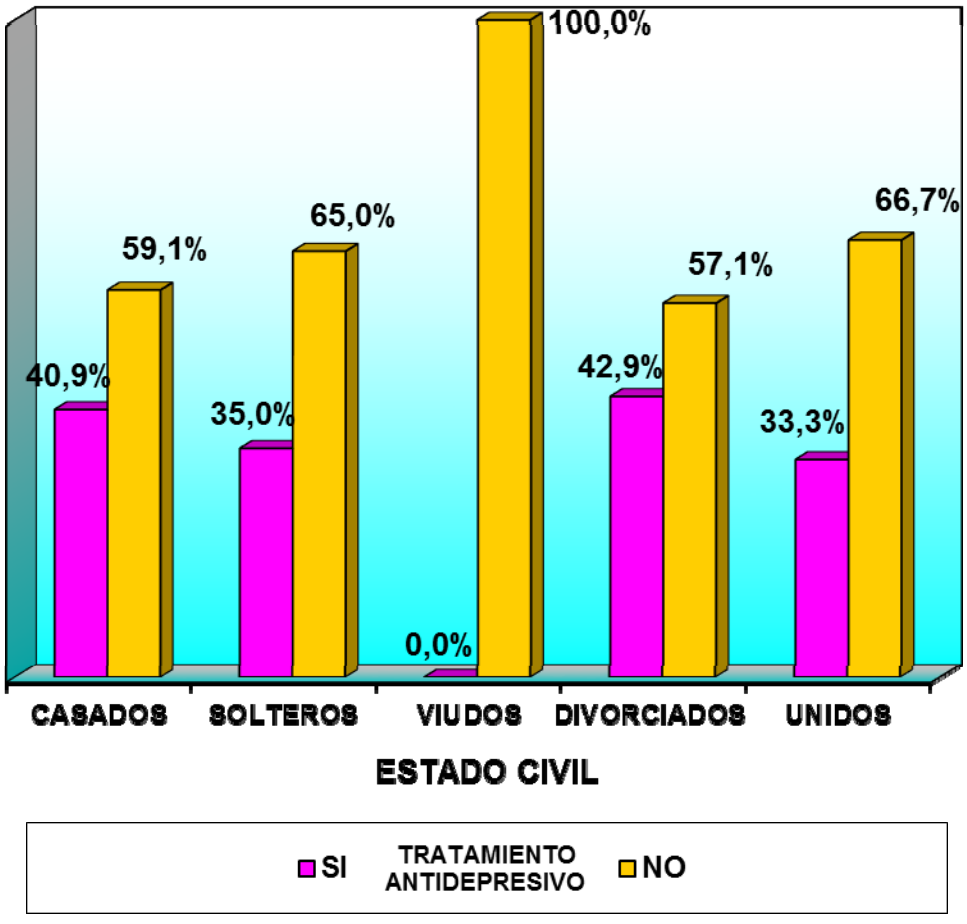
(40.9%). Ningún viudo recibió el mencionado tratamiento. En todos los estados civiles, predominaron los que no recibieron el tratamiento.

GRAFICO No. 2.

SINDROME DEPRESIVO Y SIDA.

DISTRIBUCIÓN DE LOS SUJETOS INVESTIGADOS SEGÚN ESTADO CIVIL Y ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO

CONSULTA DE HIV. HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ANGEL LARRALDE". VALENCIA. JULIO - SEPTIEMBRE 2003



FUENTE: INSTRUMENTOS APLICADOS.

CUADRO No. 3.

SÍNDROME DEPRESIVO Y SIDA

DISTRIBUCIÓN DE LOS SUJETOS INVESTIGADOS SEGÚN OCUPACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO

CONSULTA DE HIV. HOSPITAL UNIVERSITARIO
"DR. ANGEL LARRALDE". VALENCIA. JULIO - SEPTIEMBRE 2003

	TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO		
OCUPACIÓN	SI	NO	TOTAL (%)
TÉCNICOS	11 (50.0)	11 (50.0)	22 (27.5)
OBREROS	06 (37.5)	10 (62.5)	16 (20.0)
COMERCIANTE	00 (0.0)	14 (100)	14 (17.5)
PROFESIONAL	01 (16.7)	05 (83.3)	06 (7.5)
OTRAS	09 (40.9)	13 (59.1)	22 (27.5)
TOTAL	27 (33.8)	53 (66.3)	80 (100)

* PORCENTAJES EN BASE A SUBTOTALES HORIZONTALES
FUENTE: INSTRUMENTOS APLICADOS.

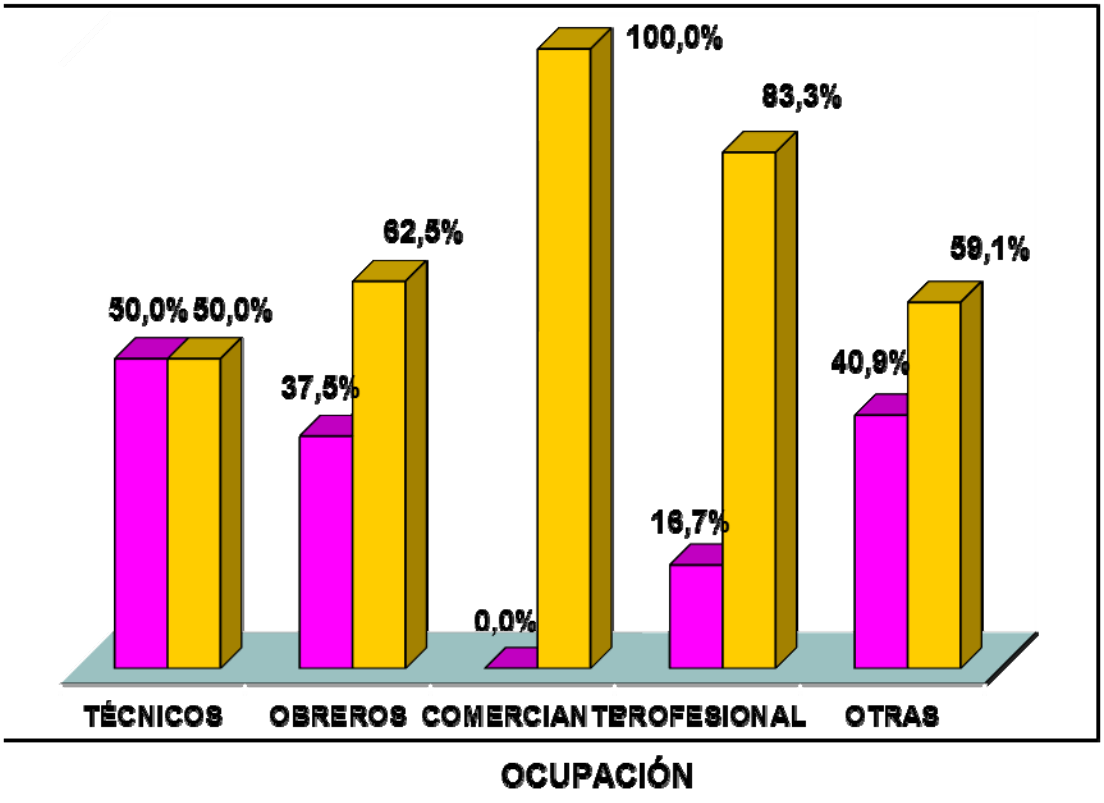
Se determinó que en el grupo de pacientes la mayoría con ocupación específica fueron los técnicos (27.5%), seguidos por los obreros (20.0%), luego los comerciantes (17.5%) y los profesionales con sólo el 7.5%. Otras ocupaciones (de tipo variado) constituyeron el 27.5%. De los 80 pacientes investigados, resultó que en los técnicos donde se dio el mayor porcentaje con el tratamiento referido (50.0%), seguidos por otras ocupaciones con 40.9% y en los obreros de ellos el 37.5%, mientras que en los profesionales sólo fueron atendidos en su depresión el 16.7%. Ningún comerciante recibió tratamiento antidepresivo.

GRAFICO No. 3.

SINDROME DEPRESIVO Y SIDA.

DISTRIBUCIÓN DE LOS SUJETOS INVESTIGADOS SEGÚN OCUPACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO

CONSULTA DE HIV. HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ANGEL LARRALDE". VALENCIA. JULIO - SEPTIEMBRE 2003



FUENTE: INSTRUMENTOS APLICADOS.

CUADRO No. 4.

SÍNDROME DEPRESIVO Y SIDA

DISTRIBUCIÓN DE LOS SUJETOS INVESTIGADOS SEGÚN ADMINISTRACIÓN
DE TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL Y ANTIDEPRESIVO

CONSULTA DE HIV. HOSPITAL UNIVERSITARIO
"DR. ANGEL LARRALDE". VALENCIA. JULIO - SEPTIEMBRE 2003

	TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO		
TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL	SI	NO	TOTAL (%)
SI	05 (17.2)	24 (82.8)	29 (36.3)
NO	22 (43.1)	29 (56.9)	51 (63.7)
TOTAL	27 (33.8)	53 (66.3)	80 (100)

* PORCENTAJES EN BASE A SUBTOTALES HORIZONTALES
CHI^2 (CON CORRECIÓN DE YATES) = 4.447; G.L. = 1; ($p < 0.05$)
FUENTE: INSTRUMENTOS APLICADOS.

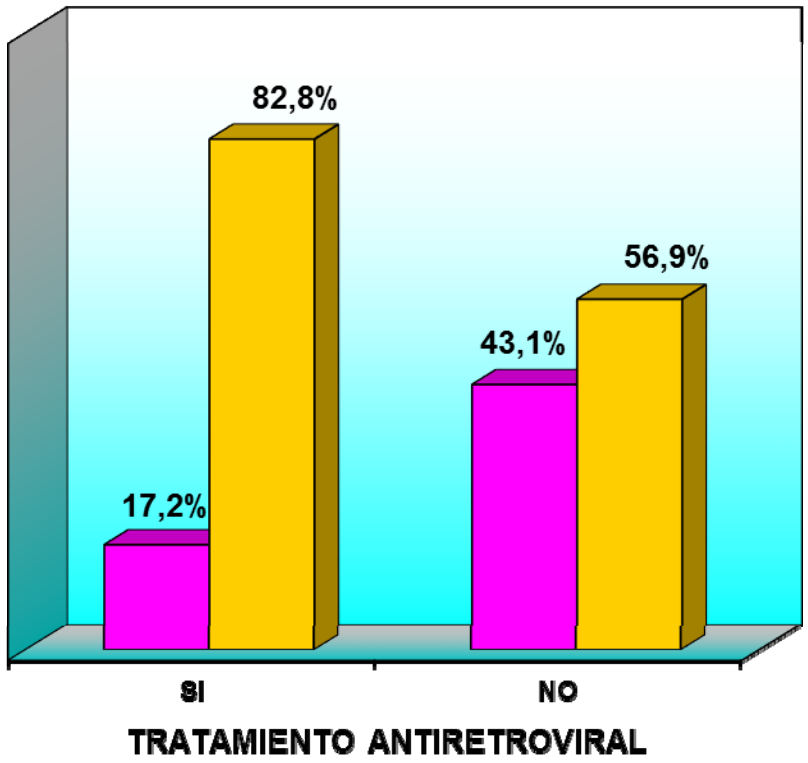
Se determinó que en el grupo de pacientes investigados, el 36.3% recibió tratamiento antiretroviral, siendo el 33.8% del grupo que recibieron, como ya se expresó, tratamiento antidepresivo. De los 29 pacientes con tratamiento antiretroviral, sólo el 17.2% recibieron tratamiento antidepresivo, mientras que en los 51 que no tuvieron el tratamiento para el SIDA el 43.1% si tuvieron el de tipo antidepresivo. Los resultados anteriores demuestran que hubo una tendencia significativa ($p < 0.05$) a otorgar el tratamiento antidepresivo a los pacientes sin tratamiento antiretroviral.

GRAFICO No. 4.

SINDROME DEPRESIVO Y SIDA.

DISTRIBUCIÓN DE LOS SUJETOS INVESTIGADOS SEGÚN ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL Y ANTIDEPRESIVO

CONSULTA DE HIV. HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ANGEL LARRALDE". VALENCIA. JULIO - SEPTIEMBRE 2003



FUENTE: INSTRUMENTOS APLICADOS.

CUADRO No. 5.

SINDROME DEPRESIVO Y SIDA.

DISTRIBUCIÓN DE LOS SUJETOS INVESTIGADOS SEGÚN CATEGORÍAS DEL ÍNDICE DE EAD ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO

CONSULTA DE HIV. HOSPITAL UNIVERSITARIO
"DR. ANGEL LARRALDE". VALENCIA. JULIO - SEPTIEMBRE 2003

ANTES	AUSENTE (%)*	MÍNIMA A LEVE (%)*	MODERADA A NOTABLE (%)*	TOTAL (%)
AUSENTE	45 (100)	00 (0.0)	00 (0.0)	45 (56.3)
MÍNIMA A LEVE	13 (54.2)	11 (45.8)	00 (0.0)	24 (30.0)
MODERADA A NOTABLE	04 (50.0)	00 (0.0)	04 (50.0)	08 (10.0)
SEVERA A EXTREMA	03 (100)	00 (0.0)	00 (0.0)	03 (3.8)
TOTAL	65 (81.3)	11 (13.8)	04 (5.0)	80 (100)

* PORCENTAJES EN BASE A SUBTOTALES HORIZONTALES
FUENTE: INSTRUMENTOS APLICADOS.

Antes del tratamiento antidepresivo, los resultados del test de autoevaluación de rasgos depresivos de Zung llevados a la EAD, dan a conocer que el 56.3% de los 80 pacientes, no presentaban depresión, ubicándose ellos mismos en un 100% también en la categoría de ausencia de depresión, luego de aplicarse el tratamiento al grupo. Es decir no hubo variación en absoluto, cabe agregar (aunque no aparece la información en este cuadro) que sólo un paciente de estos 45 recibió tratamiento antidepresivo.

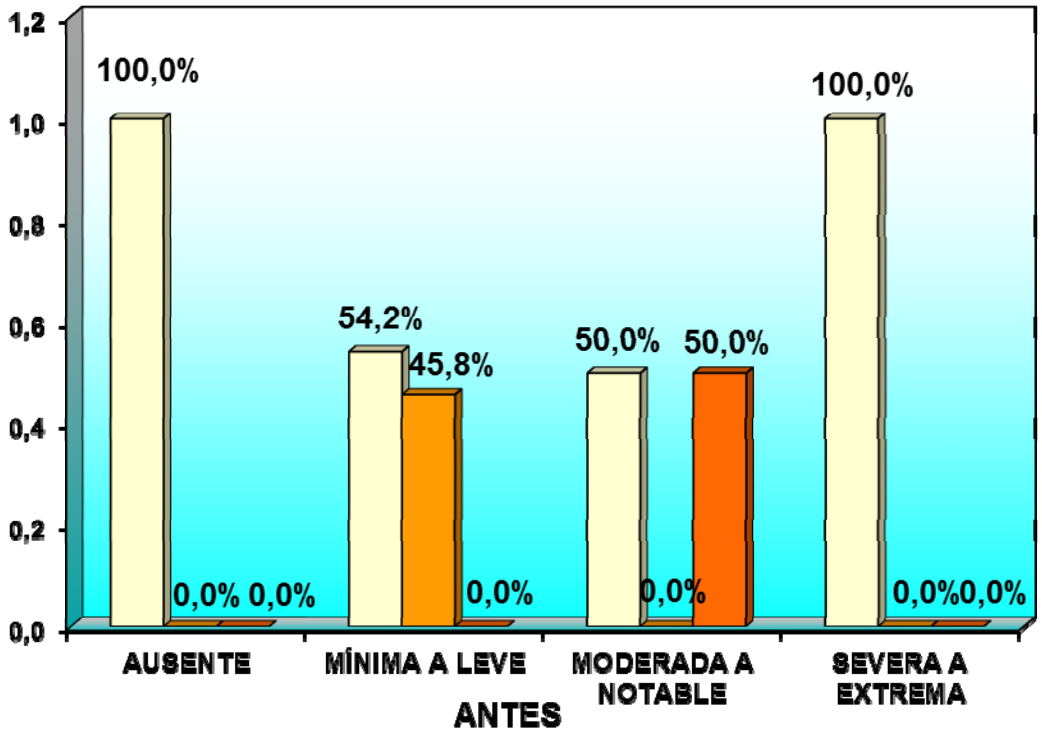
Veinticuatro pacientes para un 30.0% fueron posicionados en la categoría de depresión mínima a leve, de los cuales 13 (54.2%) después del tratamiento se ubicaron en ausencia de depresión, y 11 (45.8%) se mantuvieron igual. De estos 24 pacientes 17 recibieron tratamiento antidepresivo. Ocho (10.0%) pacientes antes del tratamiento se les determinó depresión de moderada a leve en la escala EAD, de los cuales 4 (50.0%) luego del tratamiento antidepresivo, respondieron para presentar ausencia de depresión, mientras que cuatro (50.0%) permanecieron sin variación. Cabe agregar que seis de estos ocho recibieron tratamiento antidepresivo. Por último, los tres (3.8%) pacientes con depresión severa a extrema antes del tratamiento pasaron a la categoría de ausencia de depresión después del tratamiento. Todos ellos recibieron el tratamiento antidepresivo.

GRAFICO No. 5.

SINDROME DEPRESIVO Y SIDA.

DISTRIBUCIÓN DE LOS SUJETOS INVESTIGADOS SEGÚN CATEGORÍAS DEL ÍNDICE DE BAD ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO

CONSULTA DE HIV. HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ANGEL LARRALDE". VALENCIA. JULIO - SEPTIEMBRE 2003



FUENTE: INSTRUMENTOS APLICADOS.

CUADRO No. 6.

SÍNDROME DEPRESIVO Y SIDA

DISTRIBUCIÓN DE LOS SUJETOS INVESTIGADOS SEGÚN ESTADO CIVIL Y CATEGORÍAS DEL ÍNDICE DE EAD ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO

CONSULTA DE HIV. HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ANGEL LARRALDE". VALENCIA. JULIO - SEPTIEMBRE 2003

	CATEGORÍAS DE DEPRESIÓN (EAD)				
ESTADO CIVIL Y OCASIÓN DEL TRATAMIENTO	AUSENTE (%)*	MÍNIMA A LEVE (%)*	MODERADA A NOTABLE (%)*	SEVERA A EXTREMA (%)*	TOTAL (%)**
ANTES					
CASADOS	12 (54.5)	08 (36.4)	02 (9.1)	00 (0.0)	22 (27.5)
SOLTEROS	21 (52.5)	11 (27.5)	05 (12.5)	03 (7.5)	40 (50.0)
VIUDOS	08 (100)	00 (0.0)	00 (0.0)	00 (0.0)	08 (10.0)
DIVORCIADOS	03 (42.9)	04 (57.1)	00 (0.0)	00 (0.0)	07 (8.8)
UNIDOS	01 (33.3)	01 (33.3)	01 (33.3)	00 (0.0)	03 (3.8)
DESPUÉS					
CASADOS	18 (81.8)	03 (13.6)	01 (4.5)	00 (0.0)	22 (27.5)
SOLTEROS	32 (80.0)	05 (12.5)	03 (7.5)	00 (0.0)	40 (50.0)
VIUDOS	08 (100)	00 (0.0)	00 (0.0)	00 (0.0)	08 (10.0)
DIVORCIADOS	05 (71.4)	02 (28.6)	00 (0.0)	00 (0.0)	07 (8.8)
UNIDOS	02 (66.7)	01 (33.3)	00 (0.0)	00 (0.0)	03 (3.8)

* PORCENTAJES EN BASE A SUB TOTALES HORIZONTALES (POR ESTADO CIVIL)
** PORCENTAJES EN BASE A 80 PACIENTES
FUENTE: INSTRUMENTO APLICADOS.

Se determinó, antes del tratamiento antidepresivo, que en el grupo de los casados la mayoría no presentaba depresión, siendo ellos el 54.5%, pasando a 81.8% después del mismo. En el nivel de depresión mínima a leve los porcentajes

respectivos fueron 36.4% y 13.6%, mientras que en depresión de moderada a notable antes fue de 9.1% y luego del tratamiento de 4.5%. En los solteros, la ausencia de depresión antes del tratamiento fue de 52.5% y luego del mismo del 80.0%, en la categoría de leve a mínima pasa de un 27.5% a un 12.5%, en moderada a notable de 12.5% a 7.5% y en severa a extrema todos los tres (7.5%) no la presentan después.

Todos los viudos, tanto antes como después permanecieron por igual antes y después del tratamiento antidepresivo en la categoría de ausencia de depresión. En los divorciados, antes del tratamiento hubo un 42.9% sin depresión y después un 71.4%, con mínima a leve los porcentajes son de 57.1% contra 28.6%. Por último, los que están unidos, en ausencia antes son el 33.3% y después dobla a 66.7%, en mínima a leve se mantienen igual con 33.3%, pero en moderada a notable, el único paciente (33.3%) desaparece después del tratamiento en esta categoría.

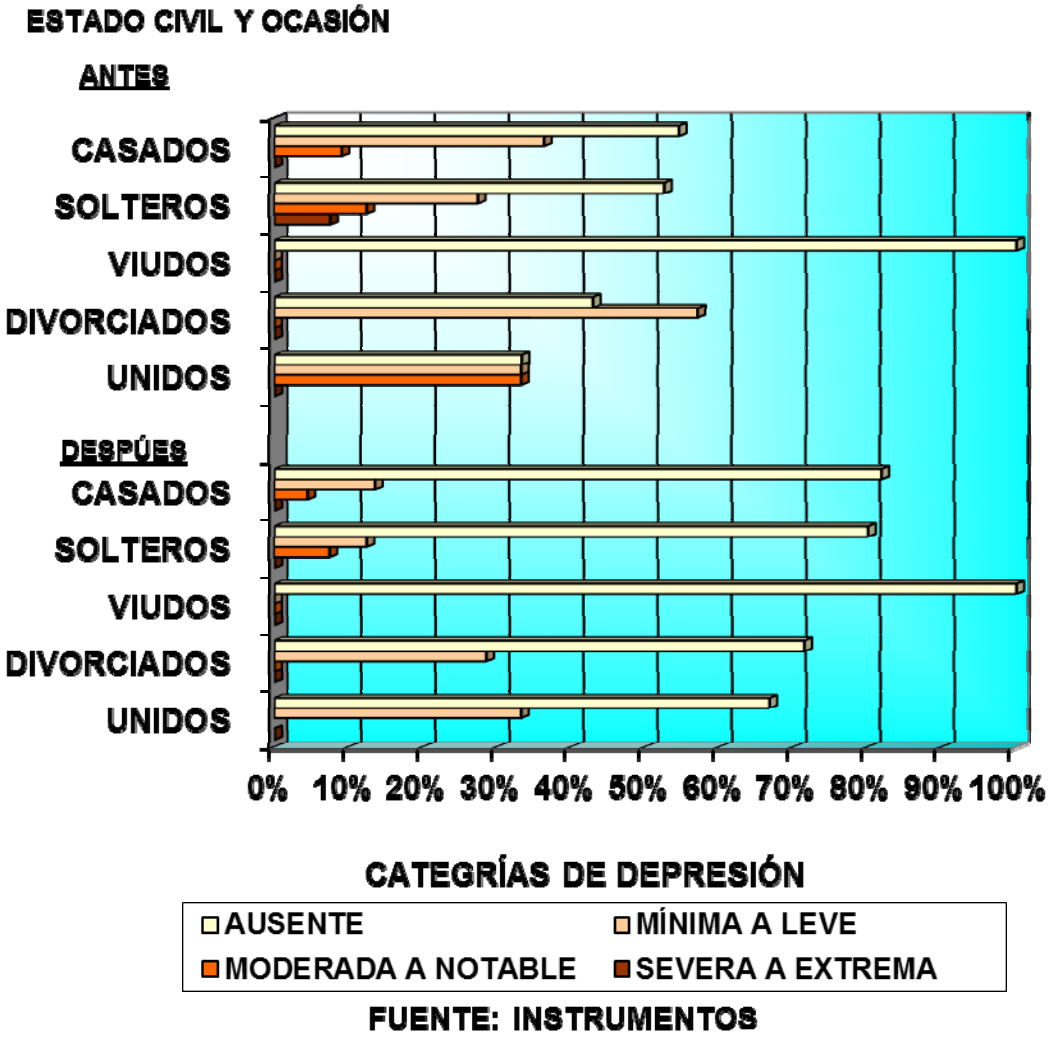
Los resultados anteriores demuestran que en todos los estados civiles, a excepción de los viudos, hubo una tendencia a disminuir los niveles de depresión.

GRAFICO No 6.

SÍNDROME DEPRESIVO Y SIDA

DISTRIBUCIÓN DE LOS SUJETOS INVESTIGADOS SEGÚN ESTADO CIVIL Y CATEGORÍAS DEL ÍNDICE DE EAD ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO

CONSULTA DE HIV. HOSPITAL UNIVERSITARIO



FUENTE: INSTRUMENTOS

CUADRO No. 7.

SÍNDROME DEPRESIVO Y SIDA

DISTRIBUCIÓN DE LOS SUJETOS INVESTIGADOS SEGÚN OCUPACIÓN CATEGORÍAS DEL ÍNDICE DE EAD ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO

CONSULTA DE HIV. HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ANGEL LARRALDE". VALENCIA. JULIO - SEPTIEMBRE 2003

	CATEGORÍAS DE DEPRESIÓN (EAD)				
OCUPACIÓN Y OCASIÓN DEL TRATAMIENTO	AUSENTE (%)*	MÍNIMA A LEVE (%)*	MODERADA A NOTABLE (%)*	SEVERA A EXTREMA (%)*	TOTAL (%)**
ANTES					
TÉCNICOS	11 (50.0)	08 (36.4)	02 (9.1)	01 (4.5)	22 (27.5)
OBREROS	06 (37.5)	09 (56.3)	01 (6.3)	00 (0.0)	16 (20.0)
COMERCIANTE	13 (92.9)	00 (0.0)	01 (7.1)	00 (0.0)	14 (17.5)
PROFESIONAL	05 (83.3)	00 (0.0)	01 (16.7)	00 (0.0)	06 (7.5)
OTRAS	10 (45.5)	07 (31.8)	03 (13.6)	02 (9.1)	22 (27.5)
DESPUÉS					
TÉCNICOS	18 (81.8)	02 (9.1)	02 (9.1)	00 (0.0)	22 (27.5)
OBREROS	12 (75.0)	04 (25.0)	00 (0.0)	00 (0.0)	16 (20.0)
COMERCIANTE	13 (92.9)	00 (0.0)	01 (7.1)	00 (0.0)	14 (17.5)
PROFESIONAL	06 (100)	00 (0.0)	00 (0.0)	00 (0.0)	06 (7.5)
OTRAS	16 (72.7)	05 (22.7)	01 (4.5)	00 (0.0)	22 (27.5)

* PORCENTAJES EN BASE A SUB TOTALES HORIZONTALES (POR OCUPACIÓN)
** PORCENTAJES EN BASE A 80 PACIENTES
FUENTE: INSTRUMENTO APLICADOS.

Se determinó, antes del tratamiento antidepresivo, que en el grupo de los técnicos la mayoría no presentaba depresión, siendo ellos el 50.0%, pasando a 81.8%

después del mismo. En el nivel de depresión mínima a leve los porcentajes respectivos fueron 36.4% y 9.1%, mientras que en depresión de moderada a notable se mantuvo igual (9.1%). En los obreros, la ausencia de depresión antes del tratamiento fue de 37.5% y luego del mismo del 75.0%, en la categoría de leve a mínima pasa de un 56.3% a un 25.0%, en moderada a notable de 6.3% a 0.0% la presentan después.

En los comerciantes no hubo variación alguna, pues la ausencia permanece en el mismo porcentaje del 92.9% y en moderada a notable también igual antes y después con un 7.1%. En los con ausencia antes en un 83.3% y luego un 100.0%. En otras ocupaciones, la ausencia antes es de 45.5% y después 72.2%, mientras que en mínima a leve cambia de 31.8% a 22.7%, de 13.6% de moderada a notable se convierte en un 4.5%, y en severa a extrema de un 9.1% a un 0.0%.

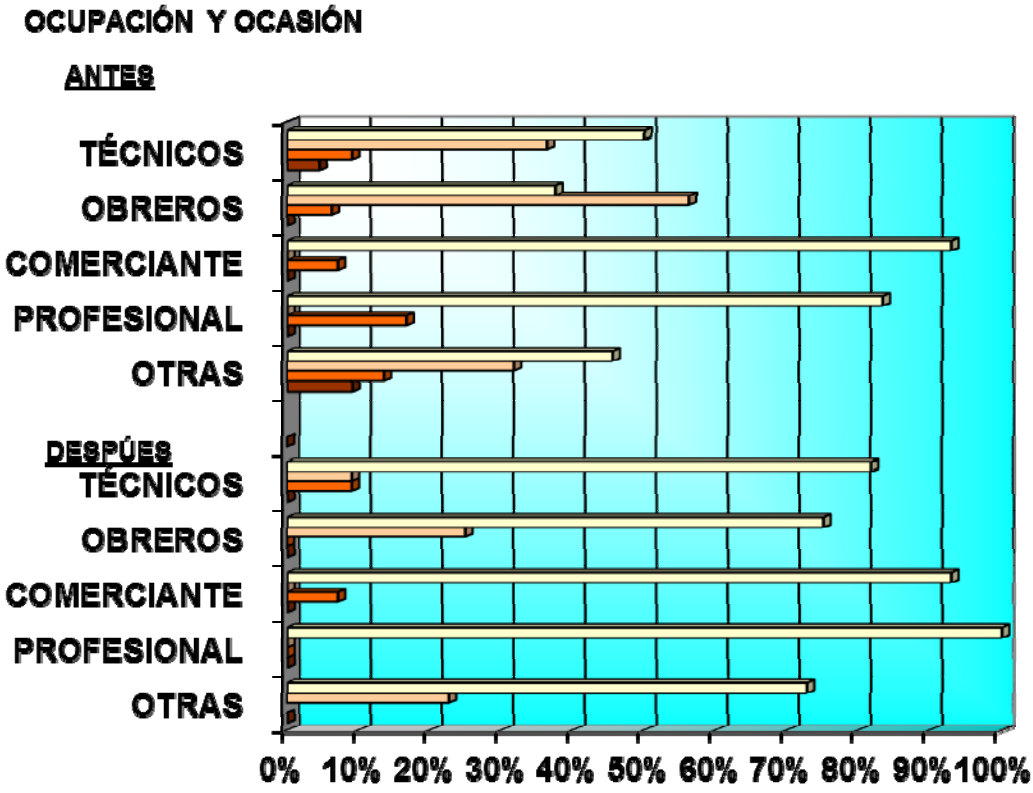
Los resultados anteriores demuestran que en todos los estados civiles, a excepción de los comerciantes, hubo una tendencia a disminuir los niveles de depresión.

GRAFICO No 7.

SÍNDROME DEPRESIVO Y SIDA

DISTRIBUCIÓN DE LOS SUJETOS INVESTIGADOS SEGÚN OCUPACIÓN Y CATEGORÍAS DEL ÍNDICE DE EAD ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO

CONSULTA DE HIV. HOSPITAL UNIVERSITARIO



FUENTE: INSTRUMENTOS

CUADRO No. 8.

SÍNDROME DEPRESIVO Y SIDA

VALORES MEDIOS (X) Y DE DESVIACIÓN ESTÁNDAR (S) DE LA PUNTUACIÓN DEL TEST DE ZUNG (MODIFICADO) SOBRE RASGOS DEPRESIVOS SEGÚN TIPO DE TRATAMIENTO ADMINISTRADO

CONSULTA DE HIV. HOSPITAL UNIVERSITARIO
"DR. ANGEL LARRALDE". VALENCIA. JULIO - SEPTIEMBRE 2003

	OCASIÓN		
TRATAMIENTO	ANTES X ± S*	DESPUÉS X ± S*	SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA (t Student; G. L.; p)
ANTIRETROVIRAL			
SI (n = 29)	40.0 ± 10.4	38.8 ± 9.0	1,882; 28; p > 0.05
NO (n = 51)	48.7 ± 13.2	43.5 ± 9.7	4.344; 50; p < 0.05
ANTIDEPRESIVO			
SI (n = 27)	58.5 ± 06.5	47.4 ± 6.0	6,496; 26; p < 0.05
NO (n = 53)	38.9 ± 10.0	38.9 ± 10.0	NO APLICA

* PUNTUACIÓN DEL TEST DE ZUNG (ADAPTAD0)
FUENTE: INSTRUMENTOS APLICADOS.

Los pacientes con tratamiento antiretroviral tuvieron antes del tratamiento antidepresivo un valor medio de la escala de Zung 40.0 y desviación estándar 10.4 siendo luego del mismo de 38.8 y 9.0 respectivamente, no siendo la diferencia significativa ($p > 0.05$). En los pacientes sin tratamiento antiretroviral, también los promedios disminuyen según la ocasión de la medición, pues antes es 48.7 con

desviación de 13.2 y después de 43.5 con 9.7, siendo, sin embargo, la diferencia de valores medios significativa ($p < 0.05$).

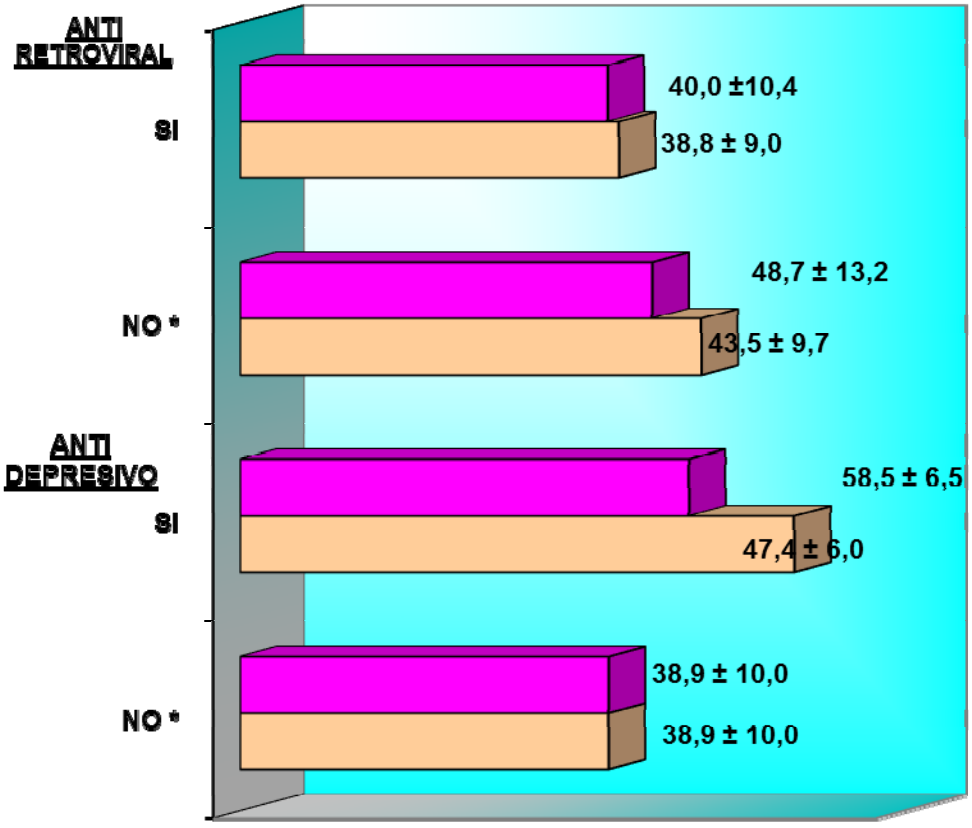
Los pacientes con tratamiento antidepresivo tuvieron antes del mismo un valor medio de 58.5 en la escala de Zung con desviación estándar de 6.5, disminuyendo el promedio luego del tratamiento mencionado a 47.4 con desviación de 6.0, resultando la diferencia entre ambos valores medios significativa a menos de un 5% de error ($p < 0.05$). En los pacientes sin tratamiento antiretroviral, no hubo variación entre los medios, según la ocasión en que los pacientes fueron evaluados, resultando el valor medio exactamente igual, es decir 38.9 con desviación igual 10.0.

GRAFICO No 8.

SÍNDROME DEPRESIVO Y SIDA

VALORES MEDIOS (X) Y DE DESVIACIÓN ESTÁNDAR (S) DE LA PUNTUACIÓN DEL TEST DE ZUNG (MODIFICADO) SOBRE RASGOS DEPRESIVOS SEGÚN TIPO DE TRATAMIENTO ADMINISTRADO

CONSULTA DE HIV. HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ANGEL LARRALDE". VALENCIA. JULIO - SEPTIEMBRE 2003



FUENTE: INSTRUMENTOS

CUADRO No. 9.

SÍNDROME DEPRESIVO Y SIDA

VALORES MEDIOS (X) Y DE DESVIACIÓN ESTÁNDAR (S) DE LA PUNTUACIÓN DEL TEST DE ZUNG (MODIFICADO) SOBRE RASGOS DEPRESIVOS SEGÚN COMBINACIÓN DE TRATAMIENTOS ADMINISTRADOS

CONSULTA DE HIV. HOSPITAL UNIVERSITARIO
"DR. ANGEL LARRALDE". VALENCIA. JULIO - SEPTIEMBRE 2003

	OCASIÓN		
COMBINACIÓN DE TRATAMIENTOS	ANTES X ± S*	DESPUÉS X ± S*	SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA (t Student; G. L.; p)
CON ANTIRETROVIRAL			
MÁS ANTIDEPRESIVO (n = 5)	55.4 ± 1.9	48.2 ± 6.4	2.777; 4; $p < 0.05$
SIN ANTIDEPRESIVO (n = 24)	36.8 ± 8.3	36.8 ± 8.3	NO APLICA
CON ANTIDEPRESIVO			
SIN ANTIRETROVIRAL (n = 22)	59.3 ± 7.0	47.2 ± 6.1	6.047; 21; $p < 0.05$
NINGUNO (n = 29)	40.7 ± 11.0	40.7 ± 11.0	NO APLICA

* PUNTUACIÓN DEL TEST DE ZUNG (ADAPTAD0)
FUENTE: INSTRUMENTOS APLICADOS.

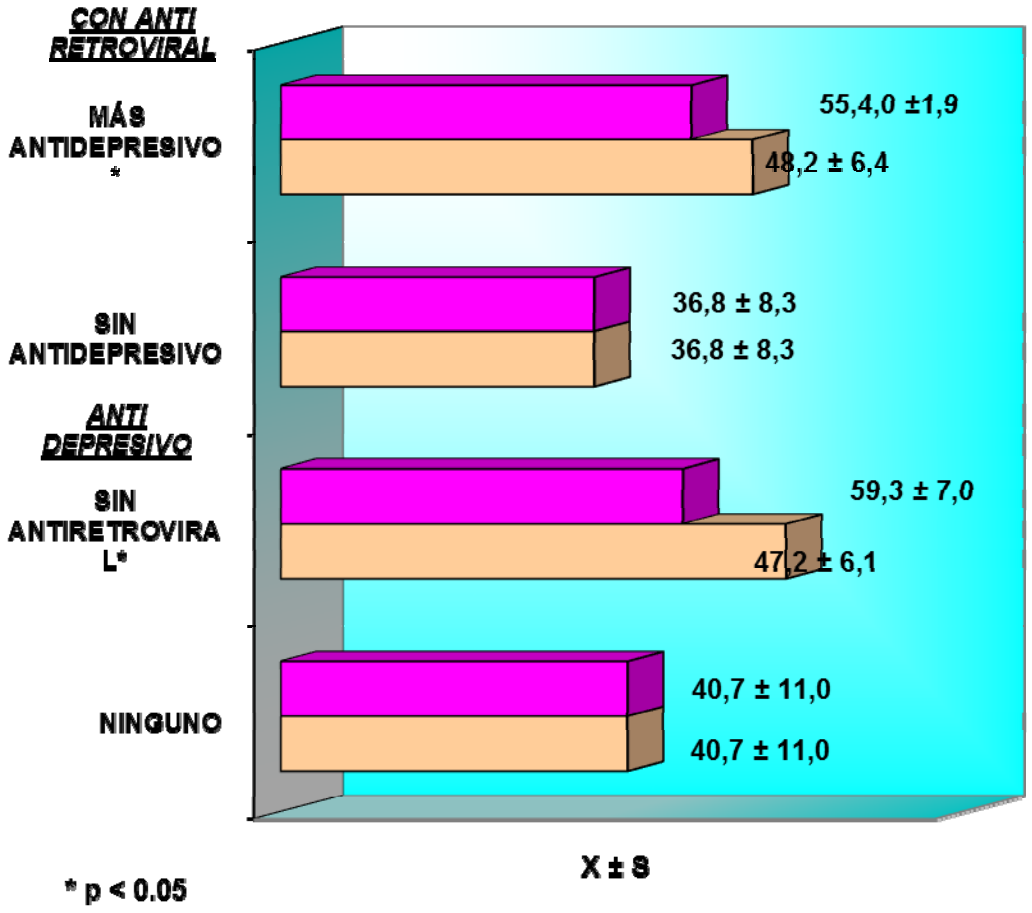
Al evaluar la combinación de tratamientos, se obtuvo diferencias significativas ($p < 0.05$) en los valores medios del Test de Zung, cuando el tratamiento antidepresivo fue administrado. Así, en el grupo con ambos tratamientos (5; 6.25%) el valor antes del tratamiento antidepresivo del Test mencionado, fue de 55.4 con desviación de 1.9 siendo luego del mismo de 48.2 con desviación de 6.4. Para los 22 (27.5%) pacientes con tratamiento antidepresivo pero sin tratamiento

acompañante antiretroviral, los valores medios respectivos fueron de 59.3 con desviación de 7.0, y de 47.2 con desviación de 6.1.

En los pacientes sin tratamiento antidepresivo, no hubo variación alguna en los valores medios del Test de Zung, resultando ambos grupos: sólo con tratamiento antiretroviral (24; 30.0%) y sin ninguno de los dos (29; 36.25%) con iguales valores medios y desviación estándar.

GRAFICO No 9.

SÍNDROME DEPRESIVO Y SIDA
VALORES MEDIOS (X) Y DE DESVIACIÓN ESTÁNDAR (S) DE LA PUNTUACIÓN
DEL TEST DE ZUNG (MODIFICADO) SOBRE RASGOS DEPRESIVOS
SEGÚN COMBINACIÓN DE TRATAMIENTOS ADMINISTRADOS
CONSULTA DE HIV. HOSPITAL UNIVERSITARIO
"DR. ANGEL LARRALDE". VALENCIA. JULIO - SEPTIEMBRE 2003



FUENTE: INSTRUMENTOS

3.5. Discusión.

En el presente estudio observamos que el grupo más afectado por el HIV/SIDA corresponde a la población de 25-45 años, con proporción de acuerdo al sexo similar, y esto pudiera estar relacionado con la mayor predisposición a vida sexual activa, Drogadicción mayor frecuencia de accidentes y enfermedades que ameriten Hemoderivados, en dicho grupo.

Por otra parte en el estado civil la proporción de casos con depresión y HIV/SIDA fue mayor en los solteros y divorciados; probablemente por la inestabilidad emocional que incide negativamente en estos pacientes y aunque la respuesta al fármaco Sertralina fue satisfactoria, el grupo de los viudos no mostró mejoría y es en ellos donde quizás la ausencia de pareja incide en la prevalencia del trastorno depresivo.

Cuando relacionamos la depresión con ocupación o profesión notamos que los profesionales y comerciantes presentaron mejor perfil al Test de Zung; con escasa o nula depresión, lo que deja ver que la estabilidad económica así como el ingreso per cápita son otros factores que actúan en los pacientes HIV/SIDA con trastornos depresivos.

Por ultimo notamos que en los casos sin tratamiento antiretroviral la administración del fármaco genero una respuesta estadísticamente significativa en la aplicación del Test de Zung; lo que habla a favor de buena tolerancia y seguridad cuando se administra a estos pacientes cuyo estado anímico ya se encuentra afectado por dos factores, a saber:

1) La presencia misma del HIV/SIDA.
2) La falta de terapéutica específica contra el virus con fármacos antirretrovirales accesibles a cada caso.

3.6. Conclusiones

1. El uso de inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina modifica los síntomas de la depresión en pacientes HIV/SIDA y esta respuesta es independiente de si el paciente está en tratamiento con drogas antiretrovirales.
2. La depresión está presente en el paciente HIV/SIDA de manera significativa.
3. En la relación masculino-femenina la proporción de casos es similar.
4. Los solteros y viudos están más propensos a padecer del síndrome depresivo que los casados o con pareja estable.
5. La administración de fármacos antirretrovirales de manera regular no influye significativamente en la respuesta a la administración de Sertralina.

3.8. Recomendaciones.

1) Consideramos conveniente la aplicación de Test o escalas de depresión a todos los pacientes que acuden a la consulta de HIV/SIDA en las instituciones hospitalarias para el diagnóstico precoz de los casos

2) Sugerimos una vez descartados todos los procesos que generan signos y síntomas que tienden a confundir la administración de fármacos antidepresivos.

3) Se recomienda que los fármacos empleados sean accesibles económicamente para los pacientes o que las instituciones prestatarias de salud incluyan dentro de su arsenal farmacológico drogas para controlar la depresión.

4) La creación de grupos de psicoterapia de apoyo como parte del equipo multidisciplinario de salud para este grupo de pacientes, con diagnóstico de trastornos del estado anímico y dentro de estos la depresión.

5) Incentivar más que alertar a todos los profesionales médicos internistas o no, al adecuado y certero diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos de HIV/SIDA que llegan a los organismos de salud públicos y privados.

6) Fomentar un estudio de mayor transcendencia con aplicación de otros fármacos antidepresivos y de esta forma obtener normas o parámetros adecuados de evolución clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Farreras, (1.998): Depresión y otros trastornos del Humor, Principios de Medicina Interna. 18 Ed. Editorial Doyma.
2. Drebing, C.E. (1.994). Confounding factors in the measurement of depression in HIV. J Pers Asses, 62(1): 68-83.
3. Tucker J.S (2.003) Sustance use and mental health correlates of nonadiference to antiretroviral medications in a sample of patients with VIH. Aids. American Journal of medicine 114 (7): 573-80.
4. Aglichman S. C. (2.000) Depression and thoughts of suicide among middleage and older person living with HIV-Aids. American Journal of medicine. 51 (7): 903-7.
5. Ferrando SJ; (1.997) Selective serotonin reuptake inhibitor treatment of Depressión in Symptomatic HIV/Aids; Gen Hosp. Psyquiatry; 19(2): 89-97.
6. Perkins Do. (1.995) Somatic symptoms and HIV infection: relationship to depressive symptoms and indicators of HIV disease. 152(12): 1776-81.
7. Belking Gs. (1.992) Physical symptoms and depressive symptoms among individuals with HIV infection. 33 (4): 416-27.
8. Cruess Dg. (2.003) Depression and HIV infection: impact on immune function and disease progression. 8(1): 52-8.
9. Rabkin Jg. (1.995) Depressive disorder and HIV disease: an uncommon association. 10(9): 1-4.

10. Maj M. (1.996) Depressive syndromes and symptoms in subjects with human immunodeficiency virus (HIV) infection. (30): 117-22.
11. Savard J. (1.998) Evaluating anxiety and depression in HIV-infected patients. 71 (3): 349-67.
12. Savetsky JB. (2.001) Evolution of depressive symptoms in human immunodeficiency virus-infected patients entering primary care. 189(2):76-83.
13. Penzak SR. (2.000) Depression in patients with HIV infection. 57(4): 376-86; 387-9.
14. Ciesla JA. (2.001) Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. 158(5): 725-30.
15. Morrinson MF. (2.002) Depressive and anxiety disorders in women with HIV infection. 159(5): 789-96.
16. Kalichman SC. (2.000) Depression and thoughts of suicide among middle-aged and older persons living with HIV-AIDS. 51(7): 903-7.
17. Bornstein RA. (1.993) Depression and neuropsychological performance in asymptomatic HIV infection. 150(6): 922-7.
18. Lyketsos CG. (1.993) Depressive symptoms as predictors of medical outcomes in HIV infection. Multicenter AIDS Cohort Study. 270(21): 2.563-7.
19. Cockram A. (1.999) The evaluation of depression in inpatients with HIV disease. 33(3): 344-52.

ANEXOS

T E S T D E D E P R E S I Ó N

Lea cada declaración cuidadosamente. Marque el ítem que mejor responda a la forma como usted se ha sentido durante las últimas dos semanas. Para las declaraciones 5 y 7, si usted está a dieta, conteste como si no lo estuviera.

1. Me siento descorazonado, melancólico y triste.	
a/ Nunca o muy pocas veces	☐ (1)
b/ Algunas veces	☐ (2)
c/ Frecuentemente	☐ (3)
d/ La mayoría del tiempo o siempre	☐ (4)

2. Por la mañana es cuando mejor me siento.	
a/ Nunca o muy pocas veces	☐ (4)
b/ Algunas veces	☐ (3)
c/ Frecuentemente	☐ (2)
d/ La mayoría del tiempo o siempre	☐ (1)

3. Siento deseos de llorar.	
a/ Nunca o muy pocas veces	☐ (1)
b/ Algunas veces	☐ (2)
c/ Frecuentemente	☐ (3)
d/ La mayoría del tiempo o siempre	☐ (4)

4. Me cuesta trabajo dormir durante la noche.	
a/ Nunca o muy pocas veces	☐ (1)
b/ Algunas veces	☐ (2)
c/ Frecuentemente	☐ (3)
d/ La mayoría del tiempo o siempre	☐ (4)
5. Como tanto como solía comer antes.	
a/ Nunca o muy pocas veces	☐ (4)
b/ Algunas veces	☐ (3)
c/ Frecuentemente	☐ (2)
d/ La mayoría del tiempo o siempre	☐ (1)
6. Disfruto conversando, mirando y estando con mujeres/hombres atractivos.	
a/ Nunca o muy pocas veces	☐ (4)
b/ Algunas veces	☐ (3)
c/ Frecuentemente	☐ (2)
d/ La mayoría del tiempo o siempre	☐ (1)
7. Noto que estoy perdiendo peso.	
a/ Nunca o muy pocas veces	☐ (1)
b/ Algunas veces	☐ (2)
c/ Frecuentemente	☐ (3)
d/ La mayoría del tiempo o siempre	☐ (4)

8. Tengo problemas de estreñimiento.	
a/ Nunca o muy pocas veces	☐ (1)
b/ Algunas veces	☐ (2)
c/ Frecuentemente	☐ (3)
d/ La mayoría del tiempo o siempre	☐ (4)
9. Mi corazón late más rápidamente que lo normal.	
a/ Nunca o muy pocas veces	☐ (1)
b/ Algunas veces	☐ (2)
c/ Frecuentemente	☐ (3)
d/ La mayoría del tiempo o siempre	☐ (4)
10. Me canso sin motivo.	
a/ Nunca o muy pocas veces	☐ (1)
b/ Algunas veces	☐ (2)
c/ Frecuentemente	☐ (3)
d/ La mayoría del tiempo o siempre	☐ (4)
11. Mi mente está tan despejada como siempre.	
a/ Nunca o muy pocas veces	☐ (4)
b/ Algunas veces	☐ (3)
c/ Frecuentemente	☐ (2)
d/ La mayoría del tiempo o siempre	☐ (1)

12. Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer.	
a/ Nunca o muy pocas veces	(4)
b/ Algunas veces	(3)
c/ Frecuentemente	(2)
d/ La mayoría del tiempo o siempre	(1)
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.	
a/ Nunca o muy pocas veces	(1)
b/ Algunas veces	(2)
c/ Frecuentemente	(3)
d/ La mayoría del tiempo o siempre	(4)
14. Tengo esperanzas en el futuro.	
a/ Nunca o muy pocas veces	(4)
b/ Algunas veces	(3)
c/ Frecuentemente	(2)
d/ La mayoría del tiempo o siempre	(1)
15. Me irrito más de lo normal.	
a/ Nunca o muy pocas veces	(1)
b/ Algunas veces	(2)
c/ Frecuentemente	(3)
d/ La mayoría del tiempo o siempre	(4)

16. Encuentro fácil el tomar decisiones.	
a/ Nunca o muy pocas veces	☐ (4)
b/ Algunas veces	☐ (3)
c/ Frecuentemente	☐ (2)
d/ La mayoría del tiempo o siempre	☐ (1)
17. Siento que me necesitan y que soy útil.	
a/ Nunca o muy pocas veces	☐ (4)
b/ Algunas veces	☐ (3)
c/ Frecuentemente	☐ (2)
d/ La mayoría del tiempo o siempre	☐ (1)
18. Llevo una vida satisfactoria.	
a/ Nunca o muy pocas veces	☐ (4)
b/ Algunas veces	☐ (3)
c/ Frecuentemente	☐ (2)
d/ La mayoría del tiempo o siempre	☐ (1)
19. Siento que los demás estarían mejor si yo estuviese muerto.	
a/ Nunca o muy pocas veces	☐ (1)
b/ Algunas veces	☐ (2)
c/ Frecuentemente	☐ (3)
d/ La mayoría del tiempo o siempre	☐ (4)

20. Todavía disfruto de las cosas que solía hacer.	
a/ Nunca o muy pocas veces	☐ (4)
b/ Algunas veces	☐ (3)
c/ Frecuentemente	☐ (2)
d/ La mayoría del tiempo o siempre	☐ (1)

PUNTAJE NETO: Sume todas las respuestas. Luego compare su puntuación con el índice de EAD en la siguiente tabla:

CONVERSIÓN DE LA PUNTUACIÓN BRUTA AL INDICE DE EAD									
Punt.Bruta	Ind. EAD	Punt.Bruta	Ind. EAD	Punt.Bruta	Ind. EAD	Punt.Bruta	Ind. EAD	Punt.Bruta	Ind. EAD
20	25	32	40	44	55	56	70	68	85
21	26	33	41	45	56	57	71	69	86
22	28	34	43	46	58	58	73	70	88
23	29	35	44	47	59	59	74	71	89
24	30	36	45	48	60	60	75	72	90
25	31	37	46	49	61	61	76	73	91
26	33	38	48	50	63	62	78	74	92
27	34	39	49	51	64	63	79	75	94
28	35	40	50	52	65	64	80	76	95
29	36	41	51	53	66	65	81	77	96
30	38	42	53	54	68	66	83	78	98
31	39	43	54	55	69	67	84	79	99
								80	100

Ahora, con el índice de EAD extraído de la tabla, obtenga el resultado del test mediante este cuadro:

INDICE EAD	IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL EQUIVALENTE
Debajo de 50	Dentro de lo normal, sin psicopatología
50-59	Presencia de depresión (de mínima a leve)
60-69	Presencia de depresión (de moderada a notable)
70 ó más	Presencia de depresión (de severa a extrema)