



en español

UPDATE

vol. 15 no. 3

AIDS COMMUNITY RESEARCH INITIATIVE OF AMERICA

VIH y Salud Mental

In this issue, we examine the intersection of HIV disease and mental health problems. As a nurse who spent 15 years working in mental health and HIV/AIDS, understanding the mental health needs of persons living with HIV is of particular concern to me.

In her article, Dr. Judith Rabkin notes that depression is the most commonly reported psychiatric problem among people with HIV and that its incidence is higher among those living with HIV. Indeed, Dr. Stephen Karpiak notes that ACRIA's study of HIV in 1,000 NYC residents over 50 found that the number of people reporting symptoms of depression was 13 times higher than in the general population.

Recognizing that stigma is a major issue for those facing mental health problems, not to mention the stigma associated with being HIV positive, we also greatly appreciate those who have chosen to speak out and share their "Personal Perspectives" with our readers.

Lastly, in keeping with our effort to reach as many persons and communities as possible, this issue of Update is the first to be fully bilingual (English-Spanish).

Daniel Tietz, Editor-in-Chief

En ésta publicación, examinaremos la intersección del VIH con los problemas de salud mental. Como un enfermero que pasó quince años trabajando en salud mental y VIH/SIDA, el poder entender las necesidades de salud mental de las personas que viven con el VIH/SIDA es de particular interés para mí.

En su artículo, la Dra. Judith Rabkin nota que la depresión es el problema psiquiátrico más comúnmente reportado entre las personas viviendo con VIH y que su incidencia es más alta entre las personas viviendo con el VIH. Por cierto, el Dr. Stephen Karpiak nota que la investigación de ACRIA con 1000 residentes mayores de 50 años en la ciudad de Nueva York mostró que los síntomas de depresión eran 13 veces más altos que el de la población general.

Reconocemos que el estigma es un tema de importancia para aquellos que enfrentan problemas de salud mental, sin mencionar el estigma asociado a ser VIH positivo. También agradecemos aquellos que decidieron escribir abiertamente y compartir sus "Perspectivas Personales" con nuestros lectores.

Por último, en tratar de mantener nuestros esfuerzos de alcanzar la mayor parte de personas y comunidades posibles, logramos hacerla por primera vez completamente bilingüe (Inglés-Español).

VIH y Desordenes del Humor *por Judith Rabkin, PhD, MPH*

Todos alguna vez se sienten tristes o desalentados. Las emociones tales como la pena y la desdicha son una parte normal de la vida, en especial en aquellas personas que están experimentando altos niveles de estrés o que están lidiando con grandes pérdidas o reajustes en su vida. Algunos eventos ocurren en la vida que son trastornantes o que causan estrés, pero uno puede ser infeliz sin la necesidad de estar deprimido. La distinción entre la "infelicidad común" y desordenes depresivos clínicos dependen de la duración y severidad de un humor bajo y la ocurrencia de problemas relacionados, tales como la pérdida de interés en la mayor parte o todas las actividades, cambios en el apetito/peso o sueño, bajos niveles de energía, ideas persistentes sobre la muerte, sentimientos de culpabilidad y otros síntomas. La manera que el

humor depresivo interfiere con el trabajo, relaciones, y recreación son también considerados como distinción entre la tristeza y la depresión clínica. En este artículo, el término "depresión" se refiere a desordenes clínicos, no a la tristeza diaria.

La depresión es un desorden común, que afecta a personas de diferentes edades, razas, y estilos de vida. Los psiquiatras distinguen entre la depresión mayor, que tiene muchos síntomas que ocurren juntos; la depresión menor, caracterizada por un estado humoral bajo y/o una pérdida de interés pero con una menor cantidad de síntomas asociadas a ella; y la distimia, que se refiere a una forma más crónica y frecuentemente una depresión menos severa que está presente en la mayor parte de días por lo menos por dos años sin un periodo

(continued on page 3)

contenido

6 *Perspectiva Personal: Haciéndose mayor con el VIH*

7 *Depresión en adultos mayores con VIH*

9 *Perspectiva Personal: Entendiendo la importancia de mi vida y salud*

10 *Tabla de Interacciones de Medicamentos Antivirales y Psiquiátrico*

12 *Perspectiva Personal: Depresión después de 15 años*

14 *La depresión en mujeres VIH positivas*

15 *Perspectiva Personal: ¡No tengas Pánico!*

16 *Manejando un Triple Diagnóstico*

19 *ACRIA News*

verano
2006

Editor in Chief
Daniel Tietz

Editors
Mark Milano
Luis Scaccabarozzi

Medical Editor
Jerome A. Ernst, MD

Publications Manager
Mark Milano

Publications Associate
Laura Engle

ACRIABoard of Directors
Ross Bleckner, *President*
Donald Kotler, MD, *Vice President*
Charles Franchino, DC, *Secretary*
Mark J. Montgomery, *Treasurer*
Marisa Cardinale
Bob Colacello
Francisco Costa
Vincent Wm. Gagliostro
Deborah Hughes
Kevin Krier
Adam Lippes
Martha Nelson
Isabel Rattazzi

In Memoriam
Barry Binkowitz, MD
Gary Bonasorte
Kiki Mason
David Seidner
George N. Stathakis

Medical Director
Jerome A. Ernst, MD

ACRIA is an independent, non-profit, community-based AIDS medical research and HIV health literacy/treatment education organization dedicated to rapidly improving the length and quality of life for people living with HIV/AIDS. Bulk copies of *ACRIA Update* are available free to agencies that provide services to people living with HIV/AIDS. For more information, call 212-924-3934 ext. 129.

*Copyright © 2006
AIDS Community Research Initiative of
America. All rights reserved. Non-commercial
reproduction is encouraged provided
appropriate credit is given.*

ACRIA
230 West 38th St., 17th Floor
New York, NY 10018
Phone: (212) 924-3934
Fax: (212) 924-3936
Internet address: www.acria.org

Transacin (NGX-4010) for Peripheral Neuropathy

People with HIV who have peripheral neuropathy will use either Transacin (capsaicin) patches or placebo patches for 30 or 60 minutes a day for 3 months. Participants must be 18 or older and have had pain in both feet for at least 2 months.

Pregabalin for Peripheral Neuropathy

People with HIV who have peripheral neuropathy will take either pregabalin (Lyrica) or a placebo (dummy pill) for 3 months. Participants must be 18 or older and have had pain in their hands or feet for at least 3 months.

IMPACT: Reyataz Resistance

People who have developed resistance to Reyataz will come in for one day of blood tests to study the I50L mutation.

For the above trials, contact Dr. Douglas Mendez at 212-924-3934 ext. 126 or Dr. Yuriy Akulov at ext. 124.

DUET: TMC 114 & 125 for Drug-Resistant HIV (closed to enrollment)

People who are resistant to PIs and NNRTIs will take TMC125 (a new NNRTI) or a placebo (dummy) pill. Everyone will also take TMC114 (a new PI) with Norvir and other anti-HIV drugs. Participants must be 18 or older and have a viral load over 5,000.

TH9507 for Lipodystrophy (closed to enrollment)

People who have excess abdominal fat and who are taking anti-HIV drugs will take either TH9507 (an experimental growth hormone releasing factor) or a placebo for 26 weeks.

Maraviroc for Drug-Resistant HIV (closed to enrollment)

People who have taken anti-HIV drugs from three of the four classes of drugs will either take maraviroc (an experimental HIV attachment inhibitor) or placebo with an optimized regimen of anti-HIV drugs for 11 months.

Editor's Notes

- All material in *ACRIA Update* is presented for educational and informational purposes only, and is not intended as medical advice. All decisions regarding one's personal treatment and therapy choices should be made in consultation with a physician.
- *ACRIA Update* refers to most drugs by both their commercial and scientific names upon their first reference in an article. Thereafter in the article, they will be identified with the name by which we feel they are most commonly known, either commercial or scientific.

VIH y Desordenes del Humor *(continued from first page)*

de bienestar de por lo menos dos meses. Los niveles de depresión han sido estudiados a nivel mundial por muchos años. Un estimado razonable de aquellos que experimentan depresión mayor en el último año es aproximadamente de 4 al 5%, y cerca de 2% para distimia (Narrow, 2002; Waraich 2004). (La depresión menor no fue evaluada en estos estudios de población)

Entre las personas con VIH/SIDA, la depresión es el desorden psiquiátrico más común (sin incluir desordenes de abuso de sustancias), pero la mayoría de personas VIH positivas no están deprimidas la mayor parte del tiempo. Mientras los niveles de depresión varían dependiendo de como se define la depresión y como es medida, el consenso es que los niveles de depresión son elevados en el contexto del VIH/SIDA, con estimados usando criterios diagnósticos que oscilan entre el 5% al 20% dependiendo de las medidas usadas y los grupos estudiados (Evans et al. 2005). Estos estimados usualmente no incluyen la depresión "menor", que tiene menos síntomas pero se manifiesta aún con una tristeza persistente y una capacidad menor para experimentar placer y satisfacción.

Alguna evidencia sugiere que las mujeres VIH positivas tienen niveles mayores de depresión y distimia que hombres con VIH, y que personas con desorden de abuso de sustancias. Aún así, las mujeres en general y las personas que no son positivas que usan drogas también tienen niveles altos de depresión, así que el VIH quizá no sea la causa más común de la mayor incidencia. Niveles más altos han sido reportados cuando se utilizaron escalas sintomáticas de auto-evaluación o estudios diagnósticos para identificar la depresión, pero como regla general estas medidas no se deben de utilizar para establecer un diagnóstico. Por otro lado, algunos factores pueden complicar el diagnóstico de la depresión en una persona que es VIH +, por la superposición entre síntomas de depresión (como el insomnio y la pérdida de apetito), y síntomas del VIH de por sí o los efectos secundarios de los medicamentos. Para lograr hacer un buen diagnóstico necesita estar familiarizado con ambos: el criterio estándar de la depresión y la presentación clínica del VIH y los posibles efectos secundarios de los medicamentos

Al tratar de identificar la relación entre el VIH y la depresión, la edad en que se exper-

imenta necesita tomarse en consideración. En nuestro programa de investigación psiquiátrica, donde hemos logrado ver a más de 1,200 adultos VIH + en los últimos 15 años, el 60-80% reportaron que su primer episodio con la depresión fue antes de que descubrieran su estatus de VIH. Por ejemplo, entre los hombres gay, la adolescencia y el proceso de hacer conocer su orientación sexual puede ser el periodo cuando experimentaron por primera vez su depresión. Otros factores que ponen a personas en riesgo para la depresión independiente al estatus del VIH es la historia familiar de depresión (quizá reflejando una predisposición genética) y abuso de alcohol y drogas recreativas.

La depresión es una de los éxitos ejemplares en la psiquiatría: muchos medicamentos

“People who are depressed are less likely to take their HIV medications or keep medical appointments regularly than those who are not...”

antidepresivos y algunos tipos de psicoterapia de tiempo limitado tales como la terapia cognitiva del comportamiento. Para depresiones que sean leves, los grupos de apoyo frecuentemente pueden ser útiles, pero para la depresión mayor, los medicamentos antidepresivos con o sin psicoterapia es el estándar de cuidados. La investigación muestran que los pacientes VIH + que están deprimidos responden tan bien y con la misma frecuencia que aquellas personas que no tienen VIH/SIDA. La depresión sin tratar es costosa. La calidad de vida es disminuida, las relaciones con la familia y amistades se dañan, y el trabajo

puede ser interrumpido. Para las personas que viven con el VIH existen costos adicionales: la depresión ha sido asociada con una adherencia más pobre a cuidados médicos. En personas que están deprimidas existe menos probabilidad que tomen sus medicamentos para el VIH o mantengan citas médicas regularmente en comparación con aquellos que no lo están, y existe mayor probabilidad de que descuiden su nutrición y presten menos atención a su salud en general, así que la progresión de la enfermedad puede ser una consecuencia. Puede hacerse difícil poder decirle a su médico o proveedor de salud que se siente deprimido, pero es importante hacerlo o buscar una evaluación o tratamiento en alguna parte. Si alguien no sabe donde puede encontrar tratamiento, existe un servicio de referidos a nivel de la ciudad al llamar al 1-800-LIFENET.

Desorden bipolar

Esta condición incluye episodios depresivos y maníacos, y es a veces llamado desorden maniaco-depresivo. La manía es caracterizada por periodos de humor anormalmente elevados o de irritabilidad, una gran disminución por la necesidad de dormir, pensamientos rápidos, facilidad de distractibilidad, y un comportamiento poco característico de tomar riesgos. Tales periodos de humor anormal deben durar por lo menos una semana (o menos si hospitalización es necesaria), para llegar a un diagnóstico definitivo. El diagnóstico debe de hacerse cuando la persona no esté usando drogas, porque las drogas pueden confundir el diagnóstico. El desorden bipolar aparece con un fuerte componente genético y ocurre en 1% de la población. Comúnmente se manifiesta alrededor de los 20 años pero también puede iniciarse en la adolescencia. El desorden bipolar II (hypomanía) es una forma más leve con episodios de más corta duración.

El desorden bipolar comúnmente precede la infección del VIH en aquellas personas que tienen ambas condiciones. A veces, sin embargo, la manía secundaria puede desarrollarse por afecciones del VIH en el cerebro en aquellos casos con SIDA avanzada, comúnmente asociado con daño cognitivo significativo (Ferrando & Wapenyi, 2002). Afortunadamente la manía secundaria es mucho menos común desde la aparición de la terapia antiretroviral. En otros casos, la nueva aparición de manía puede ser precip-

(continued on next page)

VIH y Desordenes del Humor *(continued from previous page)*

itada por medicamentos tales como los corticoesteroides (por ejemplo, prednisona), que puede ser recetada por varias condiciones médicas incluso el asma. La manía inducida por corticoesteroides puede ser mejorada disminuyendo la dosis o bajando la dosis paulatinamente si es médicamente posible, o recetando un estabilizador del humor.

Depresión y Fatiga

La fatiga es más común que la depresión en personas con VIH, los estimados dan una incidencia de alrededor del 40%. La fatiga usualmente es definida como una falta de energía, cansancio, letargia, inabilidad de sentirse descansado que no se debe al insomnio, y energía disminuida. En contraste a la depresión, la persona con fatiga está interesada en hacer cosas y da una lista de actividades en las cuales le gustaría estar envuelta, pero le falta la energía para poder hacerlas. La superposición sustancial entre la fatiga y la depresión es hasta cierto punto circular por definición, en el que la fatiga es también asociada a problemas de pobre concentrabilidad, que es otro criterio para diagnosticar la depresión mayor. Puede tener también una dirección causal reversa. Cuando la fatiga restringe actividades y eventos placenteros, limita interacciones sociales, interfiere con el trabajo, y lleva a días largos en soledad, la depresión puede ser una posible consecuencia.

La fatiga puede deberse a una variedad de condiciones médicas, tales como la anemia, bajos niveles de la hormona tiroidea o bajos niveles de testosterona, o puede ser relacionado a los medicamentos de VIH. Cuando la depresión no es una causa obvia, la fatiga puede ser tratada con suplementos de testosterona para los hombres, o medicamentos estimulantes tales como la Ritalina (metilfenidato) o Dexedrina (dextranfetamina), aunque estos últimos son poco apropiados para personas con una historia de abuso de sustancias. Un medicamento prometedor pero aún no probada es Provigil (modafinil), que parece no causar euforia o tener potencia adictiva. Nuestro grupo está actualmente estudiando su efectividad en una prueba clínica de corta duración para el tratamiento de la fatiga en adultos con VIH.

Depresión y Hepatitis C

Se estima que cerca de 300,000 pacientes

con VIH en los Estados Unidos, o cerca del 30% de personas con VIH, están coinfectadas con hepatitis C (VHC). Entre pacientes con infección crónica del VHC, la fatiga es el síntoma inicial más común (Crone et al, 2004). Aunque la depresión también ha sido reportada, puede que sea secundaria al uso de drogas intravenosas, que es la causa más común de la infección de VHC que frecuentemente está asociada a la depresión (Hauser, 2004). En un estudio, sin embargo, los síntomas no fueron lo sufi-

“A history of depression is more common among gay and bisexual men than heterosexual men, among people with HIV/AIDS than HIV- people, and among crystal meth abusers...than nonusers.”

cientemente severos para clasificar a las personas con un diagnóstico depresivo que se observó en hasta un 70% de pacientes coinfectados. (Hooshyar, 2004).

Los síntomas depresivos y desordenes son un efecto secundario del tratamiento estándar del VHC, alfa interferón y ribavirina. Se estima que el 60% de pacientes co-infectados experimentan algunos síntomas neuropsiquiátricos inducidos por el tratamiento, y cerca del 30% experimentan depresión clínica (por ejemplo, Laguno et al, 2004; Torriani et al, 2004). La mayoría de pacientes con depresión inducida por el tratamiento al VHC responden bien a antidepresivos, per-

mitiéndoles completar el tratamiento que de otra manera tendría que ser prematuramente discontinuado (Hauser, 2002).

Los hepatólogos pueden ser reacios a iniciar tratamiento al VHC en pacientes que ya están deprimidos, y esto contribuye a la falta de tratamiento del VHC. En vez de rechazar tratar a personas deprimidas, la consulta a psiquiatría y el tratamiento con antidepresivos son recomendables, y entonces después de disminuir los síntomas depresivos (usualmente después de algunas semanas), puede iniciarse el tratamiento del VHC.

Depresión y Abuso de Sustancias: Metamfetamina de Cristal

Aunque el efecto inmediato de la metamfetamina de cristal (MA) es euforia y energía elevada, la depresión le sigue después que el efecto de la droga termina. Es un hecho, que la depresión es precursora y una consecuencia al uso de MA crónico. Una historia depresiva es más común entre hombres gay y bisexuales en comparación a hombres heterosexuales, entre personas con VIH/SIDA que entre personas VIH negativas, y también entre abusadores de MA, la mayoría de los cuales en la ciudad de Nueva York son hombres gay y bisexuales con o sin infección de VIH, que no abusadores. La depresión es particularmente alta durante el periodo inicial en que se deja de usar la droga, pero se ha encontrado en niveles altos hasta 2-5 años después del tratamiento a las drogas a pesar de reducciones significativas del abuso de MA (Rawson et al, 2002). En un estudio prospectivo de 162 hombres gay abusadores de MA que participaron en un estudio de tratamiento de 16 semanas se encontró que el 29% reportó por lo menos síntomas depresivos moderados al iniciar el estudio, con disminución significativa de los síntomas durante la primera semana y a través de la compleción del tratamiento entre participantes VIH + y VIH -, asociado con la cesación del uso de MA (Peck et al, 2005).

Síntomas agudos después de dejar de usar la droga, ocurren dentro de las 24 horas después del último uso, puede parecerse al desorden depresivo mayor con pérdida de interés, humor deprimido, fatiga, y pensamientos de suicidio. Otros efectos psiquiátricos del uso prolongado de MA también incluyen paranoia, alucinaciones

visuales o táctiles, irritabilidad, y agresividad. Problemas cognitivos, incluyendo concentración y memoria dañada, son comunes y pueden tener una duración de meses (Jones, 2005). Hombres VIH positivos con hepatitis C que abusan MA tienen niveles particularmente altos de daño cognitivo.

Al final de cuentas, el uso de Metamfetamina, pasado o actual, es un factor de riesgo significativo para la depresión, mientras que el tratamiento de drogas puede aliviar los síntomas depresivos, un tratamiento más enfocado quizá sea necesario.

¿Qué luego?

Para poder tratar la depresión, primeramente necesita ser identificada. Con algunas excepciones, los médicos no tienden a preguntar, y los pacientes no dicen tampoco. En lugares donde se trabaja con personas VIH positivas, los médicos y pacientes están ocupados con los resultados de laboratorio, llenar las recetas, y hablar sobre el estado médico, que son sus tareas esenciales. Los proveedores pueden, sin embargo, facilitar enormemente la discusión del humor depresivo y problemas relacionados al abuso de sustancias al preguntar directamente sobre el humor. Una simple pregunta tales como, "¿Se ha sentido deprimido últimamente?" puede iniciar una conversación, e indicar que el tema es apropiado para tocarse. Si es apropiado, tal discusión puede llevar a un referido si el proveedor no se siente cómodo prescribiendo medicamento antidepressivo. La evaluación de la depresión es recomendada en

toda visita inicial de tratamiento, y por lo menos una vez anualmente después de la primera visita o en cualquier visita si el médico observa algún cambio en el humor a apariencia del paciente.

La mayoría de pacientes deprimidos en los Estados Unidos son tratados por su proveedor primario, no los psiquiatras, y un número mayor de proveedores de salud de VIH recetan antidepressivos a pacientes con depresión no complicada. Un referido al psiquiatra se indica para pacientes con desorden bipolar o condiciones psiquiátricas adicionales, incluyendo ansiedad o desorden sicótico. Un referido es siempre necesario para pacientes con depresión severa, y para aquellos que expresan pensamientos o planes de suicidio activo. Adicionalmente, si el paciente no ha respondido a uno o dos antidepressivos durante un intervalo de tiempo adecuado (8 semanas o más) y dosis adecuada, y el paciente está tomando los medicamentos como fue recetada, un referido al psiquiatra puede ser necesario. Una vez que régimen de medicamentos adecuado se ha establecido y el paciente responde, el proveedor primario puede hacerse cargo de la receta médica en muchos casos.

Afortunadamente, números mayores de clínicas de VIH tienen psiquiatras en la clínica varios días a la semana o a tiempo completo, que enormemente facilita el acceso al tratamiento y la colaboración entre el proveedor primario y el psiquiatra. En este respecto, los pacientes de clínicas tienen una gran ventaja sobre aquellos que ven a sus médicos de

VIH en una oficina privada. Es más, Medicaid cubre todos los medicamentos antidepressivos, mientras que una gran cantidad de seguros privados no los cubren.

Investigaciones en el futuro sobre el tratamiento de la depresión en personas con VIH/SIDA deben de ser conducidas de preferencia en las clínicas de VIH, en vez de centros médicos académicos que puede seleccionar a pacientes más motivados que toman el tiempo y el trabajo de viajar para participar en estudios. Adicionalmente, psicoterapias de tiempo limitado, ya sea individual o grupal, que puedan ser conducidos en una locación clínica también necesitan estudiarse, ya que los medicamentos antidepressivos quizá no siempre sean necesarias, o aceptables para algunos pacientes.

Finalmente, no es solo responsabilidad del proveedor de cuidados preguntar sobre los problemas de depresión. Las personas con VIH y sus amistades y familia deben de reconocer un persistente bajo, tristeza, o humor melancólico, acompañado por otros signos de depresión tales como la pérdida del apetito, insomnio, sentimientos de culpabilidad, o pensamientos recurrentes de la muerte, son señales para buscar evaluación profesional y tratamiento. Como los proveedores de cuidados no observan a sus pacientes en situaciones diarias y su medio ambiente, las amistades y familiares pueden ser los primeros en darse cuenta sobre los cambios del humor, y pueden tomar un rol vital en alertar al proveedor y al paciente que quizá exista un problema.

ACRIA Named as Regional Training Center

Recently the New York State Department of Health AIDS Institute named ACRIA as a Regional Training Center for New York City. We will be providing HIV prevention, care and support service trainings for non-medical health and human services providers through this initiative.

We plan to begin offering trainings as early as September. Future issues of *ACRIA Update* will include details on the trainings we will be offering. For more information on the Statewide Calendar of HIV/AIDS Trainings available in Fall 2006 please go to www.nyhealth.gov/diseases/aids/training

ACRIA teams with Aid for AIDS

ACRIA has agreed to serve as a drop-off site for the **Aid for AIDS** recycled HIV medication program. **Aid for AIDS** collects unused antiretroviral drugs and drugs for HIV-related conditions and ships them to health care providers and patients in over 20 countries.

If you or someone you know has excess medications, please consider donating them. This will ensure that these valuable drugs aren't wasted, but instead help others outside the United States who can't afford them. Your unused meds could save a life!

You can drop off your unused meds at our office at 230 W. 38th Street, 17th Floor. For more information and for other drop-off sites, call **Aid for AIDS** at (212) 337-8043 x325 or email: recycle@aidforaids.org

Perspectiva Personal: Haciéndose mayor con el VIH by O. Del Valle

En 1987, mi pareja y yo tuvimos la conversación sobre que pasaría si los resultados de las pruebas de VIH de ambos fueran positivas. Decidimos que nos cuidaríamos si uno o el otro se llegara a enfermar. Habíamos estado juntos desde la universidad, cuando el tenía 19 y yo 22. Ambos nos hicimos la prueba y los resultados fueron positivos para ambos. El murió en 1993 después de una larga lucha con diferentes complicaciones. Habíamos estado juntos 14 años.

Me quedé sin la compañía y sin nadie de quien cuidar - de pronto estaba sólo en el apartamento que compartíamos. Poco después empecé a pensar en suicidarme y no encontraba nada que valiera la pena para poder continuar viviendo. Mi salud nunca decayó severamente, y no me sentía igual que cuando mi pareja vivía. Me sentía culpable de haber sobrevivido - tenía unos años más que el y siempre bromeábamos que yo sería el primero en morir por viejo. No pasó de esa manera.

Aunque nunca intenté suicidarme, llegué a estar muy cerca de llevar a cabo mis pensamientos. Cuando el falleció me estaba sintiendo físicamente mejor y más fuerte de cuando fui diagnosticado. Había estado haciendo ejercicios y había podido acumular masa muscular en mi cuerpo. Los medicamentos de VIH que ambos tomábamos funcionaron para mí - el mejoraba poco y tuvo problemas continuos con infecciones oportunistas que lo llevaron a hospitalizaciones frecuentes. Después de que falleciera sentí que no había nada que valiera la pena para seguir viviendo, aunque realmente no deseaba morir.

Me convertí en una persona solitaria. La mayor parte de nuestros amigos se habían mudado o habían fallecido, así que hacía todo a solas y realmente no socializaba. Mi hermana vivía relativamente cerca y pasaba a visitarme casi todos los días para ver como estaba, hacía todo esfuerzo para incluirme en sus actividades familiares. Pero aún así me sentía sólo, a insistencia de ella hice una cita con un terapeuta quien me diagnosticó con depresión. (Mi médico me había referido para que fuera a ver un terapeuta o un psiquiatra, pero nunca seguí sus sugerencias, diciéndole que me sentía mejor.) Yo sabía que estaba deprimido - eso no era difícil saberlo - lo que no sabía era cuan mejor me iba a sentir después de iniciar el tratamiento. Empecé a tener esperanzas. Tenía mi salud - si, era VIH positivo, pero

mi conteo de células CD4 estaban muy bien, mi conteo viral no era muy alto y me veía y me sentía bien.

No fue hasta que necesité tomar los inhibidores de proteasa, porque mi conteo viral empezó a dispararse, que algunos signos de la enfermedad empezaron a verse, en especial la terrible "palabra que empieza con L" para las personas que viven con el VIH: lipodistrofia. Esto empezó alrededor de 1997. Pero aún señales de que estaba envejeciendo empezaron a aparecer. Empecé a sentirme deprimido nuevamente; parecía que los medicamentos que tomaba para la depresión ya no estaban funcionando.

"I knew I was depressed – that wasn't difficult to see – but what I didn't know is how much better I would feel after beginning treatment."

Había empezado a socializar y hacer nuevas amistades, participar de actividades sociales, ir al gimnasio y hacerme miembro de algunas ligas deportivas. Pero aún así, empecé a sentirme cansado nuevamente, y sólo - a veces lloraba sin motivo alguno, sintiéndome terrible y con lástima conmigo mismo. No sabía si se eran las señales de estar envejeciendo o la lipodistrofia que me molestaban. Nunca inicié una nueva relación, pero disfrutaba aún del sexo, y ahora hasta eso había desaparecido. Al no desear estar en otra relación me aventuré a tener sexo en lugares públicos, pero ahora me daba cuenta de que nadie me prestaba atención y los juegos sexuales alrededor mío procedían sin que yo los alterara. Sentía como que ya no existía y ya no era joven. Empecé a pensar que lo mejor para mí sería morir, aunque nunca traté de hacerlo. Inmediatamente reconocí los síntomas y hablé con mi médico y terapeuta. Ahora estoy tomando otro medicamento para la depresión y me siento emocionalmente bien.

Entiendo que el envejecer, la lipodistrofia y la sensación de estar solo me llevan a sentirme de la manera en que me siento. Cada cierto tiempo me siento cabizbajo, pero no lo suficiente para rendirme. He logrado hacerme de un nuevo sistema de apoyo aparte de mi familia que siempre ha estado presente, continuo viendo mi terapeuta. Entiendo que no solamente tengo VIH y depresión, sino también he envejecido, los tres son parte del porque me siento de la manera en que me siento todos los días. Es tomar un día a la vez y lidiar con los tres que me mantienen hacia adelante.

Depresión en adultos mayores con VIH

por Stephen Karpiak, PhD

En el estudio de ACRIA realizado en el 2006 con 1,000 residentes de la ciudad de Nueva York que tenían más de 50 años de edad (ROAH, por sus siglas en inglés, Investigación en adultos mayores con VIH), se encontró que la incidencia de la depresión era 13 veces más alta que aquella encontrada en la población general de la ciudad de Nueva York. A medida que esta población aumente y vaya envejeciendo (en la ciudad de Nueva York, el 30% de todas las personas viviendo con VIH tienen más de 50 años de edad y el 70% más de 40 años de edad), existirá una necesidad crítica para darle solución a esta enfermedad tratable. ¿Por qué existen niveles tan altos de depresión en personas mayores con VIH? Más importante aún, ¿Por qué el sistema de cuidados de salud no responde a esta necesidad médica? Mientras muchas enfermedades son comunes al VIH y al proceso de envejecimiento, la falta de enfoque en el manejo de la depresión es inquietante.

El impacto de la depresión en el sistema inmune ha sido bien establecido. El estrés y la depresión pueden tener efectos dañinos en la inmunidad celular, incluyendo a aquellos aspectos del sistema inmune afectados por el VIH. De acuerdo a Leserman (2003), los síntomas elevados de la depresión se asocian con una progresión más rápida a SIDA. Otro estudio encontró que síntomas depresivos se asocian, especialmente en la presencia de estrés severo, con una disminución del conteo de células CD4 y el descenso de los linfocitos (Kopinsky, 2004). Mas aún, ha sido teorizado que el cortisol, que está elevado durante periodos de estrés, puede afectar la replicación viral del VIH, y también otras respuestas inmunes. Algunos estudios muestran que el estrés severo de la vida cotidiana, combinado con una alta actividad de glucocorticoide, pueden producir una disminución en las poblaciones de linfocitos circulantes, que a su vez pueden alterar la defensa del sistema inmune contra las infecciones (Petitto et al, 2000).

Las relaciones precisas entre estresantes, depresión y el sistema inmune permanece un enigma, pero entendiendo el rol de los factores psico-sociales en la progresión del VIH pueden ayudar al desarrollo de nuevas intervenciones en el mejor manejo del VIH. Existe una dinámica psico-inmune que impacta la salud y que es la base para tales terapias complementarias como la relajación, masaje, visualización, y meditación. Y como la incidencia de la depresión aumenta con la edad, junto con una disminución de la respuesta del sistema inmune, está claro que el tratamiento de la depresión puede llevar a un mejor manejo del VIH tanto como todas las enfermedades asociadas a la edad.

El objetivo del manejo del VIH es maximizar la función inmune. Los antiretrovirales son claramente el método primario por el cual se maneja el VIH. Pero como el manejo de la depresión disminuye el estrés en el sistema inmune, puede considerarse un aspecto significativo en el manejo de la enfermedad. Al suprimir el sistema inmune, la depresión rinde que las personas sean más vulnerables a enfermedades infecciosas. Esto se convierte en un asunto de importancia mayor a medida que las personas con VIH van envejeciendo.

Como la incidencia de la depresión aumenta con la edad, el manejo de la depresión en adultos mayores en la población VIH positiva se hace aún mas una prioridad para maximizar la función del sistema inmune, que también disminuye con la edad. ¿Cuáles son las barreras para recibir tratamiento? Los adultos mayores tienen menos probabilidad de buscar ayuda para la depresión. Comúnmente existe la falta en reconocer los síntomas de la depresión, y puede existir la percepción que el estar deprimido es simplemente una característica del proceso de envejecimiento en vez de una enfermedad. Más aún, las personas pueden estar deprimidas sin sentirse triste. Más aún, el desorden depresivo se expresa más comúnmente con la agitación e irritabilidad, y en términos físicos con quejas poco claras tales como dolores musculares y trastornos gastrointestinales.

Los adultos mayores continúan considerando la depresión como algo vergonzoso que no debe de ser conocida - aún por los médicos. Los médicos a su vez, frecuentemente fallan en hacer las preguntas que identifiquen y diagnostiquen la depresión en adultos mayores. Y existe con frecuencia la creencia de que nada se puede hacer con aquellas personas que tienen suficientes motivos para estar deprimidas. Esta declaración es la base del porque a la depresión se le ha dado poca atención por aquellos que cuidan de personas viviendo con el VIH: "Deberías de estar deprimido"

Los adultos mayores con VIH que están deprimidos tienen mayor probabilidad de tener problemas financieros, tienen menos personas que los apoyen, les falta información crítica sobre el VIH, viven solos, tienen pensamientos del suicidio, y experimentan mayores niveles de estigma relacionados al VIH y el envejecer en comparación con otros adultos mayores que no están deprimidos. La depresión puede interferir con la adherencia al tratamiento, las vistas médicas, la participación en actividades sociales, y las relaciones personales.

En ROAH, los síntomas depresivos fueron medidos utilizando una
(continued on next page)

*“Older adults
continue
to regard
depression
as shameful
or a sign of
weakness
that should
not be
acknowledged -
even to
physicians.”*

Depresión en adultos mayores con VIH *(continued from previous page)*

Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (CES-D, por sus siglas en inglés). Esta es una de las herramientas estandarizadas primarias usadas para evaluar la depresión. Puntajes entre 16 y 27 indican niveles moderados de depresión y típicamente corresponderían a un diagnóstico de depresión clínica. Puntajes de 28 y más indican niveles severos de depresión. Los puntajes de los participantes de ROAH variaron de 0-52. El puntaje promedio de CES-D fue de 20.3:36% de los participantes no estaban deprimidos (puntajes menores a 16), mientras que el 38% tenían depresión moderada (puntajes de 16-27) y el 26% podrían ser clasificados como severamente deprimidos (puntajes mayores a 28). ROAH no encontró diferencias entre hombres y mujeres pero sí existieron diferencias significativas entre los grupos étnicos, con Latinos con niveles mayores de depresión en comparación a los Afro-Americanos. El puntaje del grupo de la población Blanca los colocó entre los Latinos y Afro-Americanos. ROAH muestra que adultos VIH positivos que están envejeciendo experimentan niveles significativos de depresión 13 veces mayor al del resto de la población general de la ciudad de Nueva York.

No existe una sola evidencia del porque estos niveles se encuentran tan altos. Esta es una población que está recibiendo cuidados, con un acceso a una variedad de formas de apoyo para el manejo de desordenes depresivos. Un motivo puede ser la dificultad en diagnosticar la depresión cuando los síntomas no son típicos o cuando son fácilmente confundidas con problemas físicos. Muy frecuentemente, los médicos al cuidado se enfocan en el VIH y ven los síntomas depresivos como una reacción esperada de la persona que vive con el VIH. La necesidad de la salud mental de este grupo creciente de adultos es grandemente dejado pasar. En la era de medicamentos antiretrovirales efectivos, es de gran importancia para los proveedores de salud estar preparados para poder evaluar y tratar las condiciones de salud física y emocional que presentan los adultos envejecientes. De hecho, la co-ocurrencia de VIH y depresión es una fórmula para la continua aflicción del sistema inmune. La efectividad del tratamiento antiretroviral puede también haber causado que los proveedores de salud vean a la depresión como una enfermedad menos significativa que no necesita tratarse agresivamente.

El abuso de sustancias es un factor que contribuye a una incidencia alta de la depresión en la población de adultos mayores viviendo con el VIH. El uso de sustancias para auto-medicar su depresión es común. Sumado a eso, el estigma del VIH combinado

con el estigma de la depresión hacen que el buscar ayuda para la depresión sea un reto mayor. En el estudio de ROAH se encontró que el 54% de adultos mayores usan alguna sustancia ilícita o alcohol regularmente. Esto puede precipitar la depresión, o enmascarar los síntomas para que la depresión no sea identificada por los proveedores de cuidados. Súmele a estos factores los resultados encontrados en ROAH que el 70% de adultos mayores con VIH viven solos, están desconectados de sus familias biológicas, y que pocos están casados o tienen parejas estables, consecuentemente la incidencia tan alta de la depresión no es sorprendente.

“(Given) the findings in ROAH that 70% of older adults with HIV live alone, many are disconnected from their biological families, and few have spouses or partners, the high incidence of depression is not surprising.”

En el estudio de ROAH se encontró que el 42% de los participantes mencionaron que el apoyo emocional que recibían era inadecuado. Esta característica de necesidades servidas inadecuadamente es similar a otros estudios que examinaron diversos grupos de adultos mayores. Sin embargo la magnitud de necesidad- particularmente la necesidad de apoyo emocional- es más alto en adultos mayores con VIH que otros adultos mayores en Nueva York. Tomando toda esta información, lo encontrado por ROAH describe una población en riesgo. Estos adultos mayores quizá no logren acceder el apoyo necesario para poder envejecer existosamente. Los altos niveles de necesidades servidas inadecuadamente de apoyo emocional, tanto como evidencia significativa de soledad reflejan una cierta distancia de los seres amados, ya sea físicamente o emocionalmente. Una de las posibles causas para esta enajenación es el poderoso estigma relacionado al VIH/SIDA, tanto como el envejecer. Súmele a esto la cantidad masiva de personas con depresión no tratada y uno rápidamente concluye que existe una necesidad para proveer de una guía dirigida para el manejo de las necesidades

emocionales de esta población.

El tratamiento es necesario. Más importante, un tratamiento efectivo sostenido es necesario. Muy frecuentemente los proveedores de cuidados primarios para aquellas personas con VIH son médicos especialistas en Enfermedades Infecciosas que tienen poca experiencia en el manejo de la depresión y otros problemas de salud mental. Como con el VIH, la adherencia a los regímenes de tratamiento para la depresión es importante. Esto puede convertirse en un reto del manejo de la enfermedad para el cliente y su proveedor de cuidados al empezar a necesitar otros tratamientos para enfermedades asociadas a la edad tales como las condiciones coronarias, artritis, osteoporosis, y patologías del sistema nervioso central y periférico.

Perspectiva Personal:

Entendiendo la importancia de mi vida y salud *by Judith*

Llegué a los Estados Unidos hace cuatro años atrás, cuando tenía 25, con el padre de mi segunda criatura. Cuando le dije que estaba embarazada, me golpeó, él quería hacerme perder mi embarazo. Finalmente lo dejé-mejor dicho, me escapé- cuando una vecina me dijo que lo veía golpeando a mi criatura cada vez que yo salía de la casa.

Me mudé a Nueva York, pero al poco tiempo de haber llegado, pensé en regresar a México. No me entía bien deseaba estar cerca de mi madre y no conocía a nadie en Nueva York. Me fui a hacer un exámen médico de cuidados de embarazo, y unos días antes de mi vuelo de regreso a México fui al médico por mis resultados. Me dijeron que era VIH positiva.

Entonces fue que me acordé que el padre de mi criatura se enfermaba frecuentemente: le venían escalofríos y sudaba. Ahora que sé más de la enfermedad se que habían muchas cosas que lo pudieron haber llevado a infectarse: usaba drogas y alcohol que probablemente lo llevaron a tener muchas parejas sexuales – por lo menos yo sospechaba que el había tenido muchas parejas sexuales. Una vez hasta le dije en broma, ¿Crees que tienes SIDA? Se molestó mucho y me dijo ¡Estás loca! ¿Como puedes decir esas cosas? Yo creo que el sabía que tenía el virus pero no quería usar protección.

Cuando descubrí que era VIH positiva, lo llamé para dejarle saber que se debería hacer una prueba del VIH, pero no quiso y me dijo que era únicamente mi problema. Unos meses después, su madre me dijo que el estaba sólo y no tenía nadie que cuidase de él. Su madre me dijo que el lamentaba la manera que me había tratado y que quería que regresara con él. Desde ese entonces he evitado tener comunicación con su familia y no se como estará o si alguna vez se hizo la prueba del VIH.

No estaba segura lo que significaba ser VIH positiva o sus consecuencias – solo sabía que era una enfermedad seria y que muchos morían. Sentí que mi vida se derrumbaba alrededor mío. Sabía que podría recibir mejor atención médica en los Estados Unidos. Mas aún no podría explicarle mi situación a mi familia. Sabía que solo los entristecería. Casi inmediatamente empecé a tomar medicamentos que previnieron que mi hija naciera con el VIH.

El año pasado me deprimí: me sentía sola y triste, lloraba constantemente y sin motivos. No tenía energía y me irritaba mucho. No me sentía bien sobre mí misma y cuidaba de mis hijas pero solo con gran esfuerzo. También había perdido el apetito y estaba perdiendo peso rápidamente. Los médicos pensaban que se debía al virus,

pero yo no entendía porque lloraba y me sentía como si mi vida no tenía valor alguno. Entonces mi madre se enfermó pero no podía regresar a México para cuidar de ella. Si regresaba a México se haría difícil que reingresara a los Estados Unidos y no tendría mis medicamentos.

Mas aún si regresaba, ¿Cómo le explicaría mi enfermedad a mi familia? Ellos no sabían nada sobre mi virus (si, ahora lo llamo “mi virus”). Habían muchas razones por las cuales evitaba decirles algo- estaban tan lejos y evitaba preocuparlos. Pero me estaban presionando para que regresara a cuidar de mi madre. Me sentía sin control y sin poder tener ningún efecto. También empecé a sentir que todos los sueños que tenía para mi familia y mis hijas no se harían realidad. Después de meses de sentirme así y no poder atender a mi madre, sentía que mi vida no tenía propósito, y no tenía ninguna otra salida que quitarme la vida. Intenté suicidarme con Tylenol y fui hospitalizada- lo único que logré con ese intento fue dañar mis riñones. Mientras estuve hospitalizada mi hija mayor me fue a ver y me dijo que no quería verme morir y que no sabía que hacer sin mí. Cuando vi a mi hija me di cuenta que tan deprimida estaba, hasta el punto de querer quitarme la vida. Me prescribieron medicamentos antidepresivos, pero no sabía porque los necesitaba. Cuando dejé de tomarlos por una semana me volví a sentir deprimida, y fui internada nuevamente en el hospital por cuatro días. Desde entonces no he dejado de tomar mis medicamentos y entiendo lo importante que son para mí para no sentirme deprimida nuevamente.

Siento que mi depression se demoró en presentarse después de que fui diagnosticada (casi dos años mas tarde) porque no tuve tiempo de pensar en mi enfermedad. Estaba tratando de sobrevivir, de criar a mis hijas y de acostumbrarme a vivir en un país diferente y distante a mi familia. Cuando empecé a pensar en mi enfermedad, sobre lo que me pasó con el padre de mi hija, y el no tener a nadie con quien hablar sobre lo que me estaba pasando, me sentí mal. Generalmente me guardaba mis problemas y no los compartía con nadie. Ahora tomo medicamentos para la depresión regularmente, voy a grupos de apoyo y de información, hablo con consejeros, educadores y mis compañeros del grupo. Hasta el compartir un poco de mi vida ahora me ayuda a lidiar con mis problemas. Mas aún – mi virus está indetectable – no estoy tomando medicamentos para el VIH porque no los necesito ahora. Y entiendo la importancia de tener apoyo, y la importancia de mi vida y mi salud.

Transcrita por Sarah Swofford

(English translation available at www.acria.org)

Tabla de Interacciones de Medicamentos Antivirales y Psiquiatrico

Many medications, including psychiatric meds, interact with HIV drugs. These interactions can affect the levels of the HIV drug, the psych drug, or both. Be sure your doctor knows all drugs you are taking, including ones you buy without a prescription.

6 = do not take these drugs together m = no interaction, drugs may be taken together t = use together with caution; a dose adjustment may be necessary

	SSRTIs						Tricyclic Antidepressants					
	Celexa (citalopram)	Lexapro (escitalopram)	Prozac Sarafem (fluoxetine)	Luvox Faverin (fluvoxamine)	Paxil (paroxetine)	Zoloft (sertraline)	Elavil Tryptanol Endep (amitriptyline)	Anafranil (clomipramine)	Norpramin Pertofrane (desipramine)	Adapine Aponal Sinequan (doxepin)	Antidepressin Janimine Tofranil (imipramine)	Norventyl Aventyl Pamelor (nortriptyline)
Agenerase (amprenavir)	t	t	t	t	t	t	t	t	m	t	t	m
Reyataz (atazanavir)	t	t	t	t	t	t	t	t	m	t	t	m
Lexiva (fosamprenavir)	t	t	t	t	t	t	t	t	m	t	t	m
Crixivan (indinavir)	t	t	t	t	t	t	t	t	m	t	t	m
Kaletra (lopinavir)	t	m	t	t	t	t	t	t	m	t	t	t
Viracept (nelfinavir)	t	t	t	t	t	t	t	t	m	t	t	m
Norvir (ritonavir)	t	m	t	t	t	t	t	t	t	t	t	t
Invirase (saquinavir)	t	t	t	t	t	t	t	t	m	t	t	m
Aptivus (tipranavir)	t	t	t	m	m	t	t	t	m	t	t	m
Sustiva (efavirenz)	t	t	t	m	m	t	t	t	m	t	t	m
Viramune (nevirapine)	t	t	t	t	m	t	t	t	m	t	t	m

	MAO Inhibitors			Psychostimulants			Other Psych Meds					
	Marplan (isocarboxazid)	Nardil (phenelzine)	Parnate (tranylcypromine)	Dexedrine Dextrostat (dextroamphetamine)	Ritalin Concerta Methylin (methylphenidate)	Cylert (pemoline)	Wellbutrin Zyban (bupropion)	Cymbalta Yentreve (duloxetine)	Remeron (mirtazapine)	Serzone (nefazodone)	St John's wort (hypericum perforatum)	Desyrel, Thombran Trialodine (trazodone)
Agenerase (amprenavir)	m	m	t	t	m	t	t	t	t	t	6	t
Reyataz (atazanavir)	m	m	t	t	m	t	t	t	t	t	6	t
Lexiva (fosamprenavir)	m	m	t	t	m	t	t	t	t	t	6	t
Crixivan (indinavir)	m	m	t	t	m	t	t	t	t	t	6	t
Kaletra (lopinavir)	m	m	t	t	t	t	t	t	t	t	6	t
Viracept (nelfinavir)	m	m	t	t	m	t	t	t	t	t	6	m
Norvir (ritonavir)	m	m	t	t	t	t	6	t	t	6	6	t
Invirase (saquinavir)	m	m	t	t	t	t	t	t	t	t	6	m
Aptivus (tipranavir)	m	m	t	t	m	t	t	t	t	t	6	t
Sustiva (efavirenz)	m	m	t	t	m	t	t	m	t	t	6	t
Viramune (nevirapine)	m	m	t	t	t	t	t	m	t	t	6	t

	Anxiolytics (Anti-Anxiety Meds)											
	Xanax Niravam (alprazolam)	Klonopin (clonazepam)	Tranxene (clorazepate)	Valium Stesolid Seduxen (diazepam)	Dalmane (flurazepam)	Ativan Temesta Tavor (lorazepam)	Versed Hypnovel Dormicum (midazolam)	Restoril Normison (temazepam)	Halcion Novodorm Songar (triazolam)	Lunesta (eszopiclone)	Sonata Starnoc (zaleplon)	Ambien Stilnox Hypnogen (zolpidem)
Agenerase (amprenavir)	t	t	t	t	t	m	6	m	6	t	t	t
Reyataz (atazanavir)	t	t	t	t	t	m	6	m	6	t	t	t
Lexiva (fosamprenavir)	t	t	t	t	t	m	6	m	6	t	t	t
Crixivan (indinavir)	6	t	t	t	t	m	6	m	6	t	t	t
Kaletra (lopinavir)	t	t	t	6	t	t	6	t	6	t	t	t
Viracept (nelfinavir)	t	t	t	t	t	t	6	t	6	t	t	t
Norvir (ritonavir)	t	t	6	6	6	t	6	t	6	t	t	t
Invirase (saquinavir)	t	t	t	t	t	t	6	m	6	t	t	t
Aptivus (tipranavir)	t	t	t	6	t	m	6	t	6	t	t	t
Sustiva (efavirenz)	t	t	t	t	t	m	6	m	6	t	t	t
Viramune (nevirapine)	t	t	t	t	t	m	6	m	6	t	t	t

	Mood Stabilizers				Antipsychotics / Neuroleptics							
	Atretol Depitol Tegretol (carbamazepine)	Eskalith Lithobid (lithium)	Depakote Depakene (valproic acid)	Largactil Thorazine (chlorpromazine)	Haldol Pacedol Pericate (haloperidol)	Orap (pimozide)	Clozaril Leponex Fazaclo (clozapine)	Belivon Risperdal (risperidone)	Seroquel (quetiapine)	Zyprexa Zydys (olanzapine)	Geodon Zeldox (ziprasidone)	Abilify (aripiprazole)
Agenerase (amprenavir)	6	m	m	m	t	6	m	m	t	t	t	t
Reyataz (atazanavir)	6	m	m	m	t	6	m	m	t	t	t	t
Lexiva (fosamprenavir)	6	m	m	m	t	6	m	m	t	t	t	t
Crixivan (indinavir)	6	m	m	m	t	6	m	m	t	t	t	t
Kaletra (lopinavir)	6	m	m	t	t	6	t	t	t	t	t	t
Viracept (nelfinavir)	6	m	m	m	t	6	m	m	t	t	t	t
Norvir (ritonavir)	6	m	m	t	t	6	6	t	t	t	t	t
Invirase (saquinavir)	6	m	m	m	t	6	m	m	t	t	t	t
Aptivus (tipranavir)	6	m	m	t	t	t	t	t	t	t	t	t
Sustiva (efavirenz)	6	m	m	m	t	t	m	m	t	t	t	t
Viramune (nevirapine)	t	m	m	m	t	t	m	m	t	t	t	t

Perspectiva Personal: **Depresión después de 15 años**

by Terecita

He sido VIH positiva por 15 años. Tengo 46 años con dos adolescentes y soy originalmente del Ecuador. Puedo decir que 1990 fue un año marcado por alegrías y tristezas porque me casé, me embaracé y mi esposo se enfermó y fue diagnosticado con SIDA. Yo también fui diagnosticada con VIH después de haber dado a luz a mi hijo. En 1991 mi esposo falleció dejándome con una enfermedad de la cual aún no tenía mucho conocimiento. El dejó una viuda con un hijo de casi un año de edad y una hija que tenía tres años de edad.

No me di tiempo para llorar o pesar su muerte. Estaba demasiada ocupada cuidando de mis hijos. Aunque difícil de creer, también estaba cuidando de la mujer que posiblemente había infectado a mi esposo – ó al revés – no se ahora pero eso ya no es importante para mí. Ella me lo confesó después de la muerte de mi esposo, durante un momento que estábamos solas las dos. No le podía guardar rencor, las cosas ya habían pasado y las cartas estaban echadas para ambas. Nos apoyábamos mutuamente hasta que ella decidió regresar al Ecuador, donde ella falleció.

Después de muchos años de estar viviendo con “mi virus” había empezado a sentirme triste y deprimida. A veces lograba sonreír, pero eran pocas y contadas las veces. Pienso que se debe principalmente a mi esposo pero me pregunto, “¿Por qué ahora después de tantos años de su muerte es que me está golpeando tan fuerte?” En parte creo que el estar cuidando de mis hijos me mantuvo ocupada, pero ahora que son mayores y al sentirme sola empiezo a pensar en el y otras cosas que me ponen triste- parece que el tener mas tiempo para mí misma no ha sido tan bueno para mí.

Desde que empecé a sentirme triste, se me hacía difícil hacer mis tareas diarias y a veces no me motivaba para hacer cosas que tenía que hacer. A veces sentía dificultades para ir a mis citas médicas y me tenía que empujar para hacerlo. Sentí que mi depresión no era tan fuerte-había escuchado de personas que se descuidaban y que tenían pensamientos para suicidarse- pero aún así sabía que

necesitaba ayuda. Así que busqué ayuda antes de sentirme demasiado mal. Hablé con mi medico, el recomendó que viera a un terapeuta, y fui diagnosticada con depresión.

Ahora tomo medicamento para la depresión con mis medicamentos para el VIH. Aún no se si los medicamentos para la depresión están funcionando porque no los he venido tomando por mucho tiempo, pero pienso que ahora sonrío mas que antes. No estoy segura si me sentiré de la manera que me sentía, pero hay días que me siento mejor que otros. Voy a mi grupo de apoyo, continuo viendo al terapeuta, aprendo mas sobre el virus y mi enfermedad. Ahora entiendo que mi vida no ha terminado. Puedo conversar con mis compañeros de grupo y con un profesional de salud mental que me ayuda a sentirme mejor antes de que no tuviera a nadie con quien conversar. Desde que me he sentido mejor salgo a bailar con mi novio (sí, ahora tengo un novio). El poder bailar, mantenerme activa y pasar tiempo con él aleja mis pensamientos de cosas tristes.

También sé que en el pasado el ser madre y cuidar de mis hijos tomaba una gran parte de mi tiempo, y no me permitían pensar sobre lo que sentía. Ahora que mis hijos ya están grandes me duele que ya no necesiten de mí tanto, pero sé que es un proceso natural – los hijos crecen, se independizan, y forman su propia

familia. Creo también que este proceso me ha permitido pensar mucho en la muerte de personas queridas a mí, y la muerte de mi esposo. El tiempo adicional que tengo me ha llevado a pensar sobre mi vida pero también me ha permitido lidiar con situaciones dolorosas del pasado que no fueron resueltas.

En Junio, serán quince años desde que mi esposo falleció. Tendré una misa para el, y parece increíble que después de tantos años me entristezca tanto su muerte, pero así es la depresión. Tomo las cosas día a día. Lo amaba mucho y no le guardo rencor y lo recuerdo con mucho cariño. Entiendo que debo de dejar de lado los recuerdos y perdonar. Yo continuo tomando mis medicamentos, voy a mis grupos, y trato de hacer tantas actividades que me sienta capaz de hacer.

Transcrita por Sarah Swofford

“El ser madre y cuidar de mis hijos tomaba una gran parte de mi tiempo, y no me permitían pensar sobre lo que sentía.”

Personal Perspective : Depression after 15 years

by Terecita

I've been HIV positive for 15 years. I'm 46 years old with two teenage children and am originally from Ecuador. I could say that 1990 was a year marked by happiness and sadness because I married, became pregnant, and my husband became ill and was diagnosed with AIDS. I was also diagnosed with HIV after I gave birth to my son. In 1991 my husband passed away, leaving me with an illness of which I still didn't know much. He also left a widow with a son who was almost a year old and a daughter who was three years old.

I didn't allow myself to mourn his death; I was too busy taking care of my children. And, hard to believe, I was also taking care of the woman who possibly infected my husband – or vice versa – but that is not important to me any more. She told me herself after my husband's death, during a moment when we found ourselves alone. I couldn't have rancor, things had already happened and the deck of cards had been dealt for both of us. We would support each other until she decided to return to Ecuador, where she passed on.

But after many years living with “my virus” I began feeling sad and depressed. Sometimes I'm able to smile, but those times are few and far between. I feel it is mainly because of my husband but ask myself, “Why is it that after so many years my husband's death is now hitting me so hard?” Partly it's because I had been taking care of my children and was kept busy, but now they are older and when I feel alone I begin to think about him and things that sadden me – it seems that having more time for myself has not been a positive situation for me.

Since I've been feeling sad, it's hard for me to complete my daily chores and I can't find motivation to do what I need to do. I even had a hard time going to my medical appointments and had to push myself to do it. I felt my depression wasn't that severe – I had heard of people who really let themselves go and who had suicidal thoughts – but I knew I needed help. So I sought help out early. I spoke to my doctor, who recommended that I see a therapist, and I was diagnosed with depression.

Now I'm taking antidepressants along with my HIV medications. I still don't know if the antidepressants are working since I haven't been taking them for too long, but I think I find myself smiling more. I'm not sure if I'll ever feel the way I used to feel, but there are days that I feel better than others. I attend my support groups, I continue to visit my therapist, and I learn about the virus and my disease. Now I understand that my life is not over. I am able to speak to peers in my support group and to a mental health professional and this helps me to feel better than I used to before I had anyone to speak to. Since I've been feeling better I go

out to dance with my boyfriend (yes, I have a boyfriend now). To be able to dance, to keep myself active and to spend time with him – all this keeps me from thinking about sad things.

I also know that in the past being a mother and taking care of my children took much of my time, and didn't allow me to think about the way I was feeling. Now that my children have grown it hurts me that they don't need me as much, but I also understand that it is a natural process – kids grow up, they become independent and form their own families. I think this change has allowed me to think too much about friends who have passed on, and about my husband's death. The extra time alone has led me to think about my life but also to be able to deal with painful situations from the past that had not been resolved.

**“Being
a mother
and taking
care of my
children took
much of my
time, and
didn't allow
me to think
about the
way I was
feeling.”**

In June, it will be 15 years since my husband died. I'll have a mass said for him. I still think about him, and it's unbelievable that after so many years I still become saddened by something that happened such a long time ago, but that is how depression is. I take things day by day. I loved him very much and I don't have any rancor, but remember him with love. I understand that I need to leave aside those painful memories and forgive. As for me, I continue to take my medications, attend my groups, and fill my time up with as many new activities as I can.

English translation by Luis Scaccabarozzi

La depresión en mujeres VIH positivas *por Sarah Swofford and Kialing Perez, MD*

De acuerdo al Instituto Nacional de Salud (NIH, por sus siglas en inglés), las mujeres tienen mayores posibilidades de sufrir de depresión. Algunas estadísticas del NIH muestran una proporción de dos mujeres por cada hombre, sin importar la raza, etnia, y/o estatus económico. Los estudios no han podido claramente determinar aún el motivo de la diferencia entre los géneros sexuales pero se cree que las experiencias que son únicas en las vidas de las mujeres son determinantes, tales como los factores sociales y biológicos. Un motivo principal que frecuentemente es citado en la bibliografía es el peso de las muchas responsabilidades de la mujer de tener que cuidar de la salud del resto de la familia. La falta de recursos económicos, educación, y apoyo social también parecen ser factores que contribuyen a la más alta incidencia de depresión en la mujer.

Las mujeres VIH positivas que también sufren de depresión tienen una carga de salud aumentada. La investigación enfocada a las mujeres hace falta en muchas áreas de estudio y desafortunadamente los estudios de VIH y salud mental que específicamente se relacionan a mujeres no son la excepción. Sin embargo, la pequeña cantidad de investigación disponible sobre éste tema sugiere que las mujeres VIH positivas están en mayor riesgo de sufrir de síntomas depresivos. Adicionalmente, los estudios han encontrado una conexión entre la salud mental de las mujeres VIH positivas y la manera que progresa la enfermedad. Se ha demostrado que las mujeres VIH positivas con depresión mayor acuden a sus citas médicas con menos regularidad, son menos adherentes a su tratamiento, son más propensas de progresar más rápidamente a SIDA, y tienen una más alta mortalidad relacionada al SIDA. Un mejor entendimiento de la depresión en mujeres con VIH puede ayudar a disminuir no sólo la progresión de la enfermedad, pero también puede mejorar la adherencia a la terapia antiretroviral de gran actividad (TARGA, HAART por sus siglas en inglés). Los proveedores de salud quienes tratan mujeres VIH positivas deben de considerar el estado de salud mental de sus pacientes, junto con el cuidado de su VIH.

Algunos estudios han sido realizados tratando de establecer un vínculo entre la depresión y la progresión del VIH en mujeres. Un estudio en el 2005 por el Departamento de Psicología de la Universidad de Pennsylvania (Cruess, DG) encontró que las mujeres que se recuperaban de la depresión tenían aumentos significativos de la actividad de sus células asesinas naturales (un tipo de célula blanca envuelta en la respuesta inmune), Tomando en consideración que el VIH disminuye el número de las células envueltas en la respuesta inmune, la concomitante presencia de la depresión puede agravar la salud del sistema inmune.

El Estudio Entre Agencias en Mujeres con VIH (WIHS ,por sus siglas en inglés) es el estudio mas comprehensivo sobre el tema de la depresión en mujeres positivas. Entre 1994 al 2001 se estudiaron 1,716 mujeres positivas en clínicas en Brooklyn, Bronx, Chicago, Los Angeles, San Francisco, y Washington D.C.

Encontraron que la incidencia de muerte es 1.7 veces mayor en mujeres con depresión crónica comparada a mujeres sin depresión crónica, después de controlar otros factores incluyendo el conteo de células CD4, la carga viral, y el uso de la terapia antiretroviral de gran actividad (TARGA). Para aquellas mujeres quienes establecieron en algún momento del estudio contacto con algún proveedor de salud mental se disminuyó el riesgo de muerte a la mitad. El estudio encontró también que las mujeres que estaban utilizando TARGA tenían una menor incidencia de depresión, pero que las mujeres VIH positivas crónicamente deprimidas que fallecieron de SIDA habían tenido una depresión clínica severa el año antes de sus muertes. Significa que el diagnosticar oportunamente la depresión no solo mejora la adherencia al tratamiento pero también influye en la progresión de la enfermedad por mecanismos que no están claramente entendidos.

Un análisis de las mujeres en el WIHS encontró que las mujeres VIH positivas con desordenes de comportamiento tienen menos probabilidad de iniciar o mantener la adherencia a TARGA. Un estudio publicado en la Revista de la Sociedad Internacional de Neuropsicología en el 2002 determinó que la incidencia de desordenes del comportamiento eran más altos en mujeres VIH positivas que en mujeres negativas. También se encontró que aquellas mujeres que no estaban tomando TARGA tenían una incidencia dos veces mayor de poder tener un impedimento neuropsicológico.

De acuerdo a un estudio por la Universidad de Saõ Paulo publicado en la Revista Brasileira de psiquiatría en el 2006, las mujeres con VIH sintomático tienen una mayor incidencia de depresión que las asintomáticas. El mismo artículo menciona la falta de estudios que investiguen el inicio y la progresión de la depresión a lo largo del curso del VIH-SIDA.

Los estudios demuestran que en las mujeres existe una correlación directa entre la depresión y progresión del VIH a SIDA. También se ha observado que la adherencia a TARGA así como el inicio al tratamiento es menos probable en mujeres con depresión crónica. Los servicios de salud mental, los medicamentos antidepresivos y la terapia psicológica son necesidades para mejorar las vidas (y en algunos casos salvar las vidas) de mujeres positivas con depresión. Es de suma importancia que pacientes con VIH y SIDA tengan un tratamiento integral que incluya la evaluación psicológica de los pacientes, no solo para lograr una mejor adherencia y soporte social, sino también como la evidencia científica sugiere, para mejorar la respuesta inmune que podría estar adicionalmente deteriorada por trastornos de esta naturaleza.

(English translation available at www.acria.org)

*Sarah Swofford, Educadora del VIH de ACRIA
Kialing Perez, MD, Médico Internista en su tercer año de rotación en el Hospital Flushing*

Perspectiva Personal: **iNo tengas Pánico!**

por José Santiago

Fui diagnosticado con desorden de ansiedad y desorden de pánico en 1993. No me acuerdo cuando empezaron mis desórdenes, pero me acuerdo que empezaron lentamente y ya no podía trabajar efectivamente. Empezó con preocupaciones sobre mi salud, especialmente porque he estado sobrepeso toda mi vida. Mi peso ha variado entre 150 a 200 lbs, que quizá no parezca mucho, pero sólo mido 5'4". También me sentía poco contento con mi trabajo, que se hizo monótono y estresante. Empecé a sentir dolores musculares, no dormía bien y de pronto me sentía con mareos y me ponía irritable. Me sentía como si estuviera al borde y mis preocupaciones empezaron a afectar el trabajo que estaba haciendo. Empecé a tomar tiempo fuera del trabajo y mis médicos no entendían lo que me pasaba.

Entonces tuve un ataque de pánico en el trabajo. Fue aterrador. Nunca había sentido algo así - por ninguna razón aparente empecé a temblar y sudar, tuve escalofríos y mareos. Sentía como que mi vida estaba en peligro y necesitaba escaparme. Sólo me duró por 15 minutos y para cuando los técnicos de ambulancia llegaron al trabajo ya el malestar se me había pasado. Se hicieron muchas pruebas, hasta algunas para ver si estaba usando alguna droga, pero no encontraron nada.

Me quedé en el hospital por un par de días, mientras estuve en la sala de emergencia hablé con un psiquiatra. Aprendí que lo que estaba sintiendo se debía a desórdenes de ansiedad y pánico, y me prescribieron medicamentos. Me ayudaron en algo, logré regresar al trabajo pero no podía funcionar bien - me preocupaban las tareas simples. Pude trabajar por unos seis meses más pero sentí que estaba perdiendo el control. Me encontraba llamando a mis médicos constantemente, convencido de que tenía alguna enfermedad de la cual no había sido diagnosticado. Como un hombre gay, hasta pensé que tenía VIH, aún cuando siempre había tenido cuidado.

Tuve muchas pruebas de VIH y exigía que me hicieran una prueba durante cada una de mis visitas mensuales al médico. Estaba llamando a mi doctor y psiquiatra casi todos los días. Traté de regresar al trabajo después de haber tomado un breve descanso médico, pero nunca más pude regresar a trabajar a tiempo completo. Me di cuenta que en el trabajo estaba teniendo ataques más frecuentes y severos. Tomé un descanso médico permanente, y no he podido regresar al trabajo desde 1993.

Al principio fue difícil para mí porque no conocía a nadie que tuviera un desorden mental. También estaba el estigma de tener que ver a un terapeuta y psiquiatra aparte de mi médico de cabecera. Me tomó un tiempo aceptar la idea de tener que ver a médicos que yo pensé que solo la gente que estaba "loca" necesitaba ver. Por supuesto que ahora entiendo que muchas personas pueden tener desórdenes mentales.

Con más tiempo para mí y con una computadora en casa me convertí en una persona muy conocedora de las salas de chat y las páginas de internet de sexo. Los usaba durante todo el día, no solo porque no podía dormir sino también porque sentía soledad. Empecé a conocer otros hombres para tener

encuentros sexuales, empecé a invitarlos a mi casa ya que me sentía ansioso cuando salía de mi casa. Me sentía menos ansioso cuando tenía compañía y se convirtió en rutina para mí tener varios encuentros sexuales al día.

En 1999 me enfermé gravemente. Después de perder mucho peso (intencionalmente), había llegado a pesar 125 lbs. Pero me di cuenta que estaba teniendo infecciones respiratorias continuas. La última vez que tuve dificultad respirando, fiebre y escalofrío fui llevado a la sala de emergencia donde al día siguiente me dijeron que tenía PCP, una neumonía común en personas con SIDA. Permanecí en el hospital por cuatro días más y aprendí que tenía una carga viral en los millones y un conteo de CD4 de cuatro. No lograba entender como había sido infectado, siempre había usado condones. Pensé que el diagnóstico había sido una equivocación y que no podía tener SIDA. Pedí que me repitieran los exámenes, pero solo confirmaron mi diagnóstico de SIDA. Me ponía ansioso en pensar quien me pudo haber infectado y como me pude haber infectado, estaba en negación de lo que me pasaba. Psiquiatras fueron traídos para hacerse parte de mi equipo de cuidados.

Desde 1999, he aprendido sobre mi enfermedad de VIH. Al principio pensé que era una sentencia de muerte. A insistencia de mis proveedores de salud empecé a ir a un grupo de apoyo. Al principio me sentí incómodo, pero llegué a conocer a muchos que tenían problemas similares al mío. Personas que tenían otros desórdenes mentales iban al grupo y parecía que les iba bien, no solo con sus síntomas emocionales sino también con su VIH. Empecé a sentir que todo iba a estar bien, y que necesitaba tomar mis medicinas para el VIH. Había aprendido a controlar mi desorden mental, así que ahora necesitaba aprender a controlar mi VIH. De vez en cuando aún me dan ataques ansiosos pero he desarrollado un sistema de apoyo fuerte: mi administrador de caso, terapeuta, psiquiatra, y compañeros del grupo de apoyo. Sé que aún me preocupo demasiado sobre mi salud pero también he logrado controlar eso y he dejado de llamar a mis proveedores de salud casi todos los días. También tengo el apoyo de mi familia.

Actualmente estoy tomando mis "pastillas para los locos" como los llamo yo y mis medicinas para el VIH. Mi salud está muy bien. Mi carga viral está indetectable y mi conteo de CD4 es de 280, y no he tenido ninguna enfermedad oportunista desde que tuve PCP. Hago ejercicios - no quiero subir de peso nuevamente, aún me pongo ansioso sobre eso - medito, voy a mi grupo de apoyo, busco a mis amigos y familia, y voy a mis citas medicas regularmente.

El tener un desorden ansioso me empuja a veces a asegurarme de estar bien informado sobre mi salud. Prefiero estar ansioso de cuidar de mi salud mientras estoy bien que el estar ansioso sobre no tomar los medicamentos y enfermarme nuevamente. No he logrado poder regresar a trabajar, y no estoy seguro que pueda lograr eso. Cuido de mi salud un día a la vez, y entiendo la importancia de tomar todos mis medicamentos. He tratado de aprender lo más posible sobre mis enfermedades desde mi diagnóstico, pero se que hay mucho más que tengo que aprender.

Manejando un Triple Diagnóstico

por Hans Desnoyers, LMSW, MS

En esta última década, las comunidades médicas y psiquiátricas han empezado a reconocer a un subgrupo de personas con VIH que sufren de enfermedades mentales severas persistentes y desordenes de abuso de sustancias. A pesar de los desafíos y barreras de ofrecer servicios de salud que sean de calidad para estos pacientes, la comunidad de servicios de salud y servicios de apoyo ha desarrollado y diseñado programas efectivos para esta población con un "triple diagnóstico". Este artículo revisa los diferentes enfoques del cuidado y las "mejores prácticas" que se han desarrollado para ofrecer cuidados a esta población en particular.

¿Qué es un "triple diagnóstico"?

El término de triple diagnóstico ha sido utilizado desde la aparición de la epidemia del SIDA, cuando se observó que las drogas intravenosas u otra drogas de inyección eran un factor de riesgo mayor para el VIH. El término "triple diagnóstico" surgió a raíz del término "doble diagnóstico", refiriéndose a un paciente que sufre de una enfermedad mental persistente severa (EMPS) y un desorden de abuso de sustancias (DAS) con otra problema médico complicado o una condición física crónica. El término fue creado para describir una nueva clase de pacientes con necesidades médicas y sociales complejas que requerían servicios de cuidados especializados que no existían en esa época.

Los pacientes con triple diagnóstico están sobre-representados en muchas áreas de tratamiento por sus síntomas inusualmente severos y crónicos. Por ejemplo, un estudio en 1994 (Lyketsos) con 50 personas con VIH escogidas al azar que obtenían servicios en John Hopkins encontró que el 44% tenían un diagnóstico de desorden de abuso de sustancias actual o previo, y el 24% tenían un diagnóstico psiquiátrico primario y un desorden de abuso de sustancias.

Los pacientes con un triple diagnóstico pueden presentar barreras significativas al tratamiento porque pueden tener la ten-

dencia de actuar impulsivamente en vez de considerar cuidadosamente las instrucciones del tratamiento. Algunos comportamientos pueden ser dominados por la recompensa inmediata temporal del uso de drogas en vez de pensar en las consecuencias. Algunos estudios han demostrado que estos pacientes pueden aburrirse fácilmente. Tienden a "desear lo que desean cuando lo desean", en vez de lo que necesitan y cuando puede ser beneficioso para ellos.

“Triply diagnosed patients can pose significant barriers to treatment because they may have a tendency to act on strong, impulsive feelings rather than following carefully considered treatment instructions.”

Los desordenes del humor en especial la depresión mayor, también se encuentra en estos pacientes, con estudios indicando una incidencia del 15% al 30%. Diagnosticando desordenes afectivos en personas que usan drogas, puede ser difícil y controversial. La controversia es a raíz del problema de poder determinar la relación entre el uso de drogas y los desordenes del humor. Para poder diagnosticar con precisión a una persona que usa drogas con un desorden del humor primario, algunos psiquiatras piensan que una observación sobre un periodo de

abstinencia en un ambiente confinado es necesario. Otros creen que el tratamiento debe de iniciarse aún si el paciente no se abstiene al uso de drogas. También puede ser difícil poder determinar si los síntomas del individuo cumplen con el criterio completo de diagnóstico de la depresión mayor. Finalmente, el SIDA de por sí, pueden llevar a cambios en el estatus mental o un nuevo desorden psiquiátrico o cognitivo, tales como la demencia, el delirio, desordenes cognitivos, ansiedad, y hasta desordenes psicóticos.

Los proveedores deben estar al tanto que las personas que usan drogas activamente pueden tener dificultades manejando los medicamentos psicotrópicos potencialmente adictivos, o pueden sentir la necesidad de vender sus medicamentos que pueden llevar al encarcelamiento. Esto no debe de ser usado como una excusa de negarle tratamiento, pero los profesionales de salud mental deben evaluar cuidadosamente las alternativas a los medicamentos psicotrópicos en ciertos pacientes de alto riesgo.

Reducción de Daño

El enfoque de la reducción de daño reconoce que la persona puede continuar el uso, pero usa ciertas estrategias para asegurar un nivel de seguridad para el paciente. El tratamiento de mantenimiento con metadona, la educación sobre el uso de agujas/jeringas, y la distribución de cloro, la compra legal de jeringas, programas de intercambio de jeringas son ejemplos de estrategias de reducción de daño.

Los proveedores de cuidados deben de familiarizarse con las "modelo transteórico de las etapas de cambio" para poder evaluar el proceso real de cambio hacia comportamientos de salud más saludables. Durante la precontemplación, los pacientes no tienen ninguna intención de cambiar su comportamiento. En la etapa de contemplación, ella o el pueden estar pensando en un cambio pero permanecen ambivalente. En la etapa de

preparación, el paciente ha decidido cambiar y está tomando pasos iniciales para obtener tratamiento. Durante la etapa de acción, el paciente modifica su comportamiento, ambiente y circunstancias para poder detener el comportamiento no deseado. Finalmente, en la etapa de mantenimiento, el paciente trabaja para poder prevenir el relapso a comportamientos antiguos.

Las estrategias de reducción de daño pueden ser usadas dentro de la alianza terapéutica que normalmente se desarrolla en la entrega de cuidados de salud. Para empezar un enfoque sin prejuicios y con empatía es crítico cuando se entrevista a un paciente. Cambiando el tema de conversación de temas cómodos de discusión (empleo, familia, amistades, pasatiempos) a preguntas sobre el uso de drogas y comportamiento sexual es una técnica que puede ser empleada durante las etapas iniciales de tratamiento. El mantener la confidencialidad es también una parte vital de lograr alianzas terapéuticas, especialmente al tratar de acceder otras fuentes de información tales como registros médicos, familiares, amistades, y otros proveedores de salud.

La reducción de daño reconoce la motivación del paciente y el proceso real de cambio para involucrarse en sus necesidades de cuidados de salud. En situaciones en que se identifique al alcohol o drogas como barreras de comportamientos más saludables, entonces el trabajador clínico debe aconsejar al paciente a reducir o evitar el uso de sustancias antes de iniciar en actividades sexuales, o referirlo a un manejador de casos de prevención para una reducción de daño especializado. El proveedor muchas veces puede ayudar al paciente a identificar métodos para reducir el riesgo de transmisión, incluyendo a aquellos que no incluyen la abstinencia al uso de alcohol o drogas. Por su puesto, esto requiere que el clínico discuta el uso de sustancias, incluyendo el uso de esteroides, con sus pacientes, y reforzar el entendimiento de los efectos adversos que estas drogas pueden tener en el cuerpo y el sistema inmune.

Cuidados del Diagnóstico Triple

No existe un protocolo para trabajar con personas con un triple diagnóstico. Como primer paso, sin embargo, los proveedores necesitan crear un ambiente seguro y una estructura de apoyo para el paciente en el cual se pueda obtener un historial del uso de drogas. Cuestionarios formulados apropiadamente pueden darnos respuestas críticas. Estos pueden contener preguntas sobre la cantidad de tiempo en desintoxicación, programas de pacientes externos, programas de mantenimiento de metadona, reuniones de alcohólicos/nar-

*“[In the past],
the stigma of
mental illness and
substance abuse
effectively
prevented
some physicians
from prescribing
needed
medication
regimens.”*

cóticos anónimos, y programas residenciales de tratamiento de drogas. Esta información es útil para poder obtener la percepción del cliente de los métodos de tratamiento que fueron efectivos y cuales fallaron. Preguntas relacionadas al deseo de uso, pérdida de control del uso de drogas, síntomas al dejar de usar las drogas, complicaciones médicas, e impedimentos del funcionamiento psico-social pueden ser también parte del proceso de construir alianzas terapéuticas.

Ejemplos de estos incluyen:

* ¿Alguna vez ha sentido la necesidad de reducir o discontinuar el uso de alcohol o

drogas?

* ¿Alguna vez ha sido criticado por su uso de alcohol o drogas?

* ¿Alguna vez ha sentido culpabilidad por su uso de alcohol o drogas?

* ¿Alguna vez se ha tomado alcohol o usado drogas al despertarse?

Estos son ejemplos de preguntas que potencialmente son menos dañinas o que sean percibidas como intrusas al tratar de entender la percepción del paciente sobre su propio uso de drogas.

Hacer un examen físico completo, incluyendo la búsqueda cuidadosa de evidencia física al uso de drogas es una necesidad. Marcas de inyección, cicatrices, quemaduras, erosión o perforación del septum nasal, abscesos en la piel, celulitis, infección del tejido blando deben de ser parte del examen. Además de cuidadosa evaluación de señales de uso de alcohol, incluyendo hepatoesplenomegalia (hígado y bazo aumentados de tamaño), ascitis, y trauma físico deben de ser considerados. Para el proveedor de salud mental, una evaluación neurológica cuidadosa, incluyendo un examen del status mental es esencial para evaluar la presencia de intoxicación de sustancias y las manifestaciones neurosiquiátricas del SIDA.

Estudios tempranos indican un enfoque cauteloso al tratar a pacientes con un triple diagnóstico. Estos estudios argumentan que problemas médicos múltiples asociados con uso crónico de sustancias pueden acelerar el progreso del VIH. Un estudio en 1992 (Selwyn, PA), encontró que las personas que usan sustancias con VIH tenían un mayor riesgo de desarrollar infecciones bacterianas como la neumonía, sepsis, infecciones del tejido blando y endocarditis en comparación a las personas VIH positivas que no usaban drogas. Un estudio en 1994 (O'Conner, PG) mostró que la tuberculosis y la infección a la hepatitis C eran más comunes en esta población. Pero una cantidad sorprendente de otros estudios mostraron que el continuar el uso de sustancias no acelera el progreso de la enfermedad en personas VIH positivas que no están

(continued on next page)

Manejando un Triple Diagnóstico *(continued from previous page)*

tomando medicamentos.

Además, los síntomas neurológicos pueden surgir cuando la infección del VIH y el abuso de sustancias se sobrepone. Por ejemplo, la demencia al SIDA y la intoxicación a drogas pueden llevar a la apatía, desorientación, agresión, y una alteración del nivel de conciencia, y el dejar de usar puede llevar a ataques y síntomas depresivos.

Por estas complicaciones potenciales, algunos médicos se muestran reacios a prescribir tratamientos hasta que el paciente haya dejado de usar sustancias y obtenido una evaluación psiquiátrica. El estigma de enfermedad mental y el abuso de sustancias previenen que algunos médicos prescriban regímenes medicamentosos necesarios. Los médicos aún enfrentan la dificultad de determinar que medicamentos del VIH usar cuando se están utilizando. Pueden estar preocupados sobre efectos secundarios potenciales y dificultades a la adherencia, y pacientes con un diagnóstico triple pueden rehusar tratamiento y decidir no adherirse a ningún protocolo de medicamentos. A pesar del nivel de frustración, estudios recientes dan recomendaciones útiles. Por ejemplo, los especialistas en Enfermedades Infecciosas pueden consultar con sus colegas o usar gráficos y programas computarizados para revisar interacciones medicamentosas potenciales. Los médicos simplemente no deberían evitar tratar a un paciente agresivamente por temor a las interacciones medicamentosas.

El continuar los cuidados médicos de aquellos que usan drogas activamente presenta desafíos. Un estudio en el 2002 (Arici, C) encontró que los que usan drogas activamente, y personas con conteos de CD4 más altos, tenían una probabilidad menor de regresar para sus visitas de seguimiento al médico. Mientras se asume comúnmente que la el abuso de sustancias se relaciona con una pobre adherencia a los medicamentos antiretrovirales, estudios han encontrado resulta-

dos contradictorios sobre este tema. Ciertamente, muchas personas que usan drogas pueden adherirse a sus medicamentos para el VIH, y el uso de sustancias no es motivo suficiente para negarle tratamiento a un paciente. Comportamientos sexuales de alto riesgo pueden también ser comunes en personas que usan drogas, aumentando el riesgo de Enfermedades Transmitidas Sexualmente para ellos y sus parejas sexuales. Además, los síntomas físicos de la infección del VIH pueden semejar a aquellos del uso de sustancias y aquellos síntomas que aparecen al dejar de usar drogas, incluyendo malestar general, fatiga, pérdida de peso, fiebre, diarrea y sudoración nocturna.

Coordinando Cuidados

El clínico debe evaluar si el paciente está listo para un referido a servicios de tratamiento. Por ejemplo, si el cliente usa drogas inyectables, el énfasis debe de ser en evaluar su conocimiento sobre el riesgo de adquirir VIH u otras infecciones (tales como la endocarditis y hepatitis C) a través del uso compartido de agujas y otros equipos de inyección. El clínico también debe de evaluar el proceso real de cambio a la práctica de inyectables y hacer referidos a programas de intercambio de agujas/jeringas, programas de abuso de sustancias, programas de prevención de relapso y otros recursos que puedan ofrecer apoyo continuo.

La colaboración y coordinación de cuidados con una variedad de médicos, centros de tratamiento de drogas, agencias de servicios sociales, terapia complementaria, grupos espirituales o religiosos, y proveedores de salud mental es crítico para poder ofrecer a personas con un triple diagnóstico un cuidado especializado apropiado. En aquellas situaciones, los proveedores encontrarán que este enfoque útil para buscar y compartir información sobre las intervenciones clínicas apropiadas. El poder manejar la adherencia es crítico para personas con un diagnóstico triple, como lo es para una persona con VIH. Proveedores médicos y de salud mental deben de conversar activamente

con sus pacientes sobre la adherencia a los medicamentos psicotrópicos y los antiretrovirales. Si la clínica lo permite, el monitoreo de medicamentos o la terapia directamente observada puede ser una opción.

Enlazando clientes a otros servicios

Otra estrategia útil es referir a clientes a programas externos que ofrecen servicios especializados de cuidados de salud, tales como grupos de apoyo que toquen temas sobre necesidades sociales y de salud. Referidos a programas de tratamiento de abuso de sustancias externos o internos deben de hacerse cuidadosamente, donde el proveedor pueda ofrecer servicios que cumplan con las necesidades complejas individuales de cada paciente. Por ejemplo, ciertos programas de abuso de sustancias que usan un modelo terapéutico comunitario quizá no sean los más adecuados para todos los pacientes.

Finalmente, aunque la religión y la espiritualidad tienen un rol significativo en las vidas de personas con VIH, generalmente los proveedores no evalúan o exploran las creencias espirituales de cada paciente y el impacto de la habilidad de poder lidiar con múltiples enfermedades mentales y físicas. Los proveedores no deben de temer hacer preguntas sobre el concepto de Dios, fuentes de fuerza y esperanza, y el significado de prácticas religiosas y rituales en sus vidas.

Aunque el cuidar de personas con un triple diagnóstico continúa siendo un reto creciente, el emplear estas recomendaciones de mejores prácticas puede ser la clave para proveer cuidados a esta población frágil clínicamente y muy compleja. Los establecimientos de cuidados de salud ha avanzado con rapidez para tratar de cumplir con las necesidades de esta población, Pero tal como la comunidad de salud mental desarrolló programas para personas con un doble diagnóstico, la comunidad del VIH/SIDA debe de ahora desarrollar estrategias y abogacía para personas con un triple diagnóstico que merecen un modelo uniforme y replicable para tratamientos y cuidados.

Tietz Testifies

“The challenge is no longer keeping death at arm’s length for those who are engaged in treatment, but developing new strategies for how best to live with the virus for an entire lifespan,” according to ACRIA’s Executive Director Dan Tietz.

Tietz was testifying before the New York City Council at its June 29 “Oversight—Older Adults and HIV” hearing. The forum was historic in that it marked one of the first times that the importance of this growing segment of the HIV population was officially acknowledged.

“The Council is to be commended for today’s hearing,” said Tietz after his testimony. “It’s a beginning. The challenge remains to translate what is being learned into effective services for positive seniors.”

ACRIA was invited to testify because of the agency’s unique position as a widely recognized authority on HIV and AIDS among older people.

In his testimony, Tietz addressed the policy implications of the rapidly growing number of people facing the physical and social problems that inevitably accompany getting older and at the same time managing their HIV.

“As we enter the second quarter century of this epidemic we know that antiretroviral drugs have brought down death rates,” he said, “but the virus has not been eradicated. In fact the epidemic is growing and aging. And our research suggests that many in the growing ranks of older adults with HIV will find themselves wholly dependent on an already frayed care and services safety net. We urge timely action to preserve and expand that safety net to meet the needs of older adults with HIV.”

ROAH Rolls Out

ACRIA’s Research on Older Adults (ROAH) project, the nation’s first comprehensive study addressing the aging HIV/AIDS population will be released at a press conference on July 31.

The HIV-positive population is graying, with the fastest growing segment being individuals over 50 years of age. In New York City, the HIV/AIDS epicenter in the United States, 31% of the almost 100,000 people living with the disease are over age 50. ROAH examines the underserved, unacknowledged, yet substantial HIV-positive population of men and women of all sexual orientations and races in New York City who are growing old with this disease. The study looks both at their unique health needs, i.e., complications that arise from or are exacerbated by their age, and the complex psychological and social issues that affect these older adults.

According to Dr. Stephen Karpiak, ACRIA’s Associate Director for Research and one of the study’s principal investigators, the primary reason for the consistent growth of the number of people over 50 with the virus is the success of anti-HIV drugs that enable infected persons to live longer lives. As people with HIV grow older, however, they face a host of health challenges that are common in older adults but compounded by HIV/AIDS. How these conditions, and the medications used to treat them, will affect them is largely unknown.

This study also examined for the first time the sexual behavior, substance use, and social networks of these older people with HIV, as well as their physical, emotional, and behavioral health. ROAH found that older adults living with HIV are also greatly marginalized and neglected, creating a population of persons over 50 who are living with this disease, yet who lack the social support systems they need and whose healthcare providers may be insensitive to their unique and changing needs.

“The success of anti-HIV drugs makes it probable that that age group will account for the majority of people with HIV within the next decade,” according to Karpiak. “Unfortunately, they face a healthcare system, social support networks, and communities ill-prepared to meet their needs.”

Community Mapping Initiative Completed

The Community Mapping Initiative, a project of ACRIA’s HIV Health Literacy Program working closely with our Research Department, has been completed and a report compiled. The program was an effort to “map” HIV-positive people throughout New York City with regard to a variety of factors affecting their access to care, their ability to participate actively in their own care and make informed decisions, and the concrete effects on their care of the availability of community-based treatment education.

The study assessed the HIV health literacy levels and treatment education needs of HIV-positive women of color throughout New York City. The survey was conducted with the cooperation of over 50 NYC ASOs and was done with the assistance of fifteen community members, twelve of whom were women.

The study found that the women surveyed do not experience significant barriers to treatment, but their health literacy levels are not optimal. Knowledge, attitude, and behavior, as studied in this survey, showed areas needing improvement. The majority of subjects failed to answer 20% of the questions that are considered important for their own medical management correctly, less than 50% strongly agree that they want to be involved in decision making regarding their health, and just above 50% strongly or very strongly endorse their relationships with their medical care providers.

The full report, “HIV Health Literacy and Treatment Access: Women of Color in New York City,” is posted on ACRIA’s Website, www.acria.org, as is a brief fact sheet summarizing the findings. The study was underwritten by a grant from the New York City Communities of Color HIV/AIDS Coalition.

generous contributions

The following persons, corporations and organizations made major donations between April 1 and June 30, 2006 to support ACRIA's research and education efforts:

Donald Baechler
Banana Republic
Ross Bleckner
Cecily Brown
Patricia and
Gustavo Cisneros
David Deutsch
The Diller-Von Furstenberg
Family Foundation

Fortunoff
The David Geffen
Foundation
Oliver Kamm
Sharon Louden
Roche Laboratories
SDS Investments
Tibotec Therapeutics
Waterworks

Thoughtful donations were made in memory of the following individuals:

Trevis E. Campbell
Steve Cattano
Frank D'Amico
Ronald Ferguson
Barbara Frey
Eloy D. Garza
Al Isaac
David Levi

Jorge Larrea and
Armando Larrea
Carl Parisi
Bruce Peyton
Ron Richardson
Joseph John Tamburo
George Paul Thek
Ken Walter

Contributions in support of ACRIA's vital research initiatives were made in honor of the following individuals:

Ross Bleckner
J. A. Forde

Florette Hoffheimer
Isabel Rattazzi

AIDS COMMUNITY RESEARCH INITIATIVE OF AMERICA



230 West 38th Street, 17th Floor
New York, N.Y. 10018
T 212 924-3934 F 212 924-3936
www.acria.org

Change Service Requested

NON-PROFIT ORG.
U.S. POSTAGE PAID
New York, NY
Permit No. 4732

**ACRIA Update is sponsored in part by
unrestricted educational grants from:**

