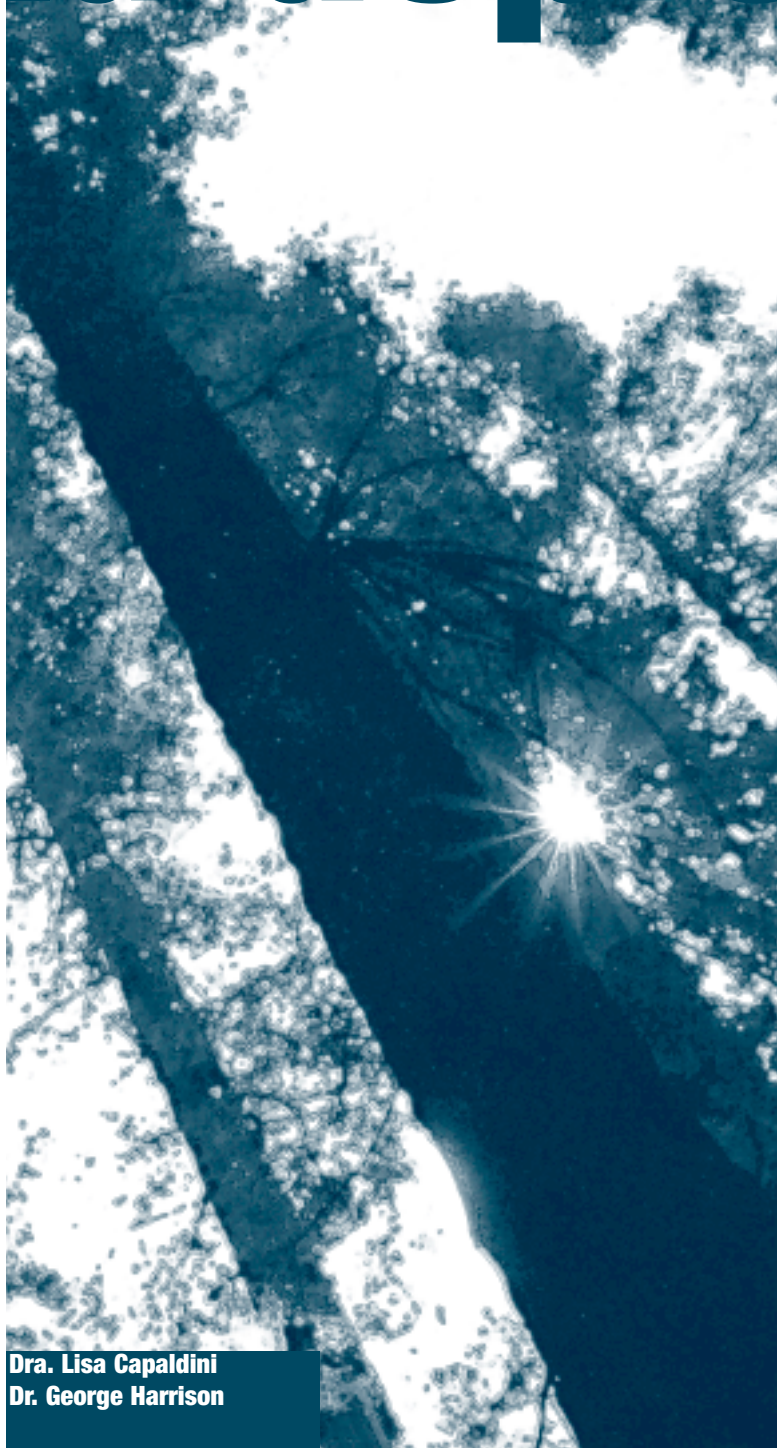


# Cómo superar la depresión



**Dra. Lisa Capaldini**  
**Dr. George Harrison**

*La depresión es una de las complicaciones más frecuentes y menos tratadas de la enfermedad por el VIH. A pesar de las mejoras logradas con la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), mujeres y hombres con el VIH siguen corriendo el riesgo de sufrir depresiones. Si la depresión no se trata, no sólo empeora la calidad de vida, sino que además se puede poner en peligro el cumplimiento del TARGA, debilitar el funcionamiento inmunitario, agravar el dolor crónico y contribuir al consumo de drogas recreativas. Además, la depresión puede acentuar los comportamientos sexuales de riesgo en algunas personas con el VIH, lo cual facilita en potencia la transmisión del VIH.*

*Este artículo abordará una serie de cuestiones relativas a la depresión derivada del VIH. ¿Por qué es tan común la depresión en las personas que tienen el VIH? ¿Resulta más frecuente en quienes sufren la enfermedad por el VIH que en las personas no infectadas? Si la respuesta es afirmativa, ¿por qué? Y si la depresión es tan común ¿por qué los especialistas en VIH suelen pasarla por alto? Por último, ¿es diferente el tratamiento de la depresión en los afectados por el VIH? ¿Y qué tipos específicos de terapia o medicación son los más efectivos?*

## ¿Qué es la depresión?

Al igual que muchos otros trastornos, la depresión es un síndrome, lo que significa que se caracteriza por un conjunto de síntomas. Una de sus principales manifestaciones es la expresión de estados de ánimo como tristeza o preocupación. A menudo, éstos van acompañados de síntomas cognitivos (trastornos de percepción, aprendizaje y razonamiento) tales como falta de concentración o pérdida de memoria. También suele presentar signos físicos, como cambios en los hábitos de sueño, en el apetito, la libido (deseo sexual), la tolerancia ante el dolor o el nivel energía (consulte el apartado de la página 17).

Es importante resaltar que la depresión se manifiesta de formas muy diversas y que esta constelación de síntomas coincide con la de muchos otros trastornos mentales, físicos y conductuales. Por ejemplo, es posible que no se realice correctamente el diagnóstico de depresión si la persona afectada no parece triste, sino irritable, ansiosa o excesivamente preocupada. Por otra parte, los síntomas depresivos pueden ser causados por una afección médica coexistente tal como la fatiga asociada al VIH, hepatitis C o hipotiroidismo (producción deficiente de la hormona tiroidea).

Las causas exactas que originan la depresión son desconocidas. Desde un punto de vista práctico, la depresión está asociada a la defectuosa actividad de ciertas hormonas cerebrales (los neurotransmisores). Los neurotrans-

misores endógenos (producidos por y para el cerebro) tales como la serotonina, la norepinefrina y la dopamina, son necesarios para el funcionamiento normal del cerebro y el organismo. Cuando los neurotransmisores son menos activos o cuando hay carencia de los mismos, aparece una disfunción de los procesos cerebrales y orgánicos. El motivo por el que se produce esta desregulación de las hormonas cerebrales sigue sin comprenderse bien. Sin embargo, los efectos de una actividad defectuosa de los neurotransmisores sí están claramente definidos: provocan un variado conjunto de cambios en el estado de ánimo, el pensamiento, la energía, la percepción del dolor y el bienestar físico.

Los diversos efectos de los neurotransmisores son observables con ciertas sustancias que actúan sobre el cerebro. La cafeína, por ejemplo, puede afectar el estado de ánimo (tiene propiedades anti-depresivas y puede causar irritabilidad), la capacidad de alerta, el ritmo cardíaco y los hábitos de sueño. Del mismo modo, la nicotina, que también tiene receptores en el cerebro, puede modular el estado de ánimo, la capacidad cognitiva y el nivel de energía.

## Factores de riesgo

Aunque no se han establecido las causas específicas de la depresión, se sabe que hay muchos factores que aumentan el riesgo de padecer este trastorno (consulte el apartado de la

## CONDICIONES QUE PUEDEN MIMETIZARSE CON LOS SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN

- hipogonadismo (bajo nivel de testosterona)
- hipotiroidismo (función tiroidea deficiente)
- sífilis avanzada (terciaria)
- consumo de sustancias adictivas
- deficiencia de vitamina B<sub>12</sub>
- enfermedad hepática avanzada

pág. 15). Un factor importante, y que no puede modificarse, es el de los antecedentes familiares. El riesgo de tener un trastorno depresivo es mayor si algún familiar sufre un trastorno emocional. Los mecanismos genéticos que subyacen a esta tendencia hereditaria (¿es un gen o varios? ¿depende su manifestación de las experiencias vitales?) se están investigando actualmente. Es posible que a los parientes no se les haya diagnosticado un problema depresivo, pero se pueden inferir indicios de depresión debilitante observando ciertos comportamientos, como intentos de suicidio, ataques de nervios, problemas funcionales sin explicación o automedicación con alcohol o drogas.

Otro factor de riesgo importante en la depresión de los adultos es la experiencia traumática o de abandono durante la infancia. Los estudios epidemiológicos con seres humanos y los experimentos con primates han mostrado que las condiciones caóticas o la falta de afecto durante la niñez predisponen a las personas a sufrir depresión cuando llegan a la edad adulta. Por ejemplo, los monos jóvenes que son separados de sus madres durante varios meses son más propensos a tener depresión cuando se encuentran en situaciones estresantes durante la vida adulta.

Asimismo, las experiencias traumáticas sufridas en la edad adulta (agresiones, violaciones, pérdidas graves) también aumentan el riesgo de padecer depresión. Como puede

## FACTORES DE RIESGO DE DEPRESIÓN

- antecedentes familiares de depresión
- antecedentes familiares de uso de sustancias adictivas
- antecedentes de traumas en la infancia o la edad adulta
- antecedentes previos o actuales de uso de sustancias adictivas
- diagnóstico de un trastorno cerebral (por ejemplo, demencia por el VIH, traumatismo craneano, apoplejía)
- antecedentes de factores estresantes múltiples o acumulativos

suponerse, afrontar el diagnóstico de una enfermedad potencialmente mortal como el VIH puede ser traumático. Para algunas personas, el diagnóstico de VIH puede ser terrorífico y dar lugar a la ruptura de relaciones y a la cancelación de planes vitales. Hay varios puntos de estrés identificables por orden creciente que están relacionados con la enfermedad por el VIH, desde el diagnóstico inicial de infección por el VIH, pasando por la primera enfermedad significativa ocasionada por el virus, hasta la reducción drástica de la capacidad funcional a medida que progresa la afección. Muchas personas con el VIH viven en circunstancias marginales y ya llevan tiempo tratando de afrontar situaciones de pobreza y violencia. Para estas personas, el diagnóstico de VIH puede ejercer un efecto estresante adicional.

Una tercera parte de las personas con trastornos por uso o dependencia de sustancias adictivas también sufren depresión. El síndrome de cambios agudos de los estados anímicos asociados a la intoxicación por drogas es bien conocido. Por ejemplo, el uso de estimulantes (como el speed o la cocaína) puede provocar síntomas depresivos. Resulta irónico que la automedicación con sustancias adictivas como el alcohol, el speed o la heroína pueda proceder del deseo de tratar síntomas depresivos como la fatiga o la apatía. Aunque estas sustancias enmascaren temporalmente los síntomas depresivos, con el paso de tiempo los empeoran. La exposición prolongada a estas sustancias puede

ejercer un efecto directo en los procesos químicos del cerebro que parece estar relacionado con la depresión o con otras enfermedades mentales graves. Además, la dependencia de sustancias adictivas puede alterar la conducta social (por ejemplo, causando problemas en las relaciones o el lugar de trabajo), lo cual acentúa el riesgo de padecer trastornos anímicos.

## Prevalencia de la depresión en la enfermedad por el VIH

Una cuestión importante y todavía sin resolver es si la depresión es más común en las personas VIH positivas que en la población VIH negativa. Esta pregunta tan básica es sorprendentemente difícil de contestar. Para empezar, es más difícil diagnosticar con precisión la depresión en las personas que padecen afecciones médicas como el VIH. Una persona que sienta fatiga, falta de impulso sexual y problemas cognitivos puede estar experimentando depresión, pero también es posible que estos síntomas sean resultado del propio VIH en sí. En segundo lugar, los portadores del VIH que tengan depresión pueden estar deprimidos no por su infección, sino por otras circunstancias asociadas a la misma, como el uso de sustancias adictivas.

Sin embargo, la depresión es como mínimo tan frecuente en la población VIH positiva como en la VIH negativa. La depresión es muy

común entre la población general, afectando del 5 al 15% de las personas en cualquier momento dado, y el riesgo de sufrirla en alguna etapa de la vida oscila entre el 15% y el 25% según los métodos utilizados en las encuestas. Las mujeres son aproximadamente dos veces más propensas que los hombres a experimentar depresión. Algunos estudios muestran que la tasa de depresión es más elevada en las personas VIH positivas que en la población general. Sin embargo, cuando se logra controlar algunos factores que pueden ocasionar confusión (tales como el consumo de sustancias adictivas o información demográfica como la orientación sexual), las diferencias de porcentajes resultan menos claras. (La prevalencia de depresión puede ser más elevada en mujeres lesbianas y hombres homosexuales, quizás como consecuencia del aislamiento o de la discriminación que sufren por la homofobia). Los expertos señalan que la mayor parte de las personas VIH positivas con depresión tienen otros factores de riesgo además de la infección por el VIH.

Según la definición de depresión que se utilice y la población que se estudie (mujeres frente a hombres, consumidores de sustancias adictivas frente a no consumidores, adolescentes frente a adultos), la prevalencia de depresión en los estudios de personas con el VIH ha oscilado entre el 10% y el 50%. Aun si consideramos como válidos los cálculos más bajos, la depresión sigue siendo uno de los trastornos más comunes que se observan en la población con el VIH. Por suerte, la depresión es una enfermedad que puede diagnosticarse y que con frecuencia puede tratarse con éxito. El primer paso es reconocer su presencia.

## Métodos para detectar la depresión

Los métodos estandarizados para la detección de la depresión incluyen tanto cuestionarios dirigidos por profesionales de la salud como otros que

### SITIOS WEB PARA EVALUAR LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN

#### **National Mental Health Association (NMHA)**

(Asociación Nacional para la Salud Mental)

[www.depression-screening.org/screeningtest/screeningtest.htm](http://www.depression-screening.org/screeningtest/screeningtest.htm)

#### **New York University Department of Psychiatry**

(Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Nueva York)

[www.med.nyu.edu/Psych/screens/depres.html](http://www.med.nyu.edu/Psych/screens/depres.html)

#### **University of Michigan Department of Psychiatry**

(Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Michigan)

[www.med.umich.edu/depression/screen.htm](http://www.med.umich.edu/depression/screen.htm)



los interesados responden por su cuenta. Estos cuestionarios son herramientas de detección; aunque no pueden demostrar que alguien está deprimido, rara vez producen resultados negativos falsos (es decir, no fallan a la hora de detectar la presencia de la enfermedad). Cuando se recomiendan o tomen estos exámenes es importante recordar que han sido validados en la población general, pero que no se han normalizado específicamente para la población VIH positiva. Entre las tres herramientas de detección administradas destacan la Escala Zung para la Autoevaluación de la Depresión, la Escala Hamilton de la Depresión y el Inventario Beck de la Depresión. Estas escalas pueden consultarse por Internet visitando [www.fpnotebook.com/psych8.htm](http://www.fpnotebook.com/psych8.htm). Además, existen varios sitios Web donde uno puede autoevaluarse con otras pruebas (véase el apartado de la pág. 16).

Como ejemplo de estas herramientas, la Escala Hamilton de la Depresión es una prueba estandarizada que utilizan médicos e investigadores. Mediante la asignación de un conjunto de puntos graduados relativos a distintos síntomas, los médicos pueden diagnosticar la depresión y evaluar su gravedad. Casi todos los estudios centrados en la depresión utilizan esta u otras escalas para calibrar la eficacia de las intervenciones, así como para caracterizar al grupo de población que se está analizando. De hecho, la clasificación de la escala Hamilton es análoga a los recuentos de linfocitos CD4 en la enfermedad por el VIH.

Una prueba sencilla y razonablemente fiable es la siguiente entrevista de dos preguntas que se centra en el ánimo deprimido y en otro síntoma, la ahedonía (falta de placer vital):

1) *¿Está usted triste o deprimido con frecuencia?* 2) *¿Es usted no capaz de disfrutar de actividades que normalmente le resultan placenteras?* Si la respuesta a ambas preguntas es no, existe una probabilidad menor del 5% de padecer depresión.

## Diagnóstico de la depresión

El diagnóstico de la depresión es un desafío en cualquier grupo de población que padezca enfermedades crónicas coexistentes. Como mencionamos anteriormente, las afecciones médicas coexistentes pueden provocar síntomas físicos que mimetizan los síntomas de la depresión. Del mismo modo, puede resultar difícil distinguir entre los estados de ánimo anormales derivados de la depresión y las fluctuaciones anímicas normales causadas por el estrés que causa una enfermedad crónica. Esta superposición de los síntomas físicos y emocionales a menudo da lugar a la omisión de casos de depresión. Los médicos pueden atribuir equivocadamente los síntomas depresivos al VIH o a los efectos secundarios de la medicación (fatiga, dificultades para dormir, problemas de concentración). También pueden atribuir los síntomas anímicos de la depresión (apatía, irritabilidad) a una reacción normal que aparece como consecuencia de vivir con el VIH.

Los casos en que los médicos no han reconocido los indicios físicos y anímicos de depresión se ha documentado en poblaciones geriátricas (personas mayores) y afectadas de cáncer y también en las personas con el VIH. Teniendo en cuenta que los síntomas físicos de la enfermedad por el VIH y la depresión pueden ser idénticos, y que la línea entre los síntomas anímicos de la depresión y la reacción normal a los factores estresantes (conocida como “trastorno de adaptación”) es muy difusa, ¿cómo puede diagnosticarse con exactitud la depresión en la población con el VIH?

Estos desafíos a la hora de realizar el diagnóstico pueden afrontarse con ciertos principios prácticos:

- la depresión es común
- la presencia de factores de riesgo de depresión es un criterio fiable

## SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN

### Físicos

- trastornos del sueño
- dificultades para conciliar el sueño
- perturbaciones del sueño
- despertar temprano
- dormir excesivamente
- fatiga, especialmente al despertar
- impulso sexual bajo
- concentración deficiente
- dolor inexplicable, en especial dolor abdominal y cefaleas
- aumento o disminución del apetito

### Estado de ánimo

- irritabilidad
- preocupación/pensamientos obsesivos
- tristeza/tendencia a llorar
- ahedonía, o incapacidad para disfrutar actividades que normalmente nos resultaban placenteras
- falta de motivación
- desesperanza
- autoinculpación/sentimientos de culpa
- baja autoestima
- ideas o pensamientos suicidas

de precisión en el diagnóstico (consulte los Factores de Riesgo en el apartado de la pág. 15)

- hay varios trastornos médicos que mimetizan la depresión y que deben excluirse en todas las personas VIH positivas con posible depresión (consulte la pág. 15)
- todos los antidepresivos estudiados muestran la misma eficacia tanto en los pacientes VIH positivos como en los VIH negativos

- teniendo el cuenta el impacto de los casos de depresión no tratada, en los casos inciertos debe ofrecerse un ciclo de tratamiento, anti-depresivos o ambas cosas

Este último principio se considera un método “inclusivo” en el diagnóstico de la depresión. Con este enfoque, se presupone que todos los síntomas que podrían deberse a la depresión o bien al VIH son consecuencia de la depresión. Aunque este método puede dar lugar a diagnósticos excesivos de depresión, evita la omisión de diagnósticos reales, lo cual es mucho más probable en general.

## Tratamiento de la depresión

El tratamiento de la depresión puede consistir en asesoramiento psicológico (psicoterapia), cambios en el estilo de vida y medicamentos. Aunque estas intervenciones se abordarán por separado, son complementarias entre sí y a menudo ofrecen los mejores resultados cuando se utilizan de forma combinada. En algunos casos, los tratamientos han sido estudiados específicamente en personas con el VIH, como se explica más adelante. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones las intervenciones se han estudiado formalmente en la población general, aunque su utilidad para la población VIH positiva se ha confirmado mediante experiencias particulares.

### Asesoramiento psicológico

Existe una gran variedad de métodos de asesoramiento tanto individuales como grupales que se han utilizado (y algunos de ellos se han estudiado) con personas VIH positivas que sufren depresión. Debido a las consecuencias sociales, psicológicas y neuropsiquiátricas del VIH/SIDA, cada persona puede beneficiarse de intervenciones que abarcan una gama de psicoterapias individuales, familiares o grupales, hasta métodos psicodinámicos/psicoanalíticos, interpersonales, de modificaciones de

la conducta y de apoyo. El trabajo en común, desde el asesoramiento supervisado en grupo hasta los grupos de apoyo mutuo, puede ser especialmente útil para aquellas personas con el VIH que vivan aisladas de otras que se encuentran en la misma situación. La terapia individual puede hacerse con terapeutas formados en una amplia gama de disciplinas, entre ellos trabajadores sociales, consejeros matrimoniales y familiares, psicólogos y psiquiatras. Consulte el apartado de la pág. 19 para encontrar buenas fuentes de consulta.

Hay varios principios que aplican a una gran variedad de estilos psicoterapéuticos. El terapeuta debe estar familiarizado con la enfermedad por el VIH y comprender los fundamentos del tratamiento antirretroviral. Es necesario abordar el tema del consumo de sustancias adictivas y, si es adecuado, remitir a los interesados a recursos que les ayuden a superar su problema. Además, los terapeutas deben ayudar a los clientes a explorar y desarrollar mecanismos efectivos para sobrellevar su situación, como la revelación del seroestado positivo a la familia, las parejas y los empleadores o el cultivo de aspectos espirituales.

Después de realizar una evaluación de la salud mental, se puede ofrecer al interesado la gama de posibles métodos de asesoramiento existentes. No siempre es fácil identificar un tipo específico de terapia a seguir y localizar los recursos disponibles. El resultado de la derivación puede mejorarse si los clientes tienen una idea precisa acerca de las características del tratamiento. Para reducir la ansiedad y hacer más atractivo y dinámico el proceso psicoterapéutico, se recomienda a los clientes prepararse en relación a la estructura y las expectativas del asesoramiento que va a recibirse. A los profesionales de la salud que trabajen en grandes urbes puede resultarles complicado mantenerse informados sobre las opciones de asesoramiento disponibles en la comunidad. En aquellas zonas donde no haya muchas personas VIH positivas, los médicos deben estar familiarizados

con los profesionales de la comunidad que estén capacitados para trabajar con grupos diversos de población.

Para las personas VIH positivas, iniciar un tratamiento contra la depresión es una tarea complicada, en particular cuando incluye asesoramiento psicológico. Las consultas y el trabajo en equipo son los pilares de un tratamiento efectivo debido a la convergencia de muchos centros de interés clínico diferentes. Es probable que un solo médico aislado no pueda tener la profundidad de conocimientos adecuada sobre todos los aspectos médicos, sociales, de salud mental o uso de sustancias adictivas que es necesario resolver. Una buena comunicación entre los diferentes profesionales, que incluya a trabajadores sociales, terapeutas, asesores para el abuso de sustancias adictivas y médicos de atención primaria, ayudará a mejorar la eficacia de cualquier intervención.

### Cambios en el estilo de vida

Aunque la depresión perturba claramente la vida diaria, es fácil restar importancia al beneficioso impacto que ciertos cambios de hábitos pueden ejercer sobre esta enfermedad. La modificación de costumbres básicas como dormir, comer, hacer vida social y practicar ejercicio puede ser una intervención muy eficaz.

El sueño a menudo se ve alterado en las personas con depresión, que tienden a dormir demasiado poco o bien en exceso. Los principios del sueño organizado (conocidos como higiene del sueño) implican tener horas habituales para ir a la cama y despertarse, reducir la dependencia de las siestas, disminuir el consumo de estimulantes como la cafeína y crear un entorno para conciliar el sueño lo más favorable posible. Estas pautas, aparentemente sencillas, con frecuencia resultan más difíciles de seguir de lo que parece. Sin embargo, sus beneficios son notables y no pueden sustituirse con el uso de somníferos.

La nutrición, que suele ser un tema de interés para las personas VIH positivas, también puede verse

afectada (dando lugar a bulimias o a pérdida del apetito) en quienes sufren depresión. La nutrición adecuada tiene beneficios obvios sobre la salud. Además, puede producir un nivel de bienestar que no siempre se valora suficientemente. El ritmo habitual de las horas de comer puede servir como elemento estructurante en la jornada cotidiana, alrededor del cual se pueden planificar otras actividades. La inclusión de un componente social junto a los almuerzos favorece la salud mental.

El aislamiento empeora la depresión y es un problema significativo para algunas personas con el VIH. Para muchas personas deprimidas, aumentar el contacto social es un factor importante para lograr una mejoría. El aislamiento puede reducirse participando en trabajo voluntario, en actividades de grupo basadas en intereses sociales o espirituales comunes, en centros de día con tratamientos estructurados o bien adquiriendo un animal de compañía.

Aunque el efecto de los animales de compañía sobre la población con el VIH no ha sido estudiado formalmente, sí se ha analizado en la población general y entre las personas mayores, y se ha demostrado que está correlacionado con una mejora de la calidad de vida y con resultados favorables en enfermedades concretas. No se sabe el modo exacto en que los animales de compañía mejoran la salud. Sus beneficios pueden proceder de una sensación de estructura (por ejemplo, las horas de sacar a pasear al perro), el sentimiento de ser necesitado, el contacto físico y el aumento de interacciones con otros dueños de animales. Aunque tener un perro implica y gastos diarios, para algunas personas estos sacrificios merecen la pena.

El ejercicio puede ayudar a aliviar los síntomas depresivos y a mejorar en potencia la función muscular e inmunitaria, los hábitos de sueño y el nivel de energía. Para algunas personas, el ejercicio forma parte de los placeres de la vida; pero muchas otras, incluso si no tienen depresión, no se sienten inclinadas a practicar

## FUENTES DE CONSULTA PARA OBTENER ASESORAMIENTO

### San Francisco

- AIDS Health Project (Proyecto de Salud sobre el SIDA): 415-476-3902
- Asian and Pacific Islander Wellness Center (Centro de Bienestar para Isleños de Asia y el Pacífico): 415-292-3400
- Center for Special Problems (Centro para Problemas Especiales): 415-292-1500
- Instituto Familiar de la Raza: 415-647-5450
- Iris Center (Centro Iris): 415-864-2364
- New Leaf (Hoja Nueva): 415-626-7000

### Nacional/Internacional

- En la ciudad de Nueva York, visite [www.aidsnyc.org/links/counsel.html](http://www.aidsnyc.org/links/counsel.html) para consultar una lista de proveedores de servicios de salud mental.
- Las organizaciones locales de servicios de SIDA pueden ofrecer fuentes de consulta. Se puede consultar una lista de este tipo de organizaciones en los EE.UU. y de enlaces a otras organizaciones internacionales en [www.thebody.com/hotlines/other.html](http://www.thebody.com/hotlines/other.html).
- Una de las mejores fuentes de consulta son los consultorios médicos especializados en cuidados del VIH. Los médicos de estos centros conocen los recursos locales y pueden derivar a los interesados hacia los servicios adecuados.

ejercicio físico con regularidad. Los programas de ejercicio deben diseñarse de forma que se ajusten a los objetivos y limitaciones de cada persona y deben modificarse con el tiempo.

Aunque vivir bien pueda parecer un objetivo sensato, pocos somos capaces de cumplir estas medidas básicas tan bien como podríamos. Cuando aparecen complicaciones derivadas del VIH junto con la depresión, estas tareas beneficiosas pueden llegar a convertirse en factores adicionales de estrés. Es común que no exista suficiente motivación para efectuar cambios en el estilo de vida. Los profesionales de la salud deben ofrecer apoyo y orientación que ayuden a vencer obstáculos y favorezcan estas medidas tan importantes para curar la depresión. Además, el éxito en la consecución de algunos de estos objetivos proporciona a los pacientes una sensación de control de la que quizás carecían anteriormente.

### Medicamentos

Los antidepresivos actúan aumentando la disponibilidad de neurotransmisores en el cerebro o sistema nervioso central (SNC). Del mismo modo que los antirretrovirales se dividen en clases, por ejemplo, en inhibidores de la proteasa (IP); los antidepresivos se clasifican según la hormona u hormonas sobre las que actúen y según el mecanismo que utilicen. Las dos principales preocupaciones de las personas con la enfermedad por el VIH relativas a los antidepresivos (si los fármacos funcionan y si son seguros) han sido tratadas y resueltas. Todos los antidepresivos que se han estudiado en los pacientes VIH positivos han mostrado una eficacia comparable a la de los resultados de la población VIH negativa. Los aspectos de seguridad se han centrado en las interacciones medicamentosas entre antidepresivos y antirretrovirales. Como se explica más adelante,

# Antidepresivos

	MECANISMO	VENTAJAS	INCONVENIENTES
<b>Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS):</b> fluoxetina (Prozac) sertralina (Zoloft) paroxetina (Paxil) citalopram (Celexa) escitalopram (Lexapro)	eleva los niveles de serotonina (algunos con un efecto leve sobre la norepinefrina)	buenos para la ansiedad y para el trastorno postraumático por estrés (TPTE)	disfunción sexual en hasta el 40% de los casos, solamente la fluoxetina y la paroxetina están disponibles como genéricos
<b>Antidepresivos tricíclicos (ATC):</b> imipramina (Tofranil) amitriptylina (Elavil) desipramina (Norpramin, Pertofrane) nortriptylina (Pamelor)	eleva los niveles de serotonina y norepinefrina	barato, puede favorecer el sueño y mitigar el dolor	peligro de sobredosis, efectos sedativos, sequedad bucal, sensación de mareo, estreñimiento, dificultad para orinar, anomalías en el ritmo cardíaco
<b>Antidepresivos atípicos:</b> bupropión (Wellbutrin)	eleva los niveles de dopamina y norepinefrina	estimula la energía, grado leve de disfunción sexual, disponible en formulación de una sola vez al día, ayuda a dejar de fumar	puede agravar la ansiedad, la formulación genérica se toma tres veces al día
mirtazapina (Remeron)	eleva los niveles de serotonina y norepinefrina	disponible como genérico, estimula el apetito, sedante, leve disfunción sexual	aumento de peso, sedación
nefazodona (Serzone)	eleva los niveles de serotonina	favorece el sueño, leve disfunción sexual	efectos sedativos por las mañanas, hepatotóxico en raras ocasiones, en ciertos casos ejerce un efecto estimulante
venlafaxina (Effexor)	eleva los niveles de serotonina en dosis bajas, y los de serotonina y norepinefrina en dosis moderadas	estimulante	no disponible como genérico, puede ser demasiado excitante, provoca disfunción sexual, las dosis más elevadas aumentan moderadamente la tensión arterial

20



la mayoría de estas interacciones no son clínicamente significativas y, aparte de las interacciones señaladas, las dosis estándar de antidepresivos son adecuadas para las personas que siguen tratamiento anti-VIH.

Existen varios tipos de medicamentos antidepresivos. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o ISRS, son los más utilizados en aquellas personas que sufren problemas de depresión y ansiedad al mismo tiempo. Entre ellos se encuentra la fluoxetina (Prozac), la sertralina (Zoloft) y el escitalopram (Lexapro). Otros fármacos como la imipramina (Tofranil), la amitriptylina (Elavil) y la nortriptylina (Pamelor) forman parte de los antidepresivos conocidos como tricíclicos o ATC. Los ATC pueden ser particularmente útiles en personas deprimidas con problemas para conciliar el sueño o aquejadas de dolores. También se destaca el bupropión (Wellbutrin), que se utiliza además para dejar de fumar, y la nefazodona (Serzone). Los antidepresivos del grupo de los inhibidores de la oxidasa monoamina (IOMA) no se utilizan con mucha frecuencia debido a que se corre el riesgo de que produzcan hipertensión (presión arterial elevada) potencialmente mortal y por su posibilidad de ocasionar interacciones medicamentosas letales. (Consulte la lista de antidepresivos en el gráfico de la pág. 20).

Todos los antidepresivos requieren un plazo de 3 a 6 semanas para lograr un efecto óptimo. En general, los efectos secundarios son más comunes en las dos primeras semanas de tratamiento y suelen mejorar con el tiempo. Las reacciones adversas pueden pronosticarse según la categoría a la que pertenezca el fármaco. Con mucho, la más conocida es la disfunción sexual asociada a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). La disfunción sexual puede manifestarse como un descenso de la libido, una menor capacidad de excitación o demora para alcanzar el orgasmo. Estos síntomas aparecen en casi el 40% de los pacientes que toman ISRS y pueden

ser leves o significativos. La disfunción sexual inducida por los ISRS puede solucionarse con una reducción de las dosis o mediante otros medicamentos como el bupropión.

Así como la terapia antirretroviral debe personalizarse para cada persona con el VIH, el tratamiento antidepresivo también debe adaptarse en cada caso particular. El mismo efecto secundario que puede causar problemas a una persona dada puede resultar beneficioso para otra. Por ejemplo, los estimulantes del apetito como la mirtazapina (Remeron) suelen evitarse en casos de obesidad, pero pueden ser una opción excelente para pacientes con falta de apetito o pérdida de peso. La regla de oro es asignar fármacos cuyos efectos secundarios potenciales se adapten a los síntomas de cada persona. Debe tenerse especial precaución cuando se trate a personas con enfermedades previas del sistema nervioso y VIH avanzado.

Se recomienda comenzar con dosis bajas de antidepresivos e ir aumentándolas con precaución a lo largo del tiempo hasta llegar a la dosis normal. Una estrategia de dosificación que complementa la posología recetada para los antirretrovirales puede mejorar el cumplimiento de la terapia. El seguimiento de las dosis omitidas también puede ayudar a identificar los obstáculos que dificultan el cumplimiento de la terapia, mejorando así los resultados. Los estuches de pastillas (con etiquetas que marcan los días de la semana) pueden ser una herramienta útil para mantenerse organizado y ayudar a identificar las dosis de antidepresivos que se omiten con más frecuencia.

La ausencia de efecto por parte de un antidepresivo no descarta la presencia de depresión. Aunque la mayoría de los pacientes deprimidos perciben una mejora la primera vez que toman antidepresivos, la depresión resistente a la terapia está bien documentada.

#### **Interacciones entre los medicamentos**

Casi todos los antidepresivos se metabolizan mediante las mismas enzimas hepáticas del citocromo P450

que los IP y los inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (INNTI). Por lo tanto, deberían esperarse interacciones medicamentosas clínicamente importantes (aumentos o descensos significativos de los niveles de fármaco) entre la mayor parte de los fármacos de TARGA y la mayoría de los antidepresivos. Sin embargo, la experiencia ha demostrado a los médicos que esto no es así; exceptuando algunos casos importantes que se mencionan en el apartado de la pág. 22, la opción de antidepresivos elegida y la dosificación no se ven afectadas por la terapia antirretroviral.

Las dosis estándar de citalopram, mirtazapina y bupropión parecen estar relativamente libres de cambios inesperados en los niveles séricos tanto de antidepresivos como de antirretrovirales. El bupropión es un ejemplo de antidepresivo sobre el cual se presupuso incorrectamente una interacción con un antirretroviral (en este caso, el ritonavir [Norvir]).

Algunos pacientes toman otros remedios sin receta como la hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*), la S-adenosimetionina (SAM-e) o la melatonina. Hasta la fecha se sabe muy poco sobre la interacción de estos fármacos con los antirretrovirales. Un informe ha revelado que la hierba de San Juan reduce la concentración de indinavir, y el Ministerio de Sanidad y Consumo de los EE.UU. (FDA) ha divulgado una advertencia acerca del uso de esta planta con los IP y los INNTI. Datos resultantes de estudios con la población VIH negativa han mostrado que la hierba de San Juan ejerce un suave efecto anti-depresivo.

Las interacciones medicamentosas son más comunes en pacientes con alteraciones hepáticas (del hígado), en personas mayores y en quienes toman las politerapias TARGA más recientes. Es importante insistir en que la experiencia clínica hasta la fecha ha demostrado que con la mayor parte de los antirretrovirales no son necesarias ni adecuadas las modificaciones de dosis en la mayoría de los antidepresivos.



## INTERACCIONES ENTRE LOS MEDICAMENTOS ANTIDEPRESIVOS Y TARGA

### nefazodona (Serzone)

utilizado con

**ritonavir (Norvir), lopinavir/  
ritonavir (Kaletra), delavirdina  
(Rescriptor):**

- espere recibir dosis más bajas de lo normal de nefazodona y vigile el aumento inesperado de efectos secundarios con los antidepresivos o los antirretrovirales

### antidepresivos tricíclicos (ATC)

con

**ritonavir, lopinavir:**

- tome dosis más bajas de lo normal de ATC, hágase pruebas de los niveles de ATC en suero, com-pruebe si hay retrasos de conducción mediante ECG

### venlafaxina (Effexor)

con

**indinavir (Crixivan):**

- la venlafaxina puede reducir la concentración de indinavir; considere el uso de un antidepresivo alternativo

### Hierba de San Juan

(St. John's wort, en inglés)

(*Hypericum perforatum*)

con

**IP o INNTI:**

- combinación no recomendada

## Resumen

Con la mejora de los tratamientos antirretrovirales, la enfermedad por el VIH se ha convertido en una afección crónica potencialmente manejable. No obstante, al igual que muchas otras enfermedades crónicas, la enfermedad por el VIH suele ir acompañada de otras dolencias. El diagnóstico y tratamiento efectivos de trastornos comórbidos (de existencia simultánea y generalmente independiente de otra condición médica) como la depresión puede resultar crucial para el éxito de

los tratamientos TARGA y para materializar su potencial de mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Por ello, el tratamiento de la depresión asociada al VIH es una tarea fundamental para la población con el VIH y sus médicos. La depresión es el trastorno menos diagnosticado y tratado tanto entre las personas con el VIH como en la población general. Dado que actualmente existen asesoramientos eficaces y tratamientos medicamentosos, es fundamental que las mujeres y hombres VIH positivos tengan acceso a estos recursos y se beneficien de sus ventajas.

**La Dra. Lisa Capaldini es profesora ayudante de clínica en la Universidad de California, San Francisco (UCSF). Dispone de un consultorio privado en San Francisco.**

**El Dr. George Harrison es profesor ayudante de clínica en la UCSF y director médico del AIDS Health Project/UCSF Clinical Services Center (Proyecto de Salud para el SIDA/UCSF Centro de Servicios Clínicos).**

### Bibliografía

Bancroft, J. and others. Sexual risk-taking in gay men: the relevance of sexual arousability, mood, and sensation seeking. *Archives of Sexual Behavior* 32(6): 555-572. December 2003.

Dean, G. and others. Prevalence, diagnosis, and pharmacological treatment of mood disorders in HIV disease. *Biological Psychiatry* 54(3): 307-316. August 1, 2003.

*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*, 4<sup>th</sup> ed. American Psychiatric Association, Washington, DC. 1994.

McDaniel, J.S. and others. Practice Guideline for the Treatment of Patients with HIV/AIDS. November 2000. ([www.psych.org/psych\\_pract/treatg/pg/hiv aids\\_revise-book\\_index.cfm](http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/hiv aids_revise-book_index.cfm).)

Montano, C.B. Recognition and treatment of depression in a primary care setting. *Journal of Clinical Psychiatry* 55(12, Suppl.): 18-33. December 1994.

Whooley, M.A. and others. Case-finding instruments for depression; two questions are as good as many. *Journal of General Internal Medicine* 12(7): 439-445. July 1997.

## ¡Recicle sus medicamentos!

Las siguientes organizaciones en los EE.UU. recopilan medicamentos anti-VIH para donar al extranjero. Cada organización tiene sus propias reglas; la mayoría pide que se entreguen medicamentos con sus botellas originales de receta (ellos removerán el nombre del paciente y del médico de la etiqueta). Llame a los números de teléfono correspondientes o comuníquese por correo electrónico para mayor información.

**African AIDS Network –  
San Francisco, CA**

415-440-3722  
lwildes@aidseti.org

**AID for AIDS –  
Nueva York, NY**

212-337-8043  
aid4aids@aol.com

**AIDS Empowerment Treatment  
International (AIDSETI)**

202-473-6637  
www.aidseti.org

**AIDS Medical Relief for Cuba –  
Nueva York, NY**

212-594-7741  
babaluaye@aol.com

**Asociación de Derechos Humanos de  
Agua Buena – Centroamérica**

attn: Gloria Guevara (Albany, CA)  
510-841-1644  
reynolds@rorl.ucsf.edu

**Being ALIVE –  
West Hollywood, CA**

310-289-2551  
progvoidir@aol.com

**International AIDS Empowerment –  
El Paso, TX**

888-767-8474  
skiproenthal@usa.com

**Whitman Walker Clinic –  
Washington, DC**

202-745-6149  
mrelf@wwc.org