

# Problemas psicológicos y psiquiátricos en VIH

Mª 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

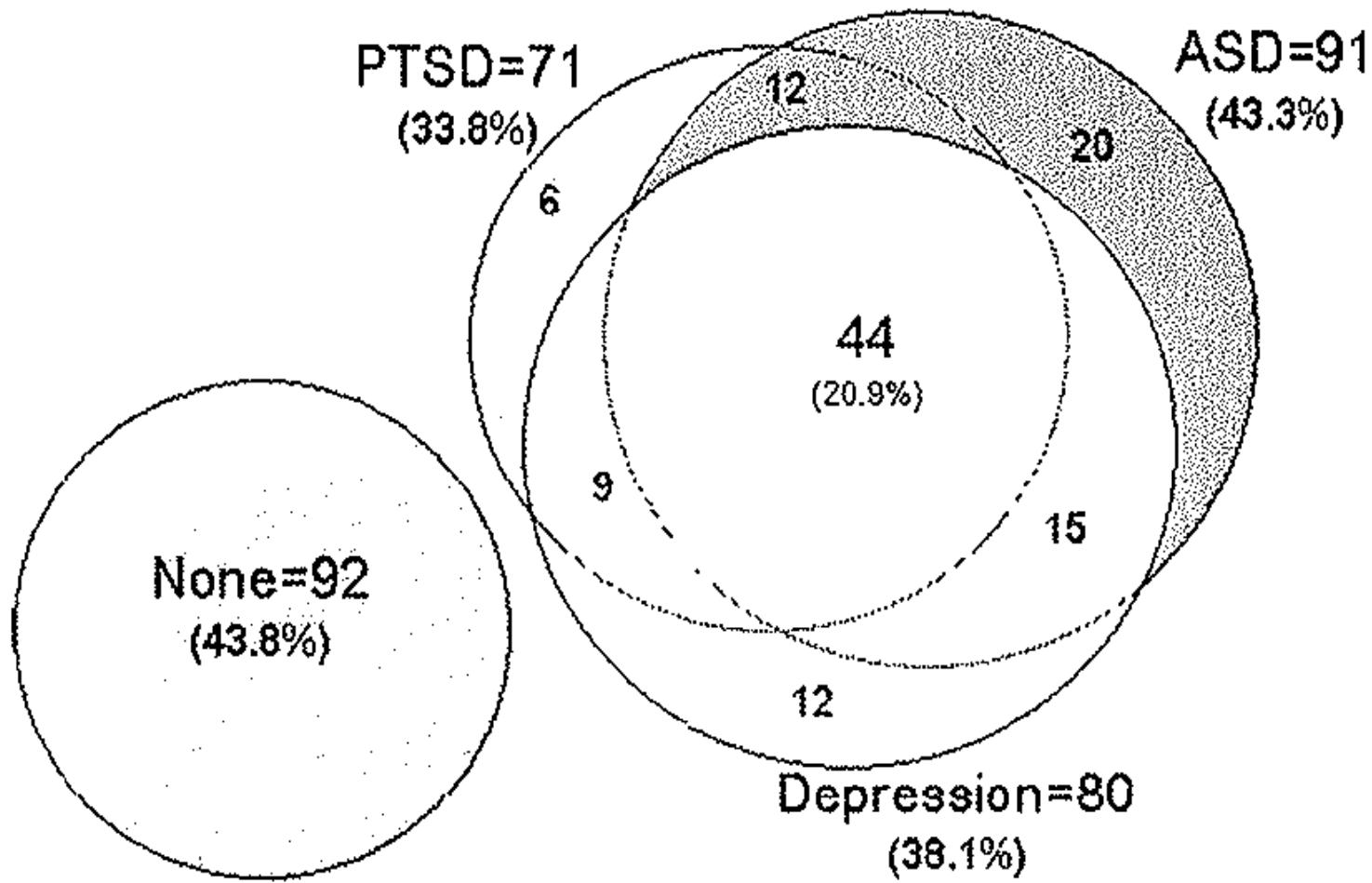
Proyecto investigación: Mujeres VIH en prisión (CAM, 2004)

	VIH (%) n=90	Control (%) n=75	Total (%) n=165
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)
Depresión*			
No deprimidos	25 (29,8)	33 (44,6)	58 (36,7)
Deprimidos	<b>59 (70,2)</b>	41 (55,4)	100 (63,3)
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)
Nivel de Ansiedad Estado*			
50 (media)	12 (13,8)	13 (17,6)	25 (15,5)
51-75 (alta)	<b>51 (58,6)</b>	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)
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)

Chander G. et al., *Drugs* 2006; 66:769-789

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

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



**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

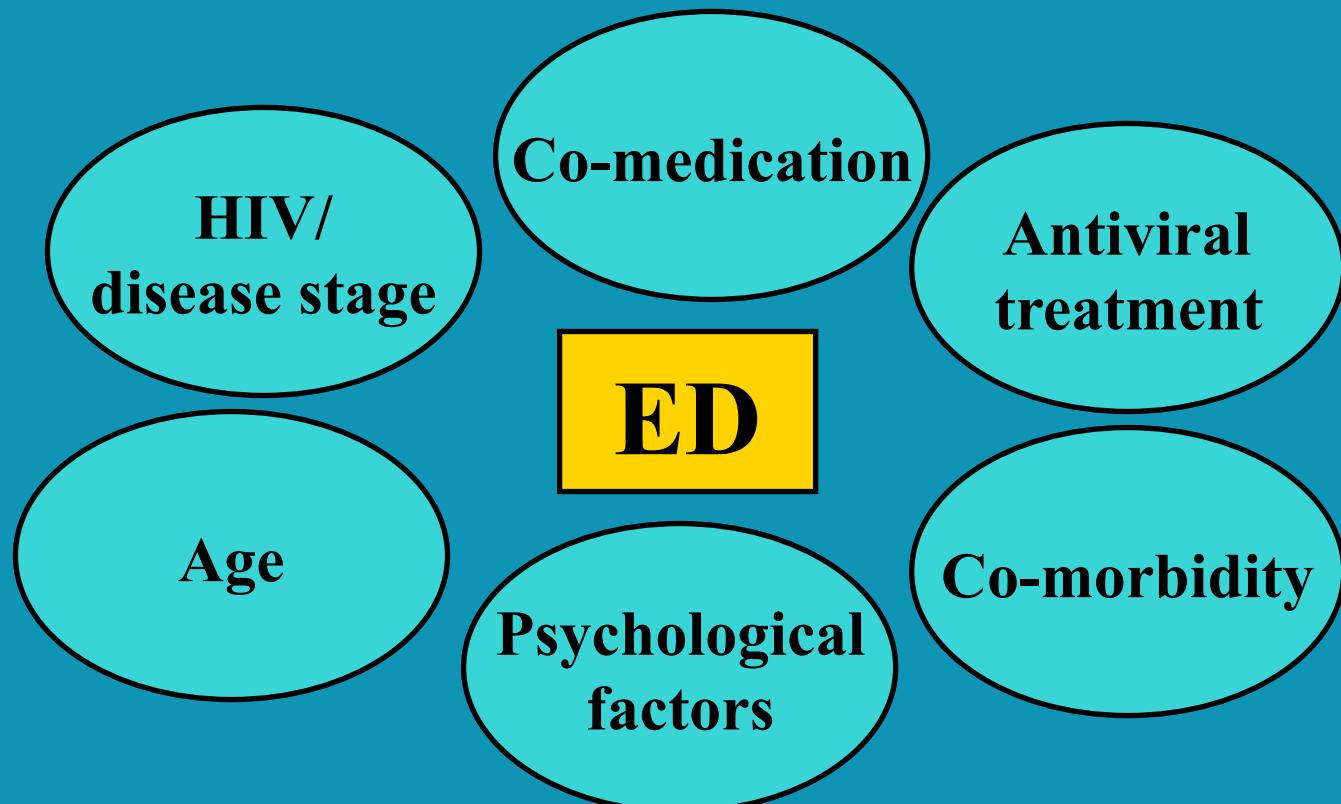
Grade	Score	n(%)
absent	>26	138 (27.1)
mild	17 to 25	152 (29.8)
moderate	11 to 16	148 (29.0)
severe	6 to 10	72 (14.1)
missing		158

**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
<b>UDVP</b>			
Si	<b>68 (75,6)</b>		68 (41,2)
No	22 (24,4)	75 (100)	97 (58,8)
<b>Policonsumo **</b>			
Si	<b>64 (71,1)</b>	11 (14,7)	75 (45,5)
No	25 (27,8)	64 (85,3)	89 (53,9)
<b>Sustancias consumidas **</b>			
Tabaco	48 (53,3)	32 (42,7)	80 (48,5)
Alcohol	5 (5,6)	4 (5,3)	9 (5,5)
Cannabis/hachis	<b>22 (24,4)</b>	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)
<b>Programa de Deshabituación</b>			
Si	66 (73,3)	14 (18,7)	80 (48,50)
No	24 (26,7)	61 (81,37)	85 (51,5)

\* p<0.05

\*\*p<0.01

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

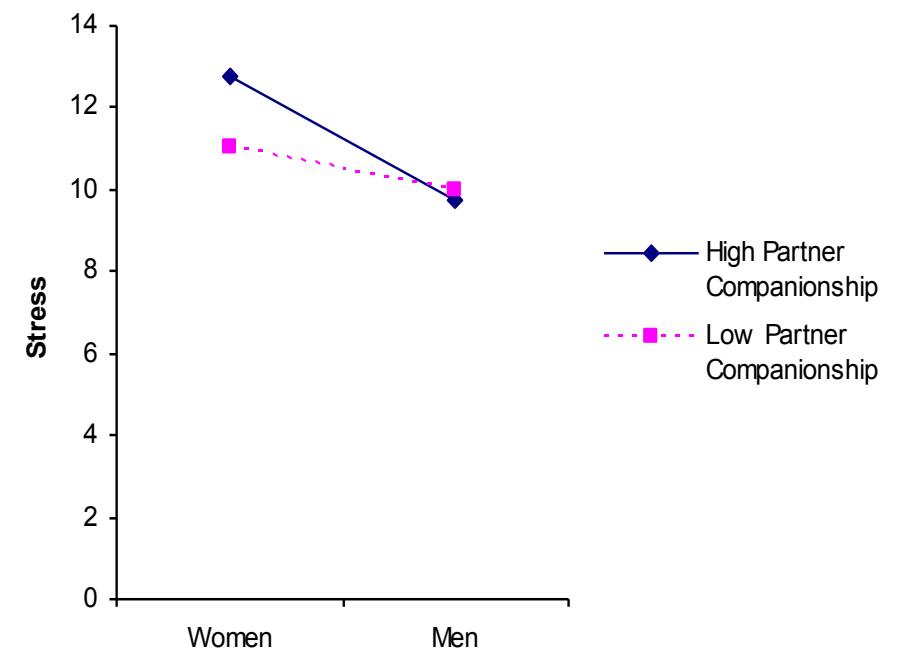
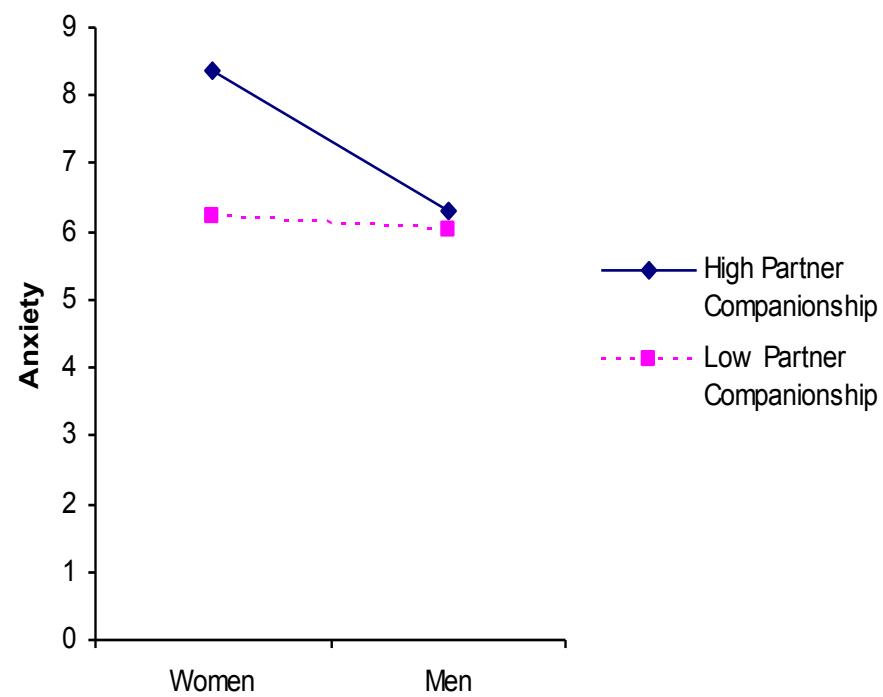
	<b>Hombres (n=307)</b>	<b>Mujeres (n= 102)</b>	
	<b>Media (SD)</b>	<b>Media (SD)</b>	<b>t-valor</b>
<b>Estrés</b>	<b>6.30 (4.6)</b>	<b>8.42 (4.7)</b>	<b>4.00***</b>
<b>Depresión</b>	<b>4.63 (4.9)</b>	<b>6.18 (4.8)</b>	<b>2.81**</b>
<b>Ansiedad</b>	<b>3.71 (3.9)</b>	<b>4.88 (4.4)</b>	<b>2.54**</b>

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

## 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:

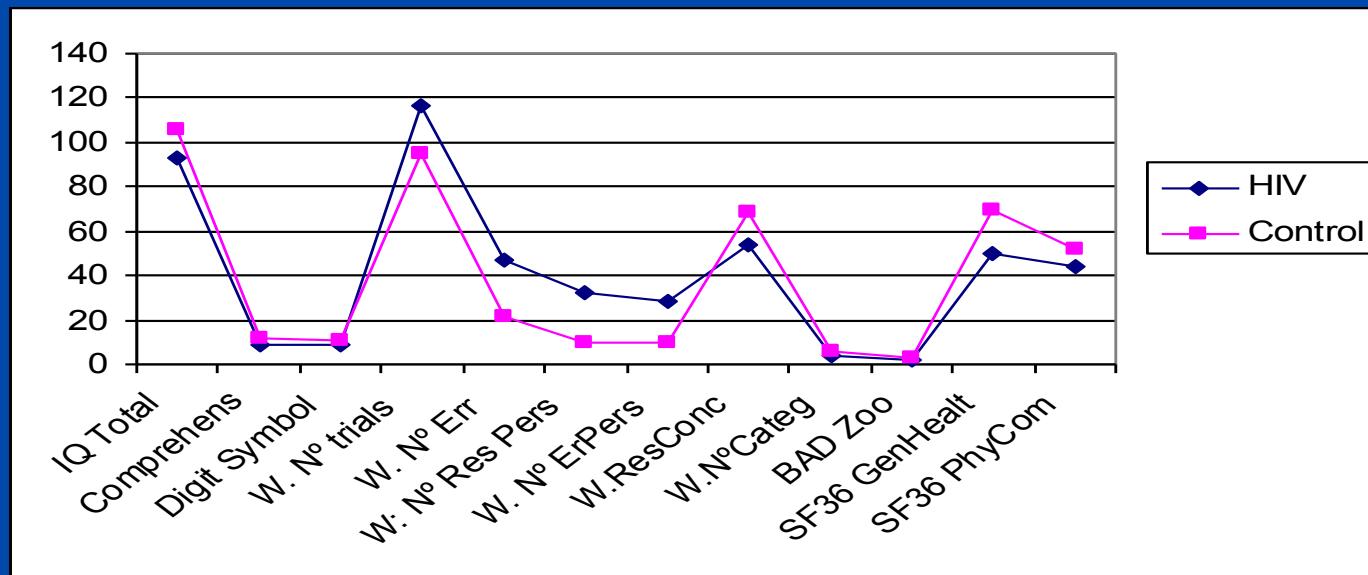
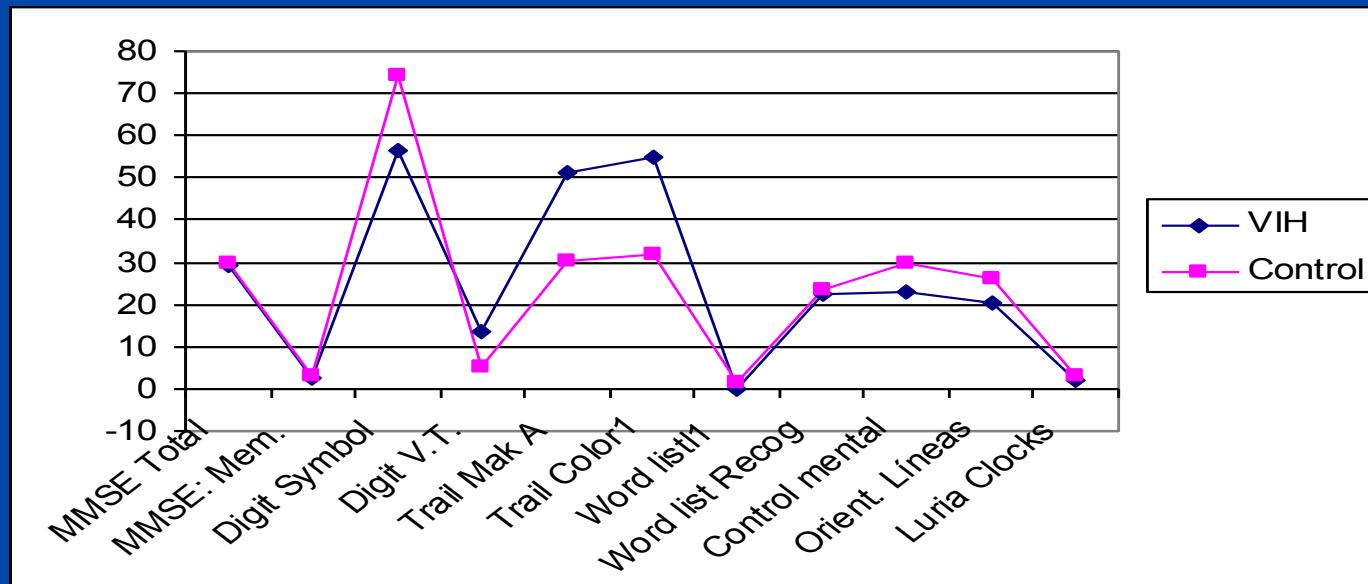
- Demencia asociada al sida: característica del progreso de la enfermedad (6-20%)
- El deterioro cognitivo afecta a más de un 50%.
- Paralelo con la reducción de CD4+
- HAART? Reserva cognitiva? Trastornos psiquiátricos asociados?

Proyecto de investigación: Reserva cognitiva, QOL y trastornos neuropsicológicos en VIH. (PN 2003-2006) (AIDS Impact Congress, 2007)

## 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

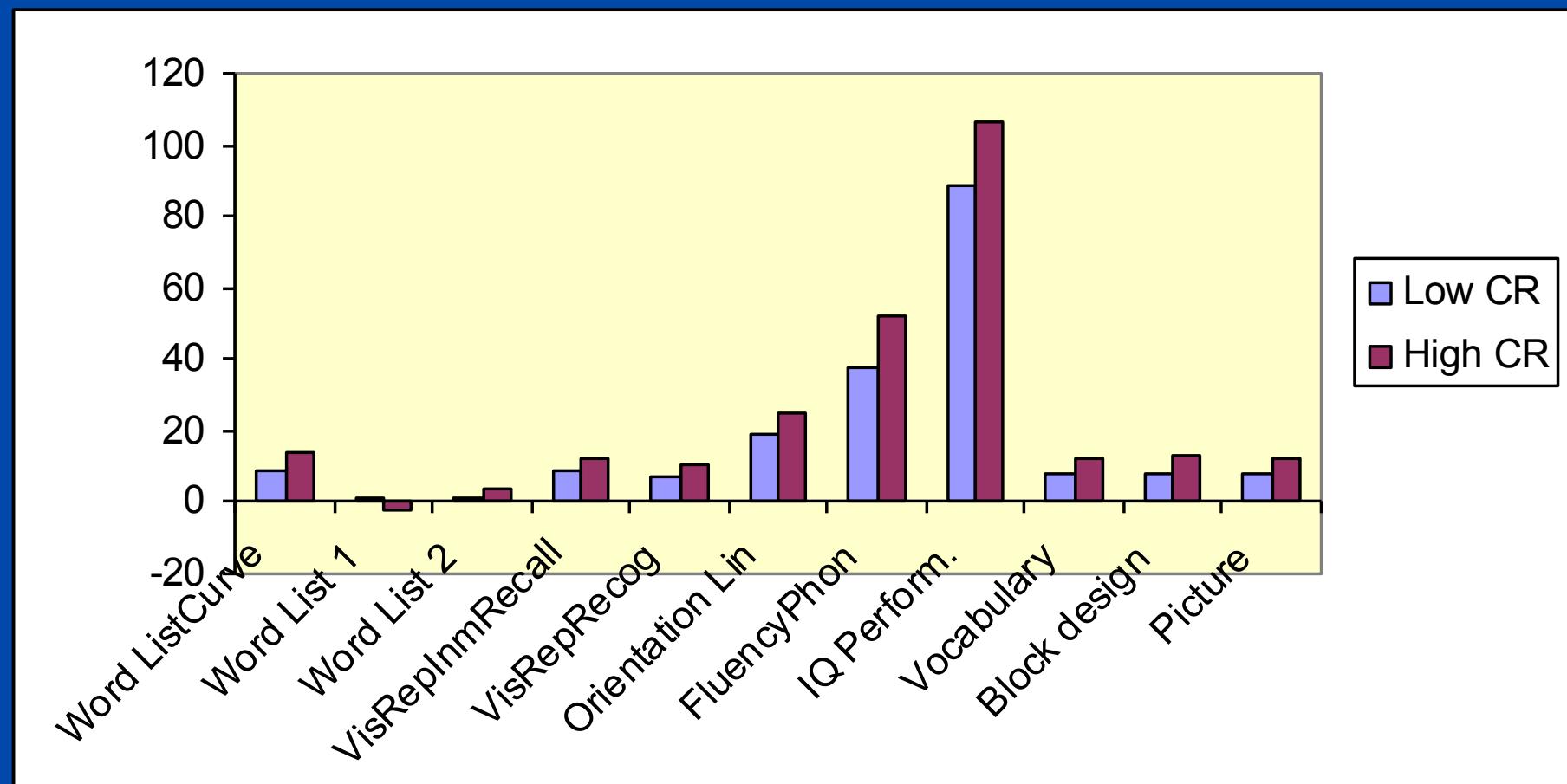


## 2. Diferencias en variables neuropsicológicas según la Reserva Cognitiva

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 visoespacial (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*.