

Problemas psicológicos y psiquiátricos en VIH

M^a Victoria Gordillo

I Simposio de Psiquiatria y VIH

Barcelona, 22 Mayo 2008

Necesidad y problemática

- Complejidad biológica, psicológica y social
- Existen datos que indican mayor tasa de problemas mentales en VIH (30-50% vs 15-30%)
- Importancia por morbilidad, calidad de vida y adherencia al tratamiento.
- Estudios realizados:
 - Sesgos en las muestras
 - Estadio desarrollo VIH
 - Metodología:
 - transversal
 - grupo de control

Factores que influyen

- Existencia de trastornos previos (38-73%)
 - Abuso de sustancias y trastornos personalidad
- Factores asociados al VIH:
 - Impacto de la comunicación. Deterioro salud
 - HAART y efectos secundarios
- Características demográficas (edad, sexo, raza, etc)
- Personalidad (afrontamiento y rasgos)
- Falta apoyo social actual (aislamiento, relación personal, apertura, problemas económicos y sociales)

Tipo de trastornos (I)

- **Trastornos adaptativos** ante el diagnóstico.
- **Trastornos de la afectividad:**
 - Depresión
 - Ideas suicidas (o intentos). Distribución bimodal.
 - Manía o trastornos esquizoides: suele darse en fases avanzadas y en hospitalización (4-8%)
- **Ansiedad y trastornos asociados** (4-19%)
 - pánico, estrés postraumático, fobias, t. obsesivo-compulsivos. No suele alcanzar un nivel clínico.

Depresión

- Uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en VIH.
- Prevalencia: 5% de la población y 10% en enfermos crónicos. VIH: 20-35%.
Mujeres 42% (Ickovics et al. *JAMA* 2001)
- Deterioro cognitivo y demencia presentan síntomas semejantes.
- Medicación neurotóxica que puede ocasionar trastornos afectivos. Otras condiciones clínicas.
- ¿Relación con progresión de la enfermedad? CD4 (Burack et al. 1993; Lyketsos et al.1993)

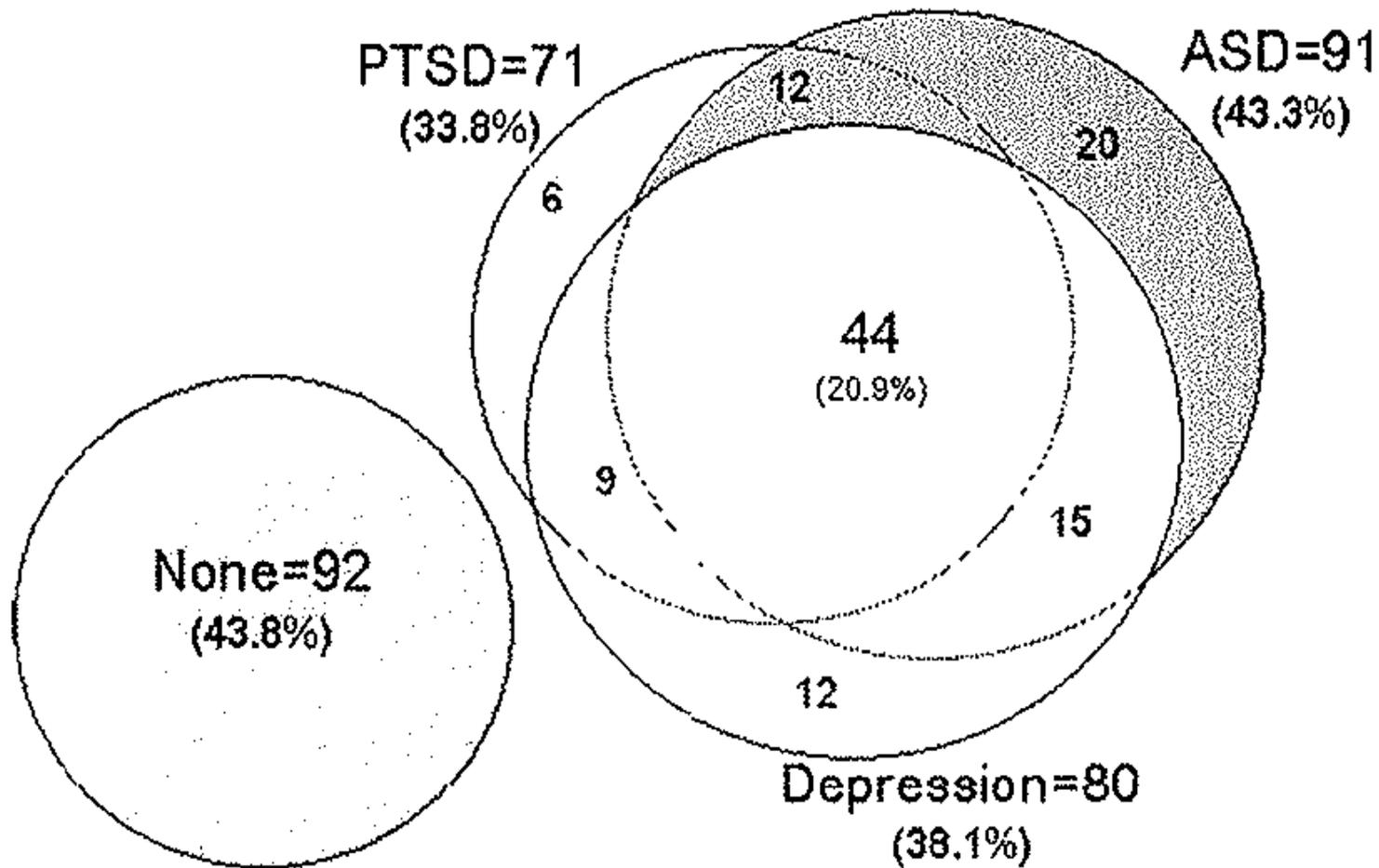
VARIABLES PSICOLÓGICAS

Proyecto investigación: Mujeres VIH en prisión (CAM, 2004)

	VIH (%) n=90	Control (%) n=75	Total (%) n=165
<hr/>			
Principales conflictos en el centro			
Consumo de Drogas	58 (64,4)	40(54,8)	98 (60,1)
Problemas de comunicación	15 (16,7)	21 (28,8)	36 (22,1)
Ninguno	10 (11,1)	8 (11,0)	18 (11,0)
Otros	7 (7,8)	4 (5,5)	11(6,7)
<hr/>			
Depresión*			
No deprimidos	25 (29,8)	33 (44,6)	58 (36,7)
Deprimidos	59 (70,2)	41 (55,4)	100 (63,3)
<hr/>			
Nivel de Ansiedad Rasgo			
50 (media)	7 (8,0)	2 (2,7)	9 (5,6)
51-75 (alta)	27 (31,0)	22 (29,7)	49 (30,4)
76-99 (muy alta)	39 (44,8)	37(50,0)	76 (47,6)
49-25 (baja)	10 (11,5)	10 (13,5)	20 (12,4)
26-1 (muy baja)	4 (4,6)	3 (4,1)	7 (4,3)
<hr/>			
Nivel de Ansiedad Estado*			
50 (media)	12 (13,8)	13 (17,6)	25 (15,5)
51-75 (alta)	51 (58,6)	30 (40,5)	81 (50,3)
76-99 (muy alta)	7 (8,0)	16 (21,6)	23 (14,3)
49-25 (baja)	9 (10,3)	12 (16,2)	21 (13,0)
26-1 (muy baja)	8 (9,2)	3 (4,1)	11 (6,8)
<hr/>			
Autoestima			
Autoestima baja	7 (8,5)	5 (7,9)	12 (8,3)
Autoestima media	35 (42,7)	26 (41,3)	61 (42,1)
Autoestima alta	40 (48,8)	32 (50,8)	72 (49,7)
<hr/>			

Study (country, year)	Population	Depression measure
Li et al. (US, 2005)	n=873 Male: 100% Depression: 28%	CES-D>15
Anastos et al. (US, 2005)	n=961 Women:100% IDU: 32% Depression: 50%	CES-D>15
Ammasarri et al. (Italy, 2004)	n=135 Male:65% Active drug use:9% Depression:24%	Montgomery Asburg>19
Barfod et al. (Denmark, 2005)	n= 887 Male: 79% IDU:4% Depression: 47%	Single question on depression
Gordillo et al. (Spain, 1999)	n=366 Male:76% IDU: 44% Depression: 40%	BDI>14
Tucker et al (US, 2003)	N=1910 Male:78% IDU: 28% Depression: 16%	CIDI

HIV positive Adolescents: n=34 (27 female, 7 male)		Previous and current psychiatric diagnoses
Previous psychiatric information	N (%)	
Conduct disorder	9 (26)	
Mood disorder (depression, dysthymia)	9 (26)	
Adjustment disorder	10 (29)	
Substance abuse	4 (12)	
SCID-P-Diagnosis*		
No diagnosis	5 (15)	
Mood disorder ever	23 (68)	
Substance abuse ever	20 (59)	
Current major depression	15 (44)	



Co-morbidity of Diagnostic Symptoms for PTSD, Acute Stress and Depression among HIV infected patients, n=210.
 (Israelski et al. *AIDS Care*, 2007, 19: 220-225)

Tipo de trastornos (II)

■ Disfunción sexual (40-60%):

- Hombres y mujeres.
- Surge al pasar a ser una enfermedad crónica.
- No hay una sola causa:
 - Dificultad relación, miedo y estrés, o efectos colaterales del tratamiento y la enfermedad

■ Problemas varios:

- Con dimensión médica y psicológica:
 - Insomnio, fatiga, trastornos alimentación, dolor, comorbidad hepatitis C, etc.
- Psicosis (0,2-15%) (mania o disfunción cerebral)
- Abuso de sustancias (alcohol y drogas) (30-64%)
- Trastornos de personalidad (30%):
 - Bordeline, antisocial, dependiente, pasivo-agresivo, histriónico, etc

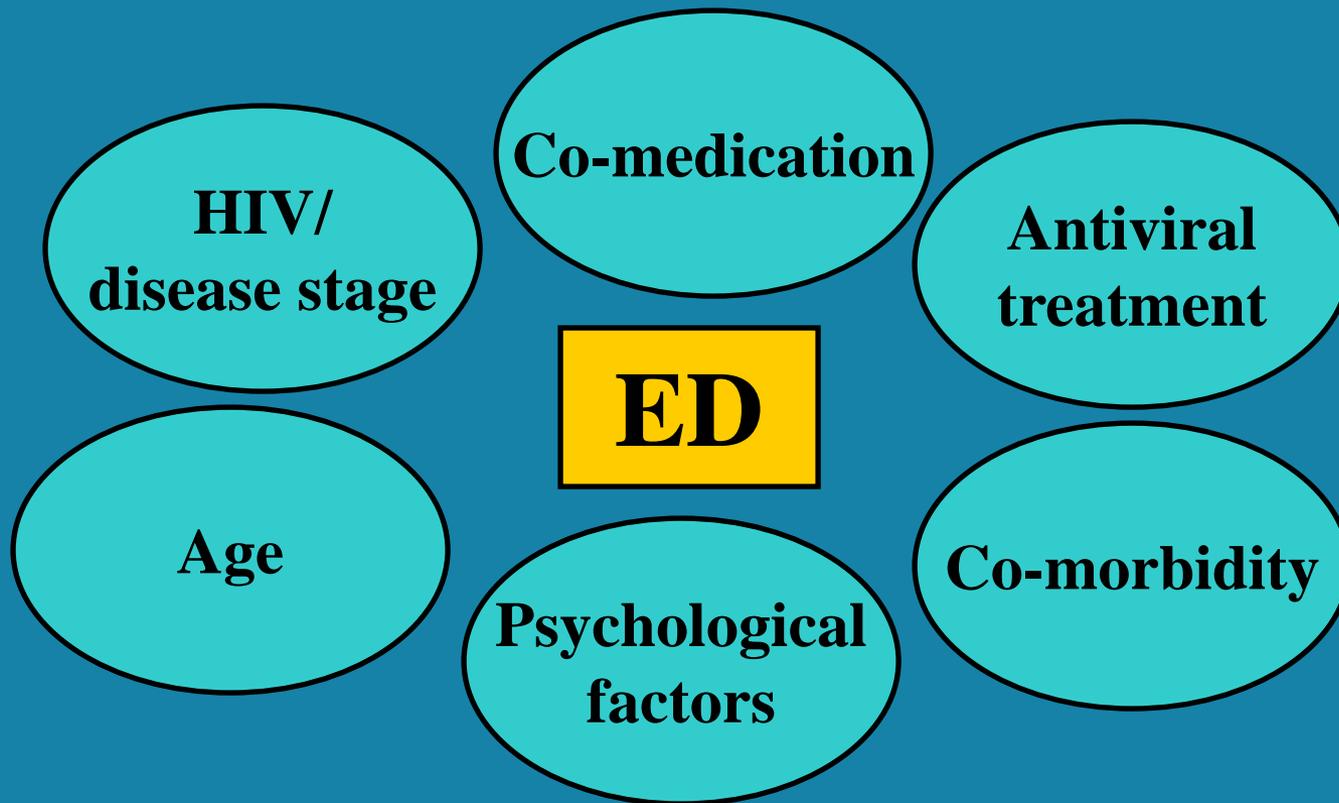
Prevalence of erectile dysfunction

Grade	Score	n(%)
absent	>26	138 (27.1)
mild	17 to 25	152 (29.8)
moderate	11 to 16	148 (29.0)
severe	6 to 10	72 (14.1)
missing		158

Eurosupport III Sexual Dysfunction study

Conclusions Men

Erectile dysfunction in HIV + men is frequent with multifactorial causation



Consumo de Drogas

Proyecto investigación: Mujeres VIH en prisión (CAM, 2004)

Grupo	VIH(%) N=90	Control (%) N=75	Total (%) N=165
<hr/>			
UDVP			
	Si 68 (75,6)		68 (41,2)
	No 22 (24,4)	75 (100)	97 (58,8)
<hr/>			
Policonsumo **			
Si	64 (71,1)	11 (14,7)	75 (45,5)
No	25 (27,8)	64 (85,3)	89 (53,9)
<hr/>			
Sustancias consumidas **			
Tabaco	48 (53,3)	32 (42,7)	80 (48,5)
Alcohol	5 (5,6)	4 (5,3)	9 (5,5)
Cannabis/hachis	22 (24,4)	5 (6,7)	27 (16,4)
Drogas diseño	1 (1,1)		1 (0,6)
Heroína	10 (11,1)		10 (6,1)
Metadona	2 (2,2)	4 (5,3)	6 (3,6)
Ninguna	2 (2,2)	30 (40,4)	32 (19,4)
<hr/>			
Programa de Deshabitación			
	Si 66 (73,3)	14 (18,7)	80 (48,50)
	No 24 (26,7)	61 (81,37)	85 (51,5)
<hr/>			

* p<0.05

**p<0.01

Tabla 1. Medias y desviaciones estándar para las variables de estudio por género (Gordillo et al. en prensa)

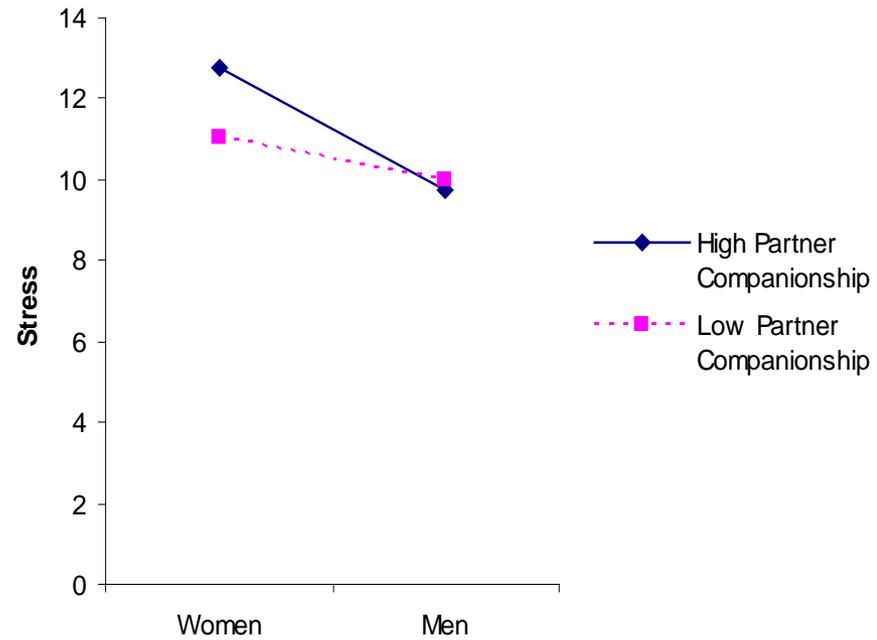
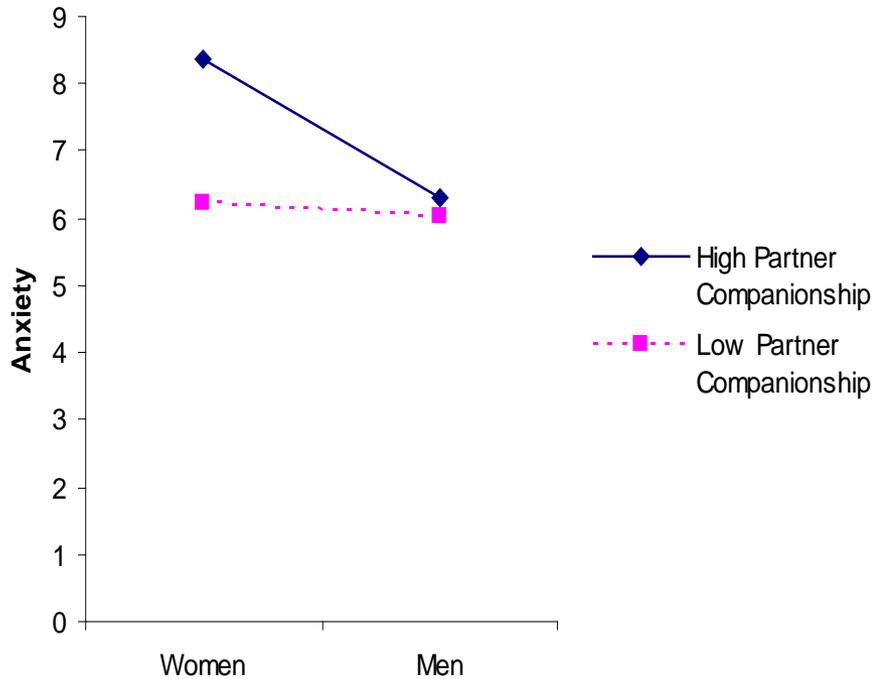
	Hombres (n=307)	Mujeres (n= 102)	
	Media (SD)	Media (SD)	t-valor
Estrés	6.30 (4.6)	8.42 (4.7)	4.00^{***}
Depresión	4.63 (4.9)	6.18 (4.8)	2.81^{**}
Ansiedad	3.71 (3.9)	4.88 (4.4)	2.54^{**}

***p < .05; **p < .01; ***p < .001**

Tabla 2. Medias y desviaciones estándar para los tipos de apoyo social por género (Gordillo et al. en prensa)

	HOMBRES (n = 307)	MUJERES (n = 102)	
	Media (SD)	Media (SD)	t
Apoyo familiar			
Emocional	3.84 (1.4)	3.44 (.17)	-2.15*
Compañía	3.90 (1.5)	3.45 (1.7)	-2.37*
Informativo	3.81 (1.6)	3.52 (1.7)	-1.54
Instrumental	3.48 (1.7)	3.36 (1.6)	-.64
Apoyo de la pareja			
Emocional	4.52 (1.2)	4.11 (1.7)	-2.27*
Compañía	4.28 (1.2)	3.83 (1.5)	<u>-2.64**</u>
Informativo	4.20 (1.3)	3.78 (1.5)	<u>-2.51**</u>
Instrumental	4.02 (1.3)	3.77 (1.6)	-1.46

Apoyo del partner como moderador de la asociación entre género y estrés y género y ansiedad (Gordillo et al. en prensa)



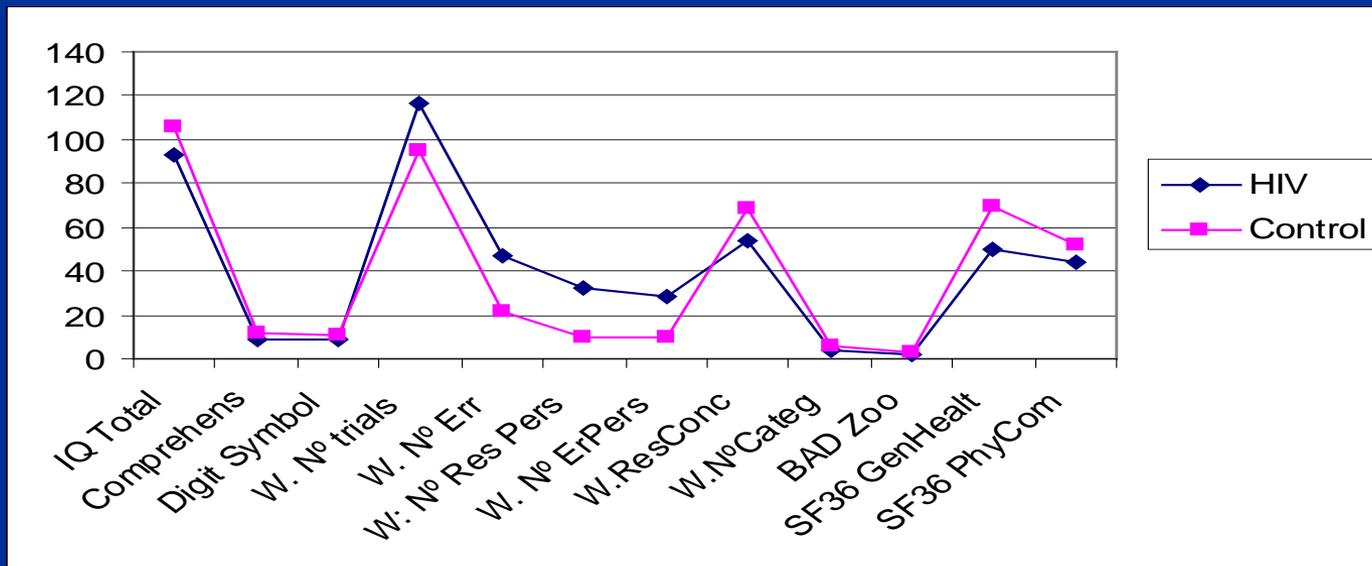
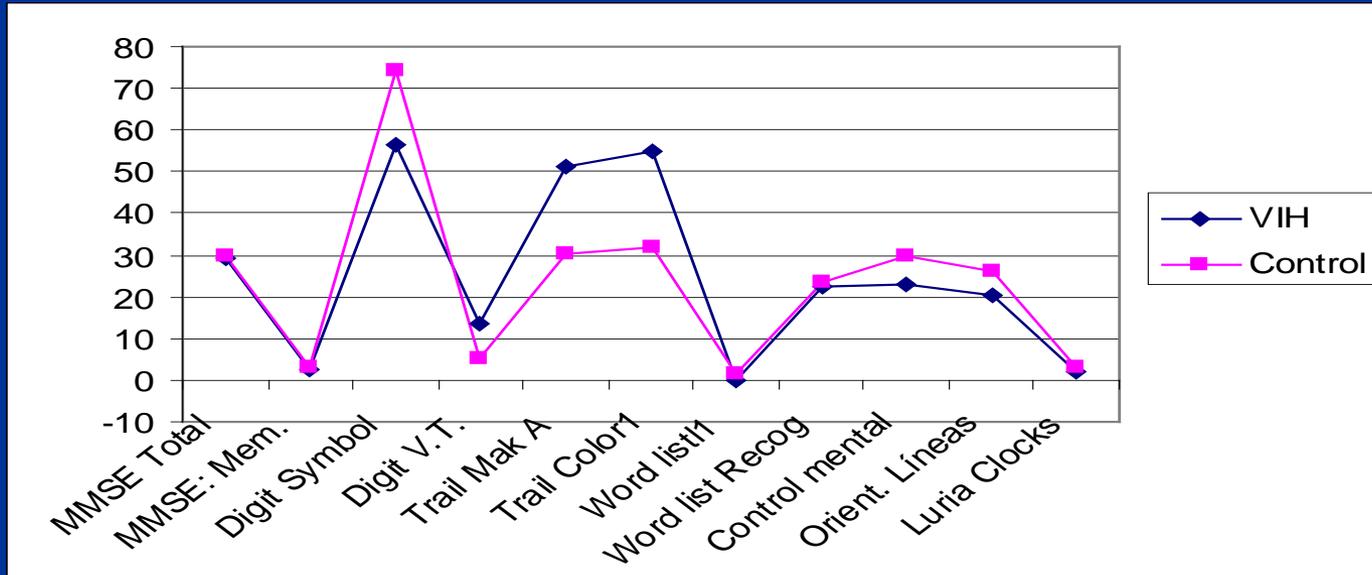
Tipo de trastornos (III)

- **Demencia y deterioro cognitivo:**
 - Demencia asociada al sida: característica del progreso de la enfermedad (6-20%)
 - El deterioro cognitivo afecta a más de un 50%.
 - Paralelo con la reducción de CD4+
 - HAART? Reserva cognitiva? Trastornos psiquiátricos asociados?

1. Diferencias entre el grupo VIH y el de control en variables neuropsicológicas

- Funcionamiento neurocognitivo grupo VIH: **inferior** al del grupo de control (pero sin cumplir criterios de demencia).
- Déficits más evidentes en medidas que requieren:
procesamiento de la información y rapidez psicomotora, atención focalizada, control ejecutivo y eficacia en el aprendizaje.

Diferencias entre el grupo VIH y el de control

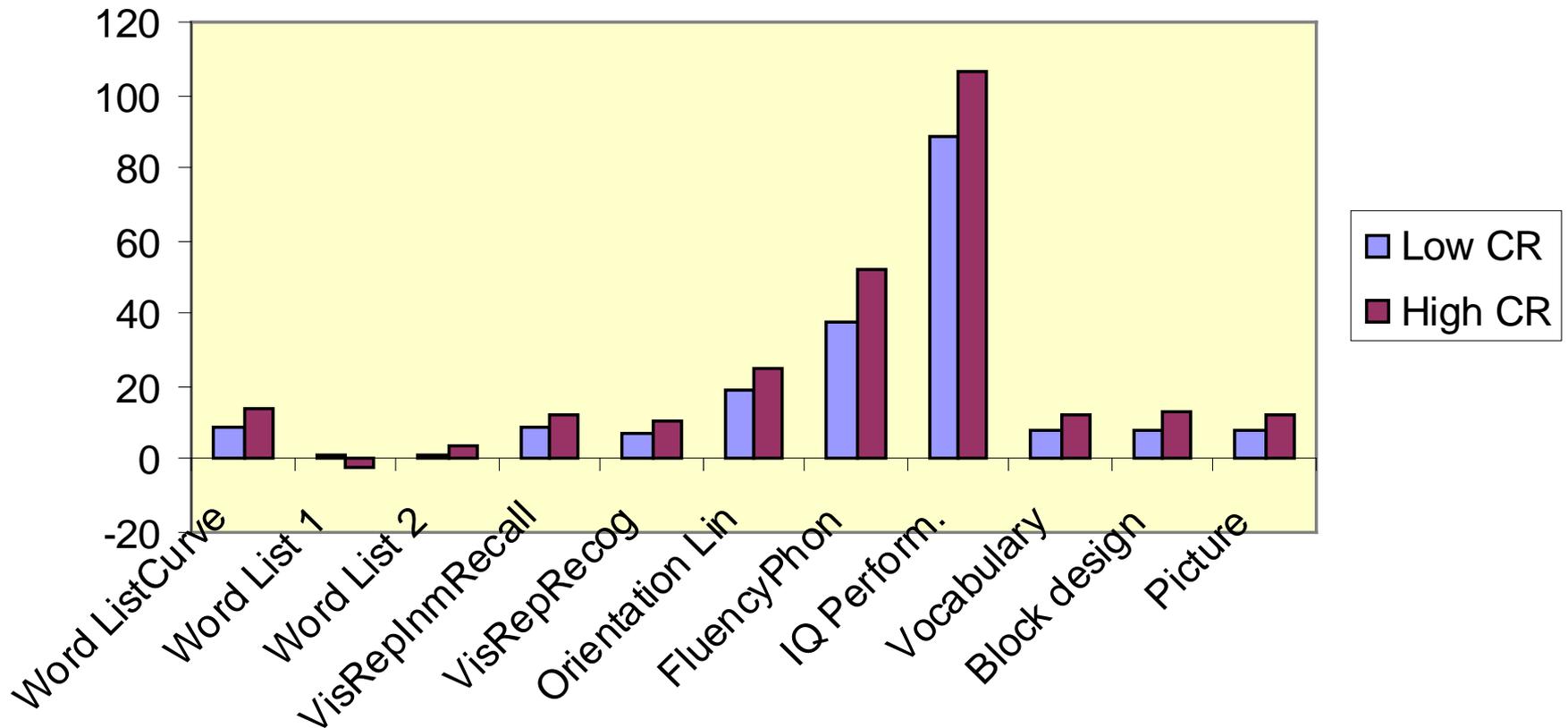


2. Diferencias en variables neuropsicológicas según la Reserva Cognitiva

Los pacientes VIH con baja reserva cognitiva mostraron mayores déficits que los que tenían alta reserva cognitiva en:

- **memoria** (WMS-III, Word List),
- **aprendizaje verbal** (WAIS Verbal Scale, Vocabulary; Phonetic Fluency), y
- **reproducción visuoespacial** (WMS-III Visual Reproduction subtest; WAIS Block Design and Picture Completion; Benton Line Orientation).

Diferencias según RC (grupo VIH)



3. Trastorno emocional y disfunción cognitiva

- Sólo se encontró en un test (WMS-III Word list Immediate Recall, $p=0,05$) una asociación entre depresión y funcionamiento cognitivo.
- No obstante, los pacientes VIH de la muestra presentaron **más depresión** que el grupo de control ($p=0,23$).

Resultados y discusión

- Los pacientes VIH con mayor reserva cognitiva resultan menos afectados por el proceso neuropatológico que acompaña a la infección.
- Aunque aparece una relación entre estado emocional y calidad de vida, la asociación entre el funcionamiento cognitivo y la calidad de vida resultó independiente de la severidad del trastorno emocional.
- ¿Posible influencia de la reserva cognitiva en la calidad de vida en tanto la educación promueve un mejor funcionamiento social y una mejor adaptación funcional y emocional?.

Conclusión

Los trastornos psicológicos y psiquiátricos son frecuentes en pacientes VIH aunque su patrón y frecuencia hayan variado a lo largo de los años.

No obstante, estos trastornos responden bien al tratamiento por lo que es importante reconocerlos y posibilitar así la intervención más adecuada.

Algunas referencias bibliográficas:

- Cohen MA and Gorman JM (eds)(2008). *Comprehensive textbook of AIDS psychiatry*. Oxford University Press, Oxford, UK
- Israelski D.M, Prentiss D.E, Lubega S. et al. (2007). Psychiatric comorbidity in vulnerable populations receiving primary care for HIV/AIDS. *AIDS Care*, 19: 220-25.
- Chander G. et al. (2006). Substance Abuse and Psychiatric Disorders in HIV-Positive Patients. *Drugs*, 66:769-789
- Dubé B, Benton T, Cruess D.G, Evans D.L. (2005). Neuropsychiatric manifestations of HIV infection (2005). *J Psychiatry Neurosci*; 30: 237-46.
- Gallego L, Gordillo V. and Catalan J. (2000). Psychiatric and Psychological disorders associated to HIV infection. *AIDS Reviews*, 2: 48-59.
- Catalan J. (in press). Mental Health Problems associated with HIV infection. In El-Gadi and Gazzard eds. *Handbook of HIV Infection*.