



Estrés, ansiedad y depresión en las personas infectadas por VIH: prevención y manejo

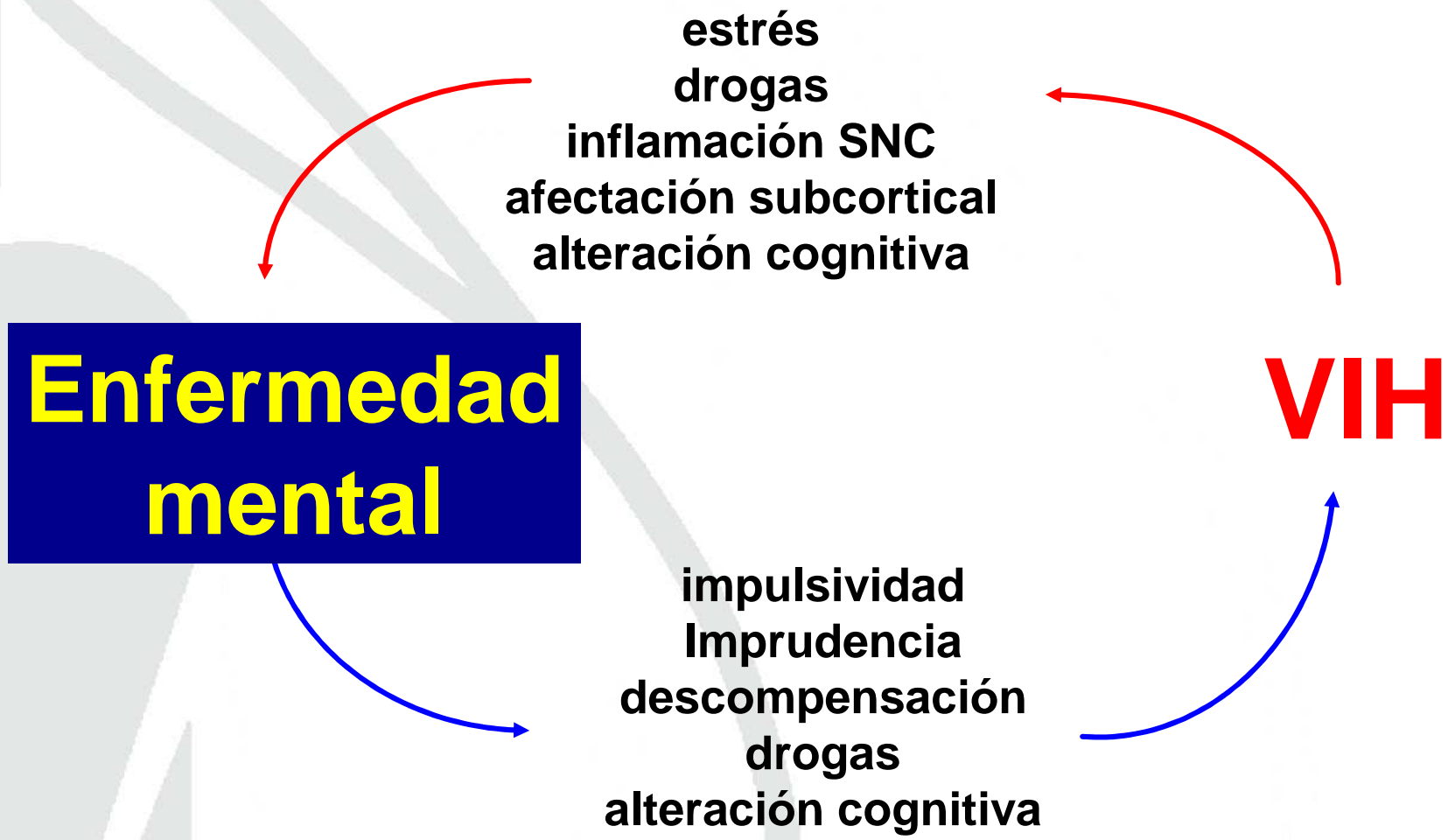
Jordi Blanch

**Servicio de Psiquiatría
Hospital Clínic de Barcelona**

jblanch@clinic.cat



Las enfermedades mentales en pacientes VIH tienden a autoperpetuarse





Importancia del diagnóstico

Insuficiente detección
de tr. psiquiátricos y consumo de drogas

Elevada prevalencia

No tratamiento adecuado

↑ Costes sanitarios

Peor evolución

↑ Sufrimiento



Trastornos psiquiátricos en el VIH

- **Muy prevalentes**
- **A menudo infradiagnosticados**
- **A menudo infratratados**



Comorbilidad en psiquiátrica en pacientes VIH+

- **Depresión: +/- 35% (20-79%)**
- **Tr. de Ansiedad: +/-3% (0.5-15%)**
- **Tr. por consumo de alcohol: 3-12%**
- **Tr. por consumo de sustancias: 2-19%**

Burnam MA, et al. Arch Gen Psychiatry. 2001;58:729-736

Gaynes BN, et al. Psychosomatic Medicine 2008; 70:505-511



Psicofarmacología en pacientes VIH+

Tratamientos psicofarmacológicos	27,2 %
Antidepresivos	20,9 %
Ansiolíticos	16,7 %
Antipsicóticos	4,7 %
Estimulantes	3,0 %



Depresión



Diagnóstico de depresión

- **No hay pruebas complementarias que confirmen el diagnóstico de depresión mayor**
 - El diagnóstico se establece por la clínica
- **Los instrumentos de screening se han desarrollado para comprobar la respuesta al tratamiento**
- **Algunos síntomas de depresión se solapan con algunos síntomas físicos del VIH**



Criterios diagnósticos de depresión mayor

- Hipotimia
- Anhedonia
- Pérdida de apetito
- Insomnio: 73%^{1,2}
- Agitación o retraso psicomotor
- Fatiga o falta de energía: hypogonadismo 30%³
- Sentimientos de culpa excesivos
- Reducción en la capacidad de pensar o de concentrarse
- Pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio: 3 veces más que la población general⁴



SUICIDIO EN HIV+ (II)

- **FACTORES DE RIESGO:**
 - PRESENCIA DE DEPRESIÓN MAYOR
 - CONSUMO DE DROGAS Y/O ALCOHOL
 - SENTIMIENTOS DE DESESPERANZA
 - ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS
 - ANTECEDENTES DE CONDUCTA SUICIDA
 - VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:
HOMBRE, EDAD AVANZADA, AISLAMIENTO SOCIAL



Inventario de depresión de Beck

SUBESCALA COGNITIVO- AFECTIVA

1. ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO
2. PESIMISMO
3. SENTIM. DE FRACASO
4. INSATISFACCIÓN
5. SENTIM. DE CULPA
6. SENTIM. DE CASTIGO
7. DESCONTENTAMIENTO
8. AUTOACUSACIONES
9. IDEAS DE SUCIDIO
10. LLANTO
11. IRRITABILIDAD
12. AISLAMIENTO SOCIAL

SUBESCALA SOMÁTICA

13. INDECISIÓN

14. CAMBIO IMAGEN CORPORAL
15. INHIBICIÓN LABORAL
16. INSOMNIO
17. FATIGABILIDAD
18. PÉRDIDA DE APETITO
19. PÉRDIDA DE PESO
20. HIPOCONDRIA
21. PÉRDIDA DE LA LÍBIDO



Trastorno depresivo en HIV+: criterios diagnósticos

SÍNTOMAS SOMÁTICOS

- Alteración de la ingesta
- Alteración del sueño
- Fatiga
- Falta de concentración

SÍNTOMAS SUSTITUTIVOS (Endicott 1984)

- Apariencia depresiva
- Retraimiento social
- Pesimismo, autocompasión
- Falta de reactividad emocional

Endicott J: Measurement of depression in patients with cancer. Cancer 1984;53:2243–2248.



1. Me siento tenso o “nervioso”:

- Todos los días.
- Muchas veces.
- A veces.
- Nunca.

***2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba:**

- Como siempre.
- No lo bastante.
- Sólo un poco.
- Nada.

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder:

- Definitivamente, y es muy fuerte.
- Si, pero no es muy fuerte.
- Un poco, pero no me preocupa.
- Nada.

***4. Puedo reírme y ver el lado positivo de las cosas:**

- Al igual que siempre lo hice.
- No tanto ahora.
- Casi nunca.
- Nunca.

5. Tengo mi mente llena de preocupación:

- La mayoría de las veces.
- Con bastante frecuencia.
- A veces, aunque no muy a menudo.
- Sólo en ocasiones.

***6. Me siento alegre:**

- Nunca.
- No muy a menudo.
- A veces.
- Casi siempre.

7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado:

- Siempre.
- Por lo general.
- No muy a menudo.
- Nunca.

***8. Me siento como si cada día estuviera mas lento:**

- Por lo general en todo momento.
- Muy a menudo.
- A veces.
- Nunca.

9. Tengo una sensación extraña, como de “aleteo” en el estómago:

- Nunca.
- En ciertas ocasiones.
- Con bastante frecuencia.
- Muy a menudo.

***10. He perdido interés por mi aspecto personal:**

- Totalmente.
- No me preocupo tanto como debiera.
- Podría tener un poco mas de cuidado.
- Me preocupo al igual que siempre.

1. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme:

- Mucho.
- Bastante.
- No mucho.
- Nada.

***12. Me siento optimista respecto al futuro:**

- Igual que siempre.
- Menos de lo que acostumbraba.
- Mucho menos de lo que acostumbraba.
- Nada.

13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico:

- Muy frecuentemente.
- Bastante a menudo.
- No muy a menudo.
- Nada.

***14. Me divierto con un buen libro, la radio o programa de televisión:**

- A menudo.
- A veces.
- No muy a menudo.
- Nunca.



Diagnóstico diferencial con otras enfermedades asociadas al VIH

- **Abuso de sustancias**
- **Alteraciones endocrinológicas (hipotiroidismo, hipogonadismo, insuficiencia suprarrenal)**
- **Enfermedades oportunistas y cánceres del SNC**
- **Trastornos cognitivos debidos al VIH o VHC en SNC**



Depresion vs Deterioro cognitivo?

- **Síntomas: apatia, enlentecimiento, atención**
- **Puede haber solapamiento**
- **Síntomas depresivos como primer signo de deterioro cognitivo**



Síntomas depresivos y rendimiento cognitivo

- **n=103**
- **los niveles elevados de sintomatología depresiva se asocian a una disminución del rendimiento cognitivo**
- **dominios: atención, velocidad psicomotora y construcción**
- **la edad elevada y un bajo nivel académico se asocian con el deterioro neurocognitivo (análisis univariante)**
- **el análisis multivariante, sólo muestra una asociación entre la sintomatología depresiva y el deterioro neurocognitivo**



DD con tratamientos relacionados con el VIH

- **cortis: depresión o euforia**
- **interferón: fatiga, depresión**
- **zidovudina: depresión o euforia**
- **efavirenz: disminución en la concentración, depresión, nerviosismo, pesadillas (pueden ser síntomas crónicos)**



Depresión y adherencia al TARV

- **Pacientes con antecedentes de depresión inician más tarde el tratamiento**
 - Fairfield KM, et al. J Gen Intern Med. 1999
- **Estudios de cohortes muestran menor adherencia en pacientes con depresión**
 - Anastos K, et al. J Acquir Immune Defic Syndr. 2005, Cook JA, et al. AIDS Care. 2006, Li X, et al. J Acquir Immune Defic Syndr. 2005
- **Mejor adherencia en los pacientes con depresión tratados que los no tratados**
 - Yun LW, et al. J Acquir Immune Defic Syndr. 2005



Diagnosis of MDD

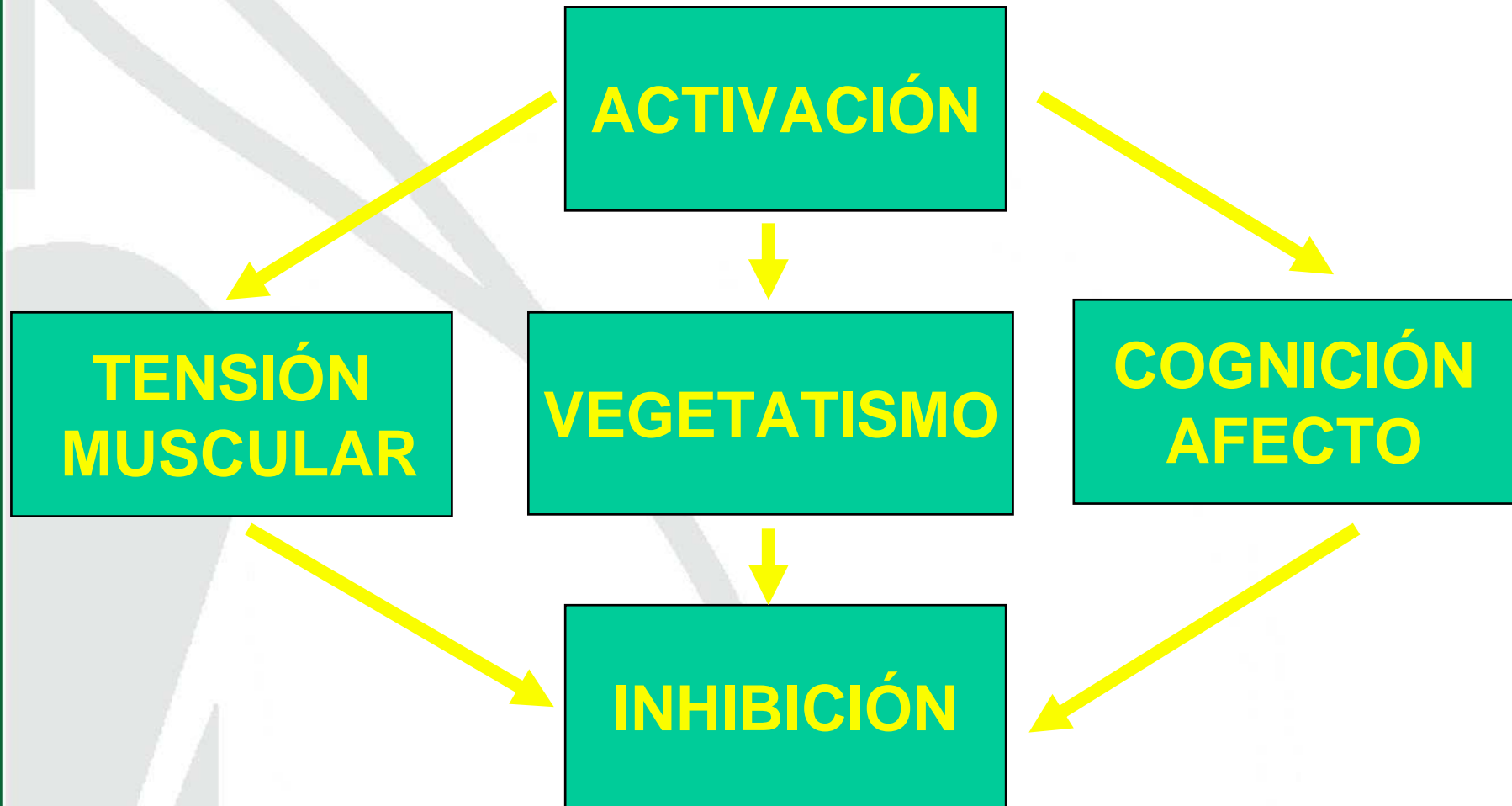
- **El screening debería incluir:**
 - **analítica: glucosa, hemograma, función hepática, función renal, ...**
 - **Estudio hormonal (TSH, T4)**
 - **Testosterona libre**
 - **Vitamin B12 y folatos**
 - **Otras pruebas sugeridas por la anamnesis y la exploración física**
 - **Screening de drogas en orina**
 - **(neuroimagen)**



Ansiedad

- **Prevalencia 11% (2-40%).**
- **Periodos de riesgo: diagnóstico de VIH, primera infección oportunista, disminución CD4 y otros síntomas indicativos de progresión**
- **Factores de riesgo: bajo apoyo social, falta de estrategias de afrontamiento, antecedentes de abuso, duelo no resuelto, antecedentes personales y familiares.**
- **Diagnòstic diferencial: demència VIH, delirium, tòxics, efectes secundaris ARV**

ANSIEDAD





Clínica: tensión muscular

- **Contracturas**
- **Temblor**
- **Fatiga**
- **Dolores musculares**
- **Inquietud psicomotora**
- **Cefalea**



Clínica: hiperactividad vegetativa

- **Sensación de ahogo, falta de aire**
- **Palpitaciones**
- **Sudoración**
- **Boca seca**
- **Mareo, sensación de inestabilidad**
- **Alteraciones digestivas**
- **Sofocación, escalofríos**
- **Micción frecuente**
- **Sensación de cuerpo extraño**



Clínica: Hipervigilancia

- **sentire atrapado (“agobiado”)**
- **aumento de la respuesta de alarma**
- **dificultad en la atención**
- **dificultad en la concentración**
- **insomnio**
- **irritabilidad**
- **labilidad emocional**
- **temor**
- **sobrepresocupación excesiva**



Tratamiento psicofarmacológico: generalidades I

- **Alteración del sistema neurotransmisor cerebral**
 - Sistema dopaminérgico
 - Sistema serotoninérgico
- **Interacciones: citocromo p450**
 - RITONAVIR: inhibe 3A, 2D6, 2C9/19
 - INDINAVIR: inhibe 3A4
 - NELFINAVIR: inhibe 3A4, 2C19, 2D6
 - SAQUINAVIR: inhibe 3A4, 2C9
 - NEVIRAPINA y EFAVIRENZ: inducen 3A i 2B6



Tratamiento psicofarmacológico: generalidades II (DIRECTRICES APA 2000)

Similar a pacientes con edad avanzada o con enfermedades médicas:

- **Dosis iniciales más bajas e incremento más lento**
- **Dosificación el menos complicada posible**
- **Considerar efectos secundarios**
- **Considerar farmacocinética**



Antidepressivos tricíclicos

- **Efectos anticolinérgicos**
- **No se aconseja en pacientes sintomáticos**
- **Monitorizar en pacientes con ritonavir**
- **Fármacos:**
 - **Imipramina (Tofranil)**
 - **Clomipramina (Anafranil)**
 - **Amitriptilina (Tryptizol)**



ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS)

PAROXETINA 20-40 mg/d (Seroxat®, Motivan®, Frosinor®, Casbol®)

FLUVOXAMINA 50-300 mg/d (Dumirox®)

FLUOXETINA 20-50 mg/d (Prozac®, Reneuron®, Adofen®)

SERTRALINA 50-200 mg/d (Aremis®, Besitran®)

CITALOPRAM 20-60 mg/d (Prisdal®, Seropram®)

ESCITALOPRAM 10-20 mg/d (Esertia®, Cipralex®)



ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NORADRENALINA (duales)

**VENLAFAXINA 75-375 mg/d
(Vandral®, Dobupal®)**

**DULOXETINA 30 – 120 mg/d
(Xeristar®, Cymbalta®)**



MIRTAZAPINA (Rexer®, Vastat®): ANTIDEPRESIVO NORADRENÉRGICO SEROTONINÉRGICO ESPECÍFICO (NaSSA)

- **Aumenta la serotonina y la noradrenalina**
- **Antihistamínico**
- **No afecta la función sexual**
- **No interacciones farmacocinéticas**



CONCLUSIONES

- **La depresión y la ansiedad son muy prevalentes en el VIH**
- **Médicos no psiquiatras deben aprender a detectar y tratar estos trastornos en el paciente VIH**
- **Importancia del tratamiento para mejorar la adherencia y el pronóstico de la infección**



8th International Symposium Psychiatry and HIV Barcelona, junio 2015

www.neuropsychiatry-hiv.com



GRACIAS

jblanch@clinic.cat