



Asociación entre la severidad de la depresión y el apego al primer esquema de tratamiento antirretroviral

Association of depression severity with adherence to the first scheme of antiretroviral treatment.

Marco Antonio López-Hernández, Patricia Montoya-Escutia

Resumen

OBJETIVO: Comparar el índice de apego a la terapia antirretroviral de primera línea en pacientes con trastornos depresivos vs pacientes sin depresión.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio prospectivo efectuado de enero a junio de 2016 en el que se evaluaron pacientes de las clínicas de VIH del Hospital General Regional núm. 1 del IMSS y del Hospital General Tacuba, en tratamiento antirretroviral con un primer esquema, iniciado hacia más de seis meses; se excluyeron los pacientes con trastornos neurológicos diferentes a depresión, pacientes con diagnóstico, tratamiento previo de depresión o ambos. Los pacientes respondieron el cuestionario de Beck de depresión y la escala SMAQ de apego.

RESULTADOS: Se evaluaron 180 pacientes con un primer esquema de tratamiento antirretroviral, se encontró que 126 (70%) pacientes no tenían depresión, 36 (20%) tenían depresión, 15 (8.3%) depresión moderada y 3 (1.7%) depresión severa. La falta de apego se observó en 15.8% de los pacientes sin depresión *versus* 55.5% de los pacientes con depresión ($p = 0.01$). El apego de los pacientes con depresión fue inversamente proporcional a la severidad de la misma. Respecto a la carga viral bajo el límite de supresión (< 40 copias/mL) en los pacientes sin depresión se observó mayor proporción de pacientes con carga viral superior a 40 copias/mL: 17.4 vs 15.87%, considerados sin apego por el cuestionario SMAQ.

CONCLUSIONES: El apego disminuye con la severidad de la depresión en los pacientes, lo que pone en riesgo la eficacia del tratamiento antirretroviral.

PALABRAS CLAVE: Terapia antirretroviral; depresión; VIH.

Abstract

OBJECTIVE: To compare the rate of adherence to antiretroviral therapy in the first line in patients with depressive disorders vs those without depression.

MATERIAL AND METHOD: A prospective study was done from January to June 2016 in patients from the HIV clinics of the Regional General Hospital No. 1 of IMSS, and the General Hospital Tacuba, in antiretroviral treatment with a first scheme, started more than six months ago, excluding patients with neurological disorders, different from depression, patients with diagnosis and/or previous treatment of depression. Patients answered the Beck questionnaire for depression and the SMAQ scale for adherence.

RESULTS: 180 patients were evaluated with a first antiretroviral treatment regimen. It was found that 126 (70%) patients did not present depression, 36 (20%) presented depression, 15 (8.3%) presented moderate depression and 3 (1.7%) presented severe depression. Non-adherence was observed in 15.8% of patients without depression *versus* 55.5% of patients with depression ($p = 0.01$). The adherence of patients with depression was inversely proportional to the severity of the same. Regarding the viral load under the limit of suppression (< 40 copies/mL) in patients without depression, a higher proportion of patients with a viral load higher than 40 copies/mL was observed: 17.4% vs 15.87%, considered non-adherent by the SMAQ questionnaire.

CONCLUSIONS: Adherence decreases with the severity of depression in patients, putting the effectiveness of antiretroviral treatment at risk.

KEYWORDS: Antiretroviral therapy; Depression; HIV.

Clínica de VIH, Hospital General Regional núm. 1 Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro, IMSS, Ciudad de México.

Recibido: enero 2018

Aceptado: marzo 2018

Correspondencia

Marco Antonio López Hernández
niklaus2003@yahoo.com.mx

Este artículo debe citarse como

López-Hernández MA, Montoya-Escutia P. Asociación entre la severidad de la depresión y el apego al primer esquema de tratamiento antirretroviral. Med Int Méx. 2018 julio-agosto;34(4):557-560.

DOI: <https://10.24245/mim.v34i4.1828>

ANTECEDENTES

La terapia antirretroviral reduce la morbilidad y mortalidad relacionadas con la infección por VIH, reduce la carga viral y la transmisión de la infección por VIH y puede modificar las conductas de riesgo de los pacientes con infección por VIH.¹⁻⁹ La expansión de la terapia antirretroviral en países de recursos limitados ha ocurrido en la última década.

Para conseguir éxito terapéutico en el tratamiento anti-VIH se necesita apego al tratamiento superior a 95%⁸ y para lograr ese nivel de apego se necesita la absoluta colaboración del paciente.¹⁰

El estilo de vida influye significativamente en la depresión y ambas influyen en el apego a la terapia antirretroviral. Las intervenciones que minimizan las disrupciones en el estilo de vida de los pacientes y ligan el apego a las actividades diarias del paciente pueden ser útiles para los pacientes con VIH que sufren depresión y problemas de apego a la terapia antirretroviral.¹¹

Las creencias, actitudes y prejuicios de los pacientes respecto a la medicación, la enfermedad y el equipo médico-asistencial son factores categóricos a la hora de aceptar el tratamiento y seguirlo de forma correcta. La capacidad del paciente para comprender la relación entre apego y resistencia a la medicación también ha mostrado predecir mejor apego.¹²⁻¹⁵

Aportar información es una condición necesaria pero insuficiente para que los pacientes sigan el tratamiento de manera adecuada. La comorbilidad con trastornos psiquiátricos juega un papel clave en el cumplimiento del tratamiento. Por ejemplo, en los primeros años de la epidemia la depresión era considerada con frecuencia una reacción emocional esperable, en consecuencia, como en muchas otras enfermedades crónicas, era subdiagnosticada y, por tanto, subtratada.

Existe evidencia de que el tratamiento de la depresión se vincula con mejor apego al tratamiento y de que la asociación mal apego y depresión se ha relacionado con mayor mortalidad. Debido a la elevada prevalencia de los trastornos psiquiátrico-psicológicos en las personas que viven con VIH es necesario considerar la intervención psicológica y psiquiátrica como parte importante de la asistencia habitual.

El objetivo de este artículo es comparar el índice de apego a la terapia antirretroviral de primera línea en pacientes con trastornos depresivos vs pacientes sin depresión.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo en el que de enero a junio de 2016 se evaluaron pacientes de las clínicas de VIH del Hospital General Regional núm. 1 del IMSS y del Hospital General Tacuba del ISSSTE, en tratamiento antirretroviral con un primer esquema, iniciado hacia más de seis meses; se excluyeron los pacientes con trastornos neurológicos diferentes a depresión, pacientes con diagnóstico, tratamiento previo de depresión o ambos. Los pacientes respondieron el cuestionario de Beck de depresión y la escala SMAQ de apego.

Los criterios de inclusión fueron: edad mayor de 18 años, pacientes con más de seis meses con tratamiento antirretroviral. Los criterios de exclusión fueron: pacientes experimentados a más de un esquema de tratamiento antirretroviral, pacientes con resistencia primaria documentada, pacientes con trastornos neurológicos diferentes a depresión.

Análisis estadístico

Se calculó una muestra de 197 pacientes para un intervalo de confianza de 90% y un error de 5%. Se realizó comparación mediante la prueba t de Student de los índices de apego determinados

mediante el índice SMAQ en los pacientes en primera línea de tratamiento antirretroviral con depresión *vs* pacientes sin depresión. Se consideró significativo un valor $p < 0.05$.

RESULTADOS

Se evaluaron 180 pacientes con un primer esquema de tratamiento antirretroviral, se encontró que 126 (70%) pacientes no tenían depresión, 36 (20%) tenían depresión, 15 (8.3%) tenían depresión moderada y 3 (1.7%) depresión severa (**Figura 1**). El no apego se observó en 15.8% ($n = 20$) de los pacientes sin depresión *versus* 55.5% ($n = 30$) de los pacientes con depresión, con diferencia significativa ($p = 0.001$) entre ambos grupos. El apego de los pacientes con depresión fue inversamente proporcional a la severidad de la misma con apego de 84.1%

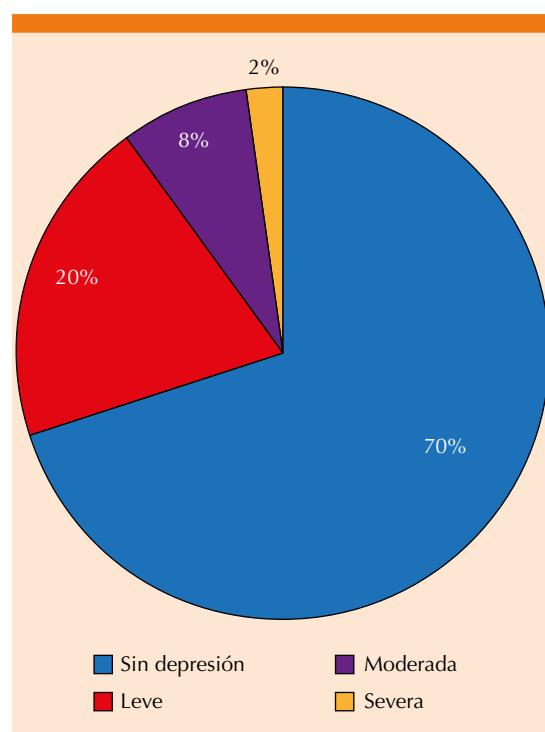


Figura 1. Distribución de pacientes de acuerdo con la existencia de depresión según la escala de Beck.

($n = 106$) en los pacientes sin depresión, de 33.3% ($n = 18$) si la depresión era leve, 9.2% ($n = 5$) moderada y 0% ($n = 0$) si era severa (**Figura 2**). Respecto a la carga viral bajo el límite de supresión (< 40 copias/mL) en los pacientes sin depresión se observó mayor proporción de pacientes con carga viral mayor a 40 copias/mL: 17.4% ($n = 22$) *vs* 15.8% ($n = 20$), considerados sin apego por el cuestionario SMAQ. En el caso de los pacientes con depresión se encontraron en forma global 25.9% ($n = 14$) de pacientes con carga viral no suprimida comparados con 55.5% ($n = 30$) sin apego de acuerdo con el cuestionario SMAQ (**Figura 3**).

DISCUSIÓN

Se halló menor apego de los pacientes evaluados por el cuestionario SMAQ en el grupo de

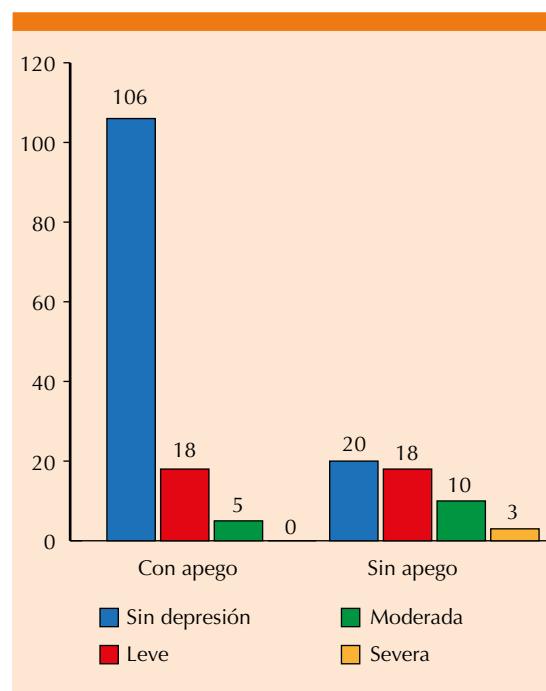


Figura 2. Distribución de pacientes de acuerdo con apego y depresión y su severidad.

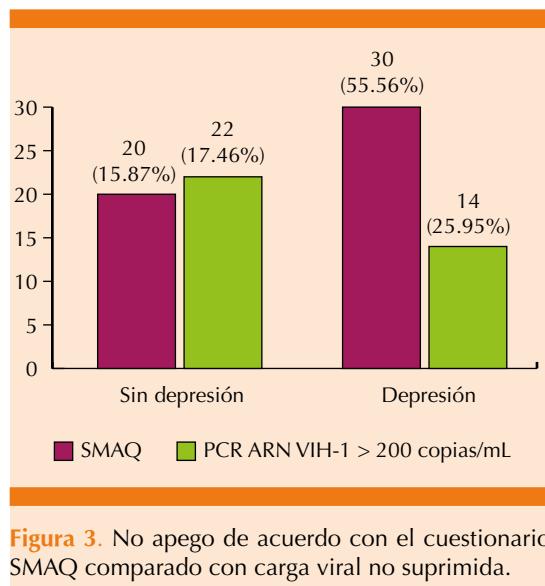


Figura 3. No apego de acuerdo con el cuestionario SMAQ comparado con carga viral no suprimida.

pacientes con depresión comparado con los pacientes sin este trastorno, diferencia que resultó significativa desde el punto de vista estadístico.

La depresión es un factor determinante en el apego al tratamiento antirretroviral, el apego disminuye con la severidad de la depresión de los pacientes, lo que pone en riesgo la eficacia del tratamiento antirretroviral. Es adecuada y deseable la búsqueda intencionada de depresión con instrumentos sencillos de utilizar en la práctica clínica cotidiana, como la escala de Beck, al igual que la determinación regular del apego mediante cuestionarios estructurados y validados como SMAQ.

REFERENCIAS

1. Kaida A, Gray G, Bastos FI, Andia I, Maier M, McIntyre J, et al. The relationship between HAART use and sexual activity among HIV-positive women of reproductive age in Brazil, South Africa, and Uganda. *AIDS Care* 2008;20:21-25.
2. Boulle A, Ford N. Scaling up antiretroviral therapy in developing countries: what are the benefits and challenges? *Sex Transm Infect* 2007;83:503-505.
3. Hacker MA, Kaida A, Hogg RS, Bastos FI. The first ten years: achievements and challenges of the Brazilian program of universal access to HIV/AIDS comprehensive management and care, 1996-2006. *Cad Saude Publica* 2007;23(Suppl 3):S345-359.
4. Kennedy C, O'Reilly K, Medley A, Sweat M (2007) The impact of HIV treatment on risk behaviour in developing countries: a systematic review. *AIDS Care* 2007;19:707-720.
5. Braitstein P, Brinkhof MW, Dabis F, Schechter M, et al. Mortality of HIV-1-infected patients in the first year of antiretroviral therapy: comparison between low-income and high-income countries. *Lancet* 2006;367:817-824.
6. Hogan D, Salomon J. Prevention and treatment of human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome in resource-limited settings. *Bulletin of the World Health Organization* 2005;83:135-143.
7. Murphy EL, Collier AC, Kalish LA, Assmann SF, et al. Highly active antiretroviral therapy decreases mortality and morbidity in patients with advanced HIV disease. *Ann Intern Med* 2001;135:17-26.
8. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med* 2000;133:21-30.
9. Palella Jr. FJ, Delaney KM, Moorman AC, Loveless MO, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators. *N Engl J Med* 1998;338:853-860.
10. Kremer H, Bader A, O'Clerigh C, Bierhoff HW, Brockmeyer NH. The decision to forget antiretroviral therapy in people living with HIV compliance as paternalism or partnership? *Eur J Med Res* 2004;9:61-70.
11. Magidson JF, Blashill AJ, Safren SA, Wagner GJ. Depressive symptoms, lifestyle structure, and ART adherence among HIV-infected individuals: A longitudinal mediation analysis. *AIDS Behav* 2014 May 30. Epub ahead of print
12. Martín-Sánchez V, Ortega-Valín L, Pérez-Simón MR, Mostaza-Fernández JL y col. Factores predictores de no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad. *Enferm Infect Microbiol Clin* 2002;20(10):491-7.
13. Altice FL, Mostashari F, Friedland GH. Trust and acceptance of and adherence to antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001;28(1):47-58.
14. Catz SL, Kelly JA, Bogart LM, Benotsch EG, McAuliffe TL. Patterns, correlates, and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatments for HIV disease. *Health Psychol* 2000;19(2):124-33.
15. Ahdieh-Grant L, Tarwater PM, Schneider MF, Anastas K, Cohen M, Khalsa A, et al. Factors and temporal trends associated with highly active antiretroviral therapy discontinuation in the Women's Interagency HIV Study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005;38(4):500-3.