



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

Jordi Blanch

**Consultor
Servicio de Psiquiatría
Institut Clínic de Neurociències
Hospital Clínic de Barcelona**

jblanch@clinic.ub.es



IMPORTANCIA DE LA SALUD MENTAL EN LA INFECCIÓN POR EL VIH

Importancia del diagnóstico

Insuficiente detección
de tr. psiquiátricos y consumo de drogas

Elevada prevalencia

No tratamiento adecuado

↑ Costes sanitarios

Peor evolución

↑ Sufrimiento



ELEVADA PREVALENCIA

Las enfermedades psiquiátricas son más frecuentes en las personas VIH

Enfermedad psiquiátrica, %	Prevalencia	
	Personas VIH+ (N = 2864)	Personas no VIH (N = 9282)
Depresión mayor	36.0	16.6
Trastorno distímico	26.5	2.5
Trastorno por ansiedad generalizada	15.8	5.7
Trastorno de pánico	10.5	4.7
Trastorno por consumo de alcohol u otras drogas de abuso	50.1	27.8

Trastorno mental y VIH

Psicotropos en general	27,2 %
Antidepresivos	20,9 %
Ansiolíticos	16,7 %
Antipsicóticos	4,7 %
Psicoestimulantes	3,0 %

Vitiello B, et al. Am J Psychiatry 2003; 160:547-554

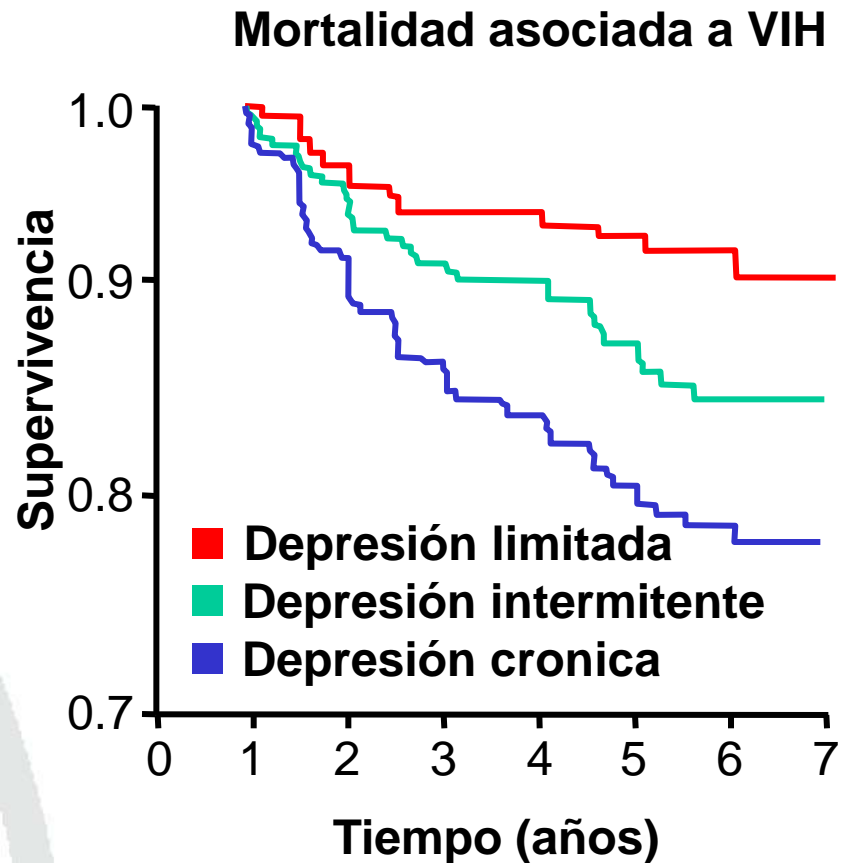


PEOR EVOLUCIÓN

LA DEPRESIÓN AUMENTA LA MORTALIDAD

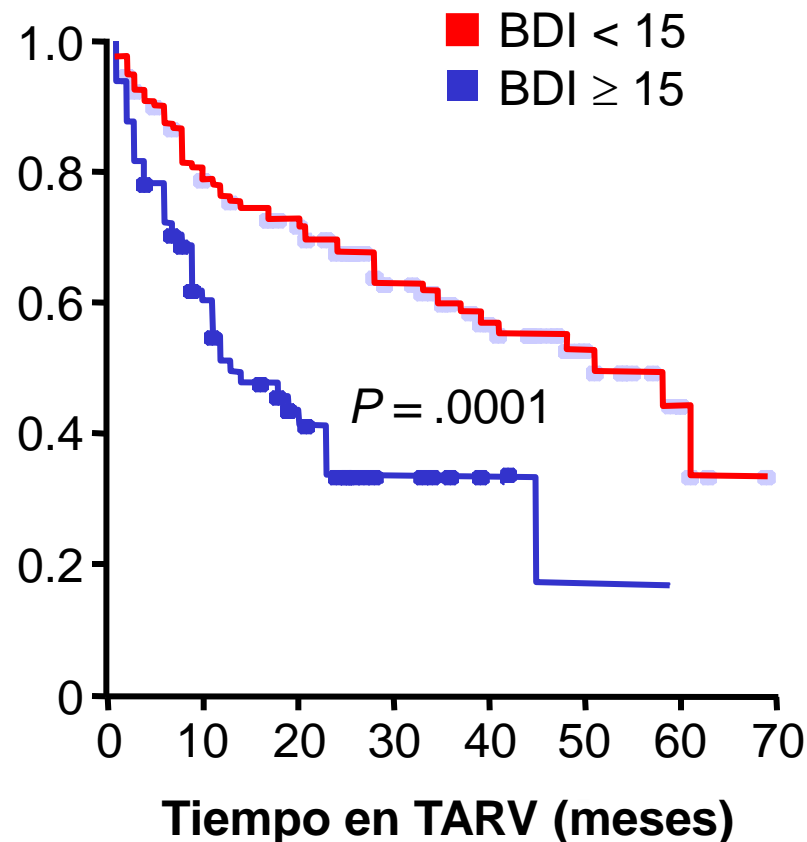
- Se estudio la asociación de depresión con la mortalidad asociada a VIH y la disminución de CD4 en la cohorte femenina HERS (N = 765)
- Se definió la depresión (CES-D) como limitada, intermitente o crónica
- Análisis multivariado: mayor RR de mortalidad en mujeres con síntomas depresivos crónicos (2.0; 95% CI: 1.0-3.8)
- Mortalidad en pacientes con CD4+ < 200

Ickovics JR, et al. JAMA 2001;285:1466-1474.



LA DEPRESIÓN REDUCE LA ADHERENCIA

- Síntomas depresivos medidos mediante BDI en 83 pacientes VIH
- Menos depresivos: BDI < 15 (n = 50); más depresivos: BDI ≥ 15 (n = 33)
- Adherencia medida por MEMS y recuento de pastillas
- Los pacientes con BDI ≥ 15 mantuvieron HAART durante más tiempo (35 meses) que los que tuvieron BDI < 15 ($P = .01$)
- Proporción de carga viral < 400 copias/mL de 40% en pacientes con BDI < 15 vs. 15% en pacientes con BDI ≥ 15



Bangsberg DR, et al. ICAAC 2001. Abstract 1721.



Depresión, adherencia y mortalidad

Cohorte WIHS: 2.059 mujeres VIH+

- Replica los resultados del HERS: los síntomas depresivos crónicos se asocian a una mayor mortalidad por SIDA (n = 1.761; Cook, 2004)
- Depresión + drogas o sólo consumo reciente de drogas, se asocia a una menor adherencia al TARV (N = 1.710; Cook, 2007)
- La utilización de antidepresivos+ psicoterapia o la psicoterapia sola se asocia a una mayor adherencia al TARV (N = 1,371; Cook, 2006)



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**
- **Agitación o retraso psicomotor**
- **Fatiga o falta de energía**
- **Sentimientos de culpa excesivos**
- **Reducción en la capacidad de pensar o de concentrarse**
- **Pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio**



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.

HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE

Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale.

Acta Psychiatr Scand 1983; 67: 361-370.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON OTRAS ENFERMEADES 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**



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 trastornos neurocognitivos en el VIH?

- **El retraso psicomotor o la apatía de la Demencia SIDA se confunden con depresión**
- **Algunos síntomas físicos habituales en la depresión se solapan con los síntomas de la demencia SIDA (p.ej.: fatiga, trastornos en la alimentación)**
- **Los síntomas depresivos pueden aparecer a menudo como primeros signos de deterioro cognitivo.**



ANSIEDAD / ESTRÉS

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**
- **SOBREPREENOCUPACIÓN EXCESIVA**



TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO



GENERALIDADES (II)

(DIRECTRICES APA 2000)

**SIMILAR A PACIENTES CON EDAT AVANZADA O
CON ENFERMEDADES MÉDICAS:**

- **DOSIS INICIALES MÁS BAJAS E INCREMENTO MÁS LENTO**
- **DOSIFICACIÓN LO MENOS COMPLICADA POSIBLE**
- **CONSIDERAR EFECTOS SECUNDARIOS**
- **CONSIDERAR FARMACOCINÉTICA**



ISRS

Fluvoxamina (Dumirox): 100-300 mg/día

Fluoxetina (Prozac, Reneuron, Adofen): 20-60 mg/día.

Paroxetina (Seroxat, Motivan, Frosinor): 20-60 mg/día.

Sertralina (Besitran, Aremis): 100 mg/día.

Citalopram (Seropram, Prisdal): 20-60 mg/día.

Escitalopram (Cipralext, Esertia): 10-40 mg/día

ISRS

Efectos secundarios:

- Náuseas.
- Cefalea.
- Disfunción sexual.
- Insomnio/somnolencia.
- Nerviosismo/acatisia.
- Pérdida de apetito.
- Malestar gastrointestinal y diarrea.
- Sudoración.
- Síndrome confusional.



IRSN

- **Inhibidores de la recaptación de Serotonina y NA.**
- **Prototipo es la Venlafaxina (Dobupal, Vandral): 75-300 mg/día.**
- **Más reciente: Duloxetina (Cymbalta, Xeristar): 60-120 mg/día**



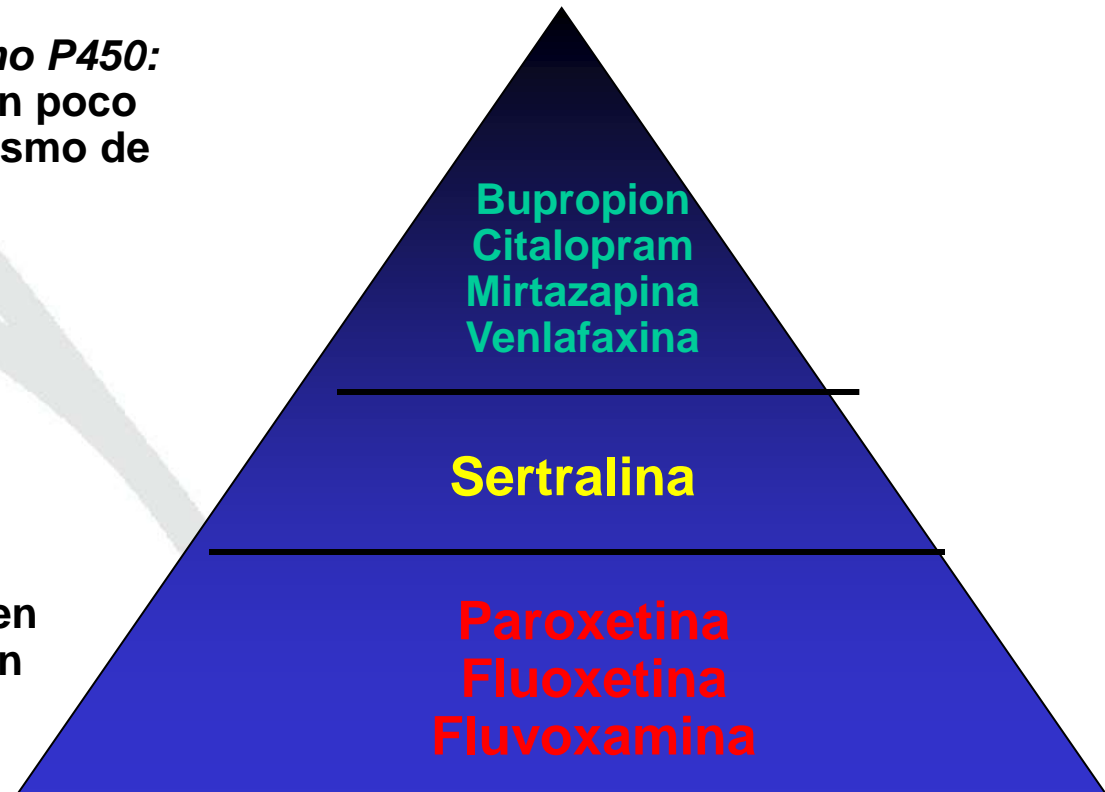
TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO (II)

- **OTROS ANTIDEPRESIVOS**
 - **MIRTAZAPINA:** aumento de peso y somnolencia
 - **BUPROPION:** riesgo proconvulsivante
 - **AGOMELATINA:** transaminasitis

Antidepresivos: interacciones farmacológicas

Leve bloqueo citocromo P450:
Es probable que tengan poco
impacto en el metabolismo de
otros fármacos

**Potente bloqueo
citocromo P450:** Pueden
provocar una alteración
del metabolismo de
otros fármacos



Crewe HK, et al. Br J Clin Pharmacol. 1992;34:262-265. Nemeroff CB, et al. Am J Psychiatry. 1996;153:311-320. von Moltke LL, et al. J Clin Psychopharmacol. 1994;14:1-4. von Motkle LL, et al. Clin Pharmacokinet. 1995;20(suppl 1):33.



ANSIOLÍTICOS

- **RIESGO DE ABUSO EN ADVP**
- **RIESGO DE DETERIORO COGNITIVO O EFECTOS PARADÓJICOS**
- **RIESGO DE INHIBICIÓN POR LOS INHIBIDORES DE LA PROTEASA**
- **ACONSEJAMOS LORACEPAM**
- **RIESGO DE INDUCCIÓN DE LA GLUCURONIL-TRANSFERASA POR LOS INHIBIDORES DE LA PROTEASA**



TESTOSTERONA

- **MEJORA LA FATIGA, WASTING SYNDROME, DISFUNCIÓN SEXUAL, DEPRESIÓN**
- **TANTO EN NIVELES PLASMÁTICOS NORMALES COMO INFERIORES A LA NORMALIDAD**
- **PUEDE PRODUCIR CAMBIOS DE HUMOR E IRRITABILIDAD**



TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

- **HYPERICUM, SAM-e, KAVA KAVA, VALERIANA, GINKGO BILOBA**
- **HYPERICUM:**
 - **TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN**
 - **INDUCTOR 3A**
 - **FDA LO DESACONSEJA CON IPs E INNTIs**



PSICOTERAPIA Y RELAJACIÓN



RELAJACIÓN

- **RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA**
- **RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA**
- **VISUALIZACIÓN**



RECOMENDACIONES FINALES

- **Importancia de la salud mental**
- **Abordaje multidisciplinar: psiquiatra, infectólogo, personas afectadas, etc.**
- **Necesidad de unidades especializadas o de médicos especializados**
- **Necesidad de formación continuada a médicos psiquiatras / no psiquiatras**
- **Importancia de la formación / información a personas con VIH / SIDA**



GRACIAS POR SU ATENCIÓN

Jordi Blanch
jblanch@clinic.ub.es