

Recomendaciones de la SPNS/SEP/SENP/SEIP/GESIDA sobre aspectos psiquiátricos y psicológicos en la infección por el VIH. (Octubre de 2008)

COORDINADORES DEL PANEL:

R. Polo. Secretaría del Plan Nacional sobre el sida. Madrid
J. Locutura. Unidad de Infecciosas/VIH. Hospital General Yagüe. Burgos
J. L. Fernández Sastre. Servicio de psiquiatría. Complejo Hospitalario Xeral de Vigo.

MIEMBROS DEL PANEL (por orden alfabético):

Jordi Blanch.
Servicio de Psiquiatría. Instituto Clínic de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona
Dolores Cánoves.
Unidad de Enfermedades Infecciosas, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia
M^a José Carvajal.
Servicio de psiquiatría. Hospital de Basurto. Bilbao.
Meritxel Centeno.
Servicio de psiquiatría. Hospital General de Granollers. Barcelona
Vicente Estrada.
Unidad de Infecciosas/VIH. Hospital Clínico Universitario de Madrid
Carmina R. Fumaz.
Unidad de VIH-Fundación Lluita contra la Sida-Hospital Universitario Germans Trias i Pujol,
Badalona, Barcelona
M^a José Galindo.
Unidad de Infecciosas/VIH. Hospital Clínico Universitario de Valencia
Marín Gómez Banovio.
Servicio de Psiquiatría. Hospital Carlos Haya de Málaga
J. R. Gutiérrez-Casares.
Unidad Ambulatoria de Psiquiatría y Salud Mental de la Infancia, Niñez y Adolescencia.
Hospital Perpetuo Socorro. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.
Ana Koerting.
Secretaría del Plan Nacional sobre sida. Madrid
Fernando Lozano.
Unidad de Infecciosas/VIH. Hospital Universitario de Valme. Sevilla
Eva Macías.
Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Valencia
M^a José Mellado.
Servicio de Pediatría. Hospital Carlos III. Madrid
Celia Miralles.
Unidad de Infecciosas/VIH. Complejo Hospitalario Xeral de Vigo
Angel Moríñigo.

Estudio de Psiquiatría, Sevilla/ICGP (International College of Geriatric Psychoneuropharmacology).

Agustin Muñoz.

Unidad de Infecciosas/VIH. Hospital Infanta Cristina. Badajoz

Enric Pedrol.

Unidad de Infecciosas/VIH. Hospital General de Granollers. Barcelona.

Juan Francisco Pérez Prieto.

Servicio de psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Valencia

Jose Tomás Ramos.

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Getafe. Madrid

Julia del Río.

Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Madrid

Agueda Rojo Pantoja.

Servicio de Psiquiatría. Hospital Provincial de Pontevedra

Juan Miguel Santamaría.

Unidad de Infecciosas/VIH. Hospital General de Basurto. Bilbao

Jesús Santos.

Unidad de Infecciosas/VIH. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

María Vazquez.

Secretaría del Plan Nacional sobre Sida. Madrid

ABREVIATURAS UTILIZADAS

AAN: Academia Americana de Neurología
ABC: Abacavir
ADME: Absorción, Metabolismo, Distribución y Excreción
ADT: Antidepresivos tricíclicos
AE: Agotamiento emocional
AINES: Antiinflamatorios No Esteroideos
AN: Inhibidores análogos de nucleósidos de la Transcriptasa Inversa
ANA: Anticuerpos Anti Nucleares
APA: American Psychiatric Association
ARV: Antirretrovirales
ATD: Antidepresivos
ATV: Atazanavir
AVD: Actividades de la Vida Diaria
AZT: Zidovudina
BZD: Benzodiazepinas
CBCL: Child Behaviour Checklist
CDI: Children Depression Inventory
CHMP: Committee for Medicinal Products for Human Use (por sus siglas en inglés)
CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades
CPT: Continuous performance test (por sus siglas en inglés)
CYP: Enzimas del citocromo P450
DP: despersonalización
DSM: Diagnostic of Mental Disorders (por sus siglas en inglés)
D-VIH: Demencia asociada a VIH.
EAP: Equipos de Atención Primaria
ECG: Electrocardiograma
EEG: Electro encefalograma
EEUU: Estados Unidos de América
EFV: Efavirenz
EMA: Agencia Europea del Medicamento
FC: farmacocinética
FD: farmacodinamia
ICD: International Classification of Diseases (por sus siglas en inglés)
IDV: Indinavir
IECA: Inhibidores de la enzima convertidora de la Angiotensina
IFN: Interferón
IM: Intramuscular
IMAOs: Inhibidores de la monoamina-oxidasa
IP: Inhibidores de la Proteasa
IPr: Inhibidores de la Proteasa potenciado con ritonavir
IRNA: Inhibidores de la recaptación de noradrenalina
IRSN: Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina
ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
LMP: Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva
MBI: Maslach Burnout Inventory (por sus siglas en inglés)
MMS: Test Mini Examen Cognoscitivo
MMSE: Mini Examen del Estado Mental
MVLT: Modified verbal learning test (por sus siglas en inglés)
NA: Inhibidores de la Transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos
NICE: National Institute for Clinical Evidence (por sus siglas en inglés)
NFV: Nelfinavir
NVP: Nevirapina
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONG: Organizaciones No Gubernamentales
P-GP: Glicoproteína P
RMN: Resonancia Magnética Nuclear

RP: Realización personal en el trabajo
RTV: Ritonavir
Rx: Radiografía
SIDAM: Entrevista Estructurada para el Diagnóstico de Demencias
SNC: Sistema Nervioso Central
TAC: Tomografía Axial Computerizada
TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada
TAR: Tratamiento Antirretroviral
TARGA: Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad
TB: Tuberculosis
TCMM-VIH: Trastorno Cognitivo y Motor Menor asociado a VIH
TDAH: Trastornos por déficit de Atención /Hiperactividad
TDF: Tenofovir
TEC: terapia electroconvulsiva
TEPT: Trastorno por Estrés Post-Traumático
TOC: Trastorno Obsesivo Compulsivo
TP: Trastorno de Personalidad
TPV: Tipranavir
TV: Televisión
UD: Usuario de Drogas
USP: Uso de Sustancias Psicoactivas
VHB: Virus de Hepatitis B
VHC: Virus de Hepatitis C
VIH-TM: VIH-Trastorno Mental
VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana
VIH +: VIH positivo
VM: vida media
VP: Valoración Psiquiátrica
WISC: Wechsler intelligence scale for children (por sus siglas en inglés)
WCST: Wisconsin card sorting test (por sus siglas en inglés)
YBOCDS: Yale-Brown Obsessive-compulsive Disorder Scale

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- 1.- INTRODUCCIÓN
- 2.-CONTEXTOS DE ACTUACIÓN
- 3.- REACCIONES NORMALES ANTE LA ENFERMEDAD Y SUS ETAPAS EVOLUTIVAS. DUELO, Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS
- 4.-SÍNDROMES PSICOPATOLÓGICOS
- 5.-TRASTORNOS COGNITIVOS Y DEMENCIA
- 6.-TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO
- 7.-TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEST)
- 8.-TRASTORNOS DE PERSONALIDAD
- 9.-TRASTORNOS PSICÓTICOS
- 10.-TRASTORNOS DISOCIATIVOS
- 11.-TRASTORNOS POR CONSUMO DE TÓXICOS
- 12.-ALTERACIONES DE LAS FUNCIONES FISIOLÓGICAS
- 13.-MANIFESTACIONES PSIQUIÁTRICAS DE LOS TRASTORNOS ORGÁNICOS
- 14.-INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS Y EFECTOS SECUNDARIOS
- 15.-ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON VIH/SIDA
- 16.-IMPACTO EMOCIONAL SOBRE EL EQUIPO ASISTENCIAL
- 17.-TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES ANCIANOS
- 18.- BIBLIOGRAFÍA

1. Introducción

La complejidad de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el prolongado tiempo de evolución y las diferentes situaciones clínicas hacen que se produzcan con frecuencia alteraciones en la situación anímica. Además las implicaciones sociales, la discriminación muy presente en nuestra sociedad hacia las personas con infección por VIH y las especiales características de determinados subgrupos implican que, en muchas ocasiones, sea necesaria la intervención psiquiátrica. La presencia del virus en el Sistema Nervioso Central (SNC) podría incrementar la frecuencia de los trastornos neuropsiquiátricos en relación a la población general. Las manifestaciones psiquiátricas en los pacientes con infección por VIH han recibido una atención creciente en los últimos años, ya que el aumento tanto de la calidad como de la esperanza de vida ha permitido disponer de periodos de observación más prolongados y, secundariamente, se han descrito numerosos trastornos mentales, ocasionados tanto por enfermedades orgánicas como por efectos adversos de los fármacos utilizados.

Como veremos más adelante, existen altas tasas de ideación, intentos y consecución del suicidio en personas infectadas por el VIH. Así mismo, los episodios depresivos, los trastornos de ansiedad son problemas frecuentes. La dificultad de manejo de estas alteraciones por parte del infectólogo y los obstáculos para derivar de forma ágil a los pacientes con infección por VIH a las consultas de psiquiatría, hace necesaria la formación en estos aspectos para saber reconocerlos, interpretarlos y tener armas concretas que nos indiquen cual es la mejor actuación.

En los siguientes apartados el lector se va a encontrar con unas pautas claras de actuación realizadas por especialistas en psiquiatría e infectología que servirán de guía a todos los profesionales que diariamente atienden a personas con infección por el VIH que pueden necesitar ayuda desde el punto de vista de la atención psiquiátrica y psicológica.

Este Documento de Consenso sobre recomendaciones “aspectos psiquiátricos y psicológicos en la infección por el VIH pretende ser un **Documento Técnico** para los profesionales sanitarios.

El desarrollo del documento se ha realizado por miembros de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida y expertos de las diferentes Sociedades Científicas participantes. Se ha revisado la evidencia científica existente y se han tenido en cuenta ensayos, estudios de cohortes y la opinión de expertos mediante consensos alcanzados en reuniones científicas

En la elaboración de este documento, con un planteamiento eminentemente práctico, se han utilizado los **Niveles de Evidencia** de los estudios analizados para realizar las recomendaciones, indicaciones y sugerencias de actuación.

Nivel A: Estudios aleatorizados y comparativos.

Nivel B: Estudios de cohortes o de casos y controles.

Nivel C: Estudios descriptivos u opiniones de expertos.

2. Contextos de actuación

2.1 INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud mental relacionados con la infección por el VIH son muy frecuentes y una proporción importante pueden presentar problemas psicológicos y alteraciones patológicas persistentes. Por otra parte la patología mental incrementa las conductas de riesgo, aumentando la posibilidad de nuevos contagios, y tiene efectos negativos sobre el seguimiento del tratamiento. En ocasiones estas patologías están desatendidas, principalmente por infradiagnóstico y falta de formación de los médicos. A esto debemos añadirle circunstancias de los pacientes como son su precariedad social,

económica y su pertenencia a poblaciones vulnerables. Por otro lado la presencia de un trastorno psiquiátrico empeora la adherencia al tratamiento y el pronóstico de la enfermedad.

A la hora de proporcionarles atención se debe implicar no sólo a especialistas en salud mental e infectólogos sino también a diversos servicios de apoyo. Se debe partir de unas directrices generales, que deberán adaptarse a cada contexto asistencial.

El concepto de “Sistema Terapéutico Extenso” está constituido por:

FAMILIA
PACIENTE
PROFESIONALES HOSPITALARIOS
PROFESIONALES EXTRAHOSPITALARIOS

Debemos conseguir un abordaje interdisciplinar y básicamente interrelacional.

La relación que se establece entre el equipo asistencial, paciente y familia es de suma importancia. El profesional en salud mental deberá prestar atención a cada uno de estos niveles así como las relaciones que se establecen entre ellos. El equipo debe tener su eje en el infectólogo/internista. La confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad son factores que influyen favorablemente. En contraposición, las dificultades que aparecen en estas relaciones influyen de forma negativa en el tratamiento individual (baja adherencia al tratamiento, incumplimientos terapéuticos, no reducción de conductas de riesgo...).

2.2 DIRECTRICES GENERALES PARA LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA DE PACIENTES VIH/SIDA. American Psychiatric Association. (APA 2006)¹

- Establecer un vínculo terapéutico
- Coordinación entre facultativos
- Diagnóstico de patología psiquiátrica asociada
- Psicoeducación como parte integrante del tratamiento respecto a trastornos psicológicos, neuropsiquiátricos y VIH
- Proporcionar estrategias de reducción de conductas de riesgo
- Trabajar la adaptación psicológica y social
- Trabajar sobre la incapacidad, agonía y muerte
- Asesorar e informar a familia y/o allegados
- Garantizar la confidencialidad
- Enfoque biopsicosocial
- Educación emocional y resolución de conflictos
- Adaptación a las condiciones culturales diferentes de los usuarios
- Tratamiento psiquiátrico

2.3 CONTEXTOS DE ACTUACIÓN Y ABORDAJE ESPECÍFICO

1. Atención primaria
2. Atención especializada ambulatoria (Salud Mental y Drogodependencias)
3. Atención hospitalaria (Infecciosas, Medicina Interna, Psiquiatría)
4. Atención hospitalaria de larga estancia y Cuidados paliativos
5. Servicios sociales
6. Grupos de apoyo, casas de acogida, albergues, ONGs
7. Familia, pareja e hijos
8. Instituciones Penitenciarias,
9. Urgencias

2.3.1 ATENCIÓN PRIMARIA

Teniendo en cuenta que los pacientes con infección por VIH realizan su seguimiento en las unidades de infecciosas de los hospitales, desde atención primaria se debería realizar una parte importante del cuidado psicológico y psiquiátrico de los pacientes a través de funciones como:

- Educación sanitaria sobre la infección VIH/sida – Trastorno mental
- Prevención. Programas informativos sobre conductas de riesgo que favorecen la aparición de problemas psicológicos o psiquiátricos asociados a la infección por VIH
- Despistaje inicial de la aparición de alteración mental asociada a la infección
- Psicoeducación o *counselling*:
 - permitirá al enfermo afrontar, resolver o adaptarse a los acontecimientos vitales estresantes asociados a su condición de seropositivo, mantener su funcionamiento psicosocial para reducir el impacto de la infección por VIH y sus repercusiones a largo plazo mejorando su calidad de vida.
 - mejorará la adherencia al tratamiento
- Control de los tratamientos psiquiátricos instaurados
- Apoyo a pacientes terminales en su domicilio

Para la correcta ejecución de estas funciones por parte del médico de atención primaria es importante el apoyo de los profesionales de atención especializada.

2.3.2 ATENCIÓN ESPECIALIZADA AMBULATORIA

Sus funciones serán:

- Tratamiento Psicoterapéutico especializado (terapia cognitivoconductual, psicoterapia interpersonal, terapia familiar sistémica, psicoterapia de orientación psicoanalítica o psicoterapia de apoyo).
- Colaboración y coordinación con otros facultativos involucrados en el caso a tratar
- Garantizar la continuidad de los cuidados necesarios para el paciente.

A este nivel se dispone como herramienta de actuación de la interconsulta, sistema de comunicación entre especialistas involucrados en un mismo caso.

La interconsulta debe asumir implícitamente otras tareas:

- alertar e informar a otros clínicos sobre las complicaciones neuropsiquiátricas de la infección por VIH, para poder iniciar el tratamiento de los trastornos que requieran una intervención psiquiátrica específica
- facilitar el cumplimiento del plan terapéutico global
- garantizar una continuidad en la atención en otros contextos asistenciales

En la atención especializada las dificultades de coordinación son mayores cuanto más complejo es el caso y/o mayor es el número de profesionales que intervienen. Debe superarse esta dificultad buscando cauces de comunicación interdisciplinar utilizando instrumentos como:

1. La realización de sesiones clínicas conjuntas.
2. Nombrar un responsable terapéutico del paciente, que centralice toda la información y dirija las distintas actuaciones.

2.3.3 ATENCIÓN HOSPITALARIA

Su función básica es el tratamiento de la infección por VIH en situaciones en las que la atención ambulatoria no puede garantizar una atención adecuada:

- Necesidad de pruebas diagnósticas complejas
- Efectos secundarios del tratamiento
- Complicaciones médicas o psiquiátricas

La interconsulta, es la herramienta básica de comunicación entre los distintos profesionales tanto en la atención hospitalaria como en la atención especializada.

2.3.4 ATENCIÓN HOSPITALARIA DE LARGA ESTANCIA Y CUIDADOS PALIATIVOS

La atención a los enfermos terminales es una de las actuaciones más importantes a realizar por el psiquiatra/psicólogo, quien proporciona una atención psicoterapéutica perfectamente estructurada, siempre en colaboración y con ayuda del resto de los profesionales sanitarios.

Son cuidados no restauradores, por lo que el abordaje del paciente VIH-Trastorno mental en este momento difiere bastante de los vistos hasta el momento.

En este nivel se busca:

Evitar la agresividad terapéutica, es decir la utilización de recursos terapéuticos sin evaluar el grado de efectividad, en función del estado terminal del paciente.

- Informar a los profesionales sanitarios sobre las conductas y emociones que se presentan en los enfermos terminales.
- Facilitar apoyo emocional.
- Informar sobre los recursos sociales disponibles y las formas de acceso
- Instaurar programas de apoyo y asesoramiento para profesionales en el manejo de las propias emociones con el fin de evitar el *burn-out*.

2.3.5 SERVICIOS SOCIALES, GRUPOS DE AYUDA, ONG's.

Los problemas sociales son frecuentes en estos pacientes, ligados bien a abuso/dependencia de tóxicos, bien a una posible historia psiquiátrica previa ó a la propia infección por VIH.

Nos enfrentamos a enfermos crónicos y la cronicidad es una fuente mantenida de estrés. El estrés crónico a su vez tiene repercusiones físicas, psíquicas y sociales con una reducción y pérdida de la red social. La adaptación a la enfermedad comportará mayor comorbilidad psiquiátrica en los sujetos con menor apoyo familiar o social. A su vez esta pérdida de red social es un factor de estrés que realimenta el ya existente. De ahí la importancia de las intervenciones de los servicios sociales sanitarios, comunitarios, de los grupos de ayuda, ONGs, etc.

La exploración del grado de apoyo social que tiene un paciente es básica para garantizar una adaptación a la enfermedad y un adecuado tratamiento. Las primeras indagaciones se harán por parte del personal sanitario (el enfermo viene sólo o acompañado, con quién se puede contactar si se necesita. Se preguntará qué relaciones tiene con su pareja, familia, si está integrado o no en algún grupo de ayuda).

Se deberá solicitar la colaboración de los trabajadores sociales ante cualquier duda o sospecha de que el paciente no tenga cobertura social (situación económica, vivienda, etc).

La regeneración de los contextos sociales es una de las misiones de las organizaciones de voluntariado, que permite trabajar desde primera línea la prevención y la atención con el individuo y la comunidad. La colaboración de los profesionales sanitarios con dichas organizaciones debe ser fluida: asesorar en temas relacionados con el tratamiento, enseñar estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico y facilitar el acceso de los pacientes a los servicios sanitarios.

2.3.6 INTERNAMIENTO PENITENCIARIO

La prevalencia de VIH-Trastorno mental (VIH-TM) en reclusos es lo suficientemente significativa como para resaltar este contexto institucional.

Las instituciones dedicadas a la custodia de los individuos, tienen la responsabilidad de ocuparse, a través de sus servicios médicos y sociales de la educación, prevención, y

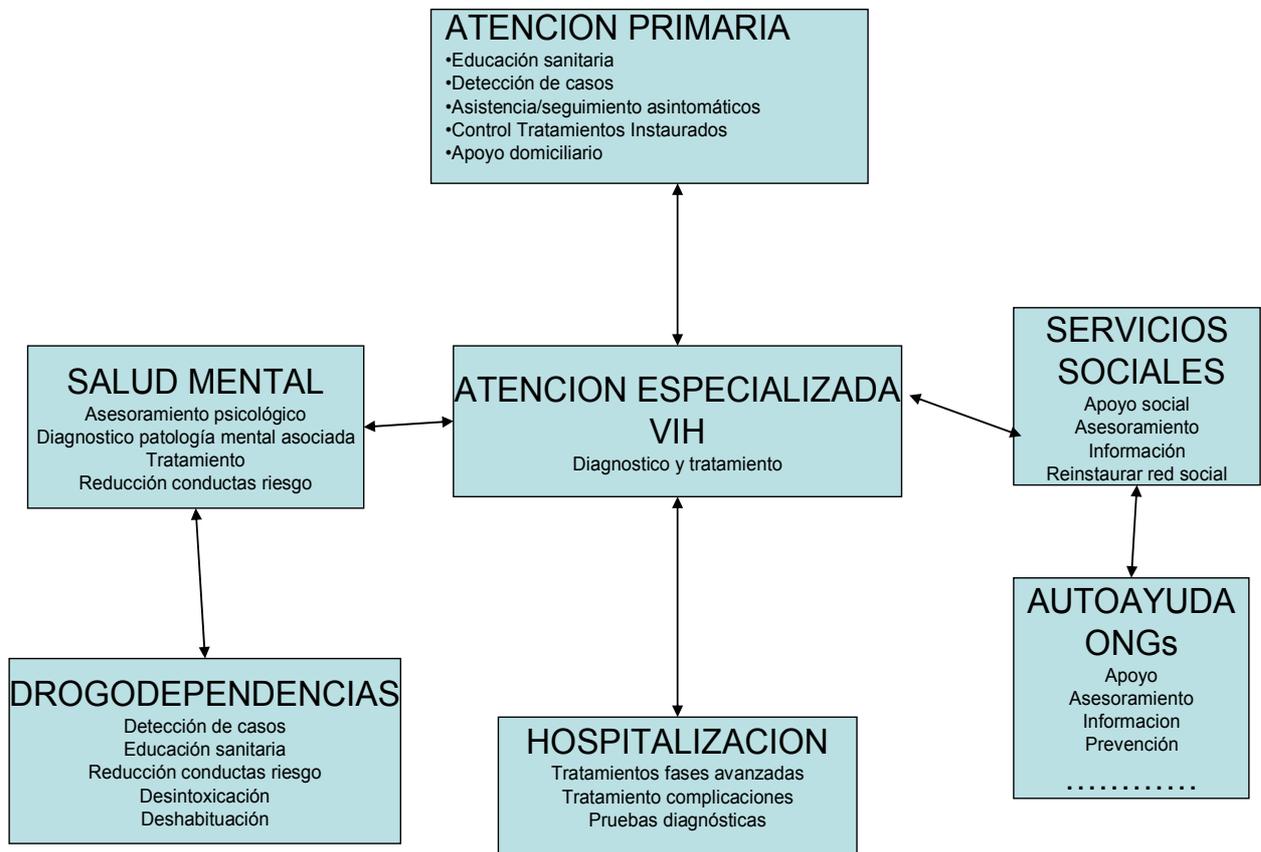
cuidados clínicos de los pacientes VIH con enfermedad mental asociada. Quizás la principal misión de los profesionales sanitarios de instituciones penitenciarias, sea la prevención.

¿Qué hacer en prisión con los VIH-TM?:

1. Programas de reducción de riesgo (sexo seguro, suministro de jeringuillas estériles)
2. Atención primaria de salud, detectando grupos susceptibles de riesgo y facilitando las pruebas VIH
3. Atención especializada, (a cargo de profesionales sanitarios de instituciones) solicitando interconsulta a otros especialistas
4. Garantizar el cumplimiento y la continuidad de los tratamientos (sobre todo en individuos en aislamiento y en pacientes con patología mental grave).
5. Las unidades que dispongan de servicio de psiquiatría/psicología, deberían hacer una primera evaluación psicopatológica de los individuos de grupos de riesgo.

En resumen la profilaxis y la detección de casos sería el eje central en este contexto.

2.4 COORDINACION Y DERIVACIONES (Gráfico 1).



2.5 RECOMENDACIONES

- La atención al paciente VIH debe incluir la atención psicológica y psiquiátrica (Nivel B).
- Los principios fundamentales de dicha atención son: escucha y apoyo, confidencialidad, psicoeducación, coordinación y adaptación en los distintos contextos asistenciales (Nivel C).
- Es necesario detectar y tratar precozmente los trastornos psiquiátricos y psicológicos (Nivel C).

3. Reacciones normales ante la enfermedad y sus etapas evolutivas. Duelo y Trastornos adaptativos

3.1 DUELO

El conocimiento de padecer una enfermedad como la producida por el VIH, con todas las connotaciones que conlleva, desencadena una serie de fenómenos psicológicos que no por “normales” son menos dolorosos. Es lo que denominamos reacción de duelo y duelo, que tiene dos significados:

1. Dolor
2. Desafío o combate entre dos

Las reacciones de duelo son reacciones adaptativas ante un evento vital. Abordaremos el duelo desde su perspectiva psicológica.

3.1.1 CARACTERÍSTICAS

- El duelo involucra la personalidad del individuo, sus actitudes, sus defensas, las relaciones con los demás, etc. provocando una fractura interna.
- Los duelos son inevitables por definición, por lo tanto necesitamos conseguir las armas para elaborarlos.

3.1.2 FASES DEL DUELO

La ansiedad está permanentemente presente en las tres fases del duelo y se presenta con distintas caras que a su vez van cambiando, sin seguir un orden determinado. (Gráfico 2).

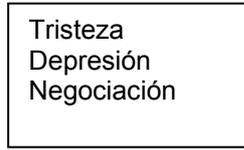
1 Fase: **PROTESTA**

Es la urgencia por recuperar lo perdido



2 Fase: **DESESPERACIÓN**

Cursa con



3 Fase: **ACEPTACIÓN**

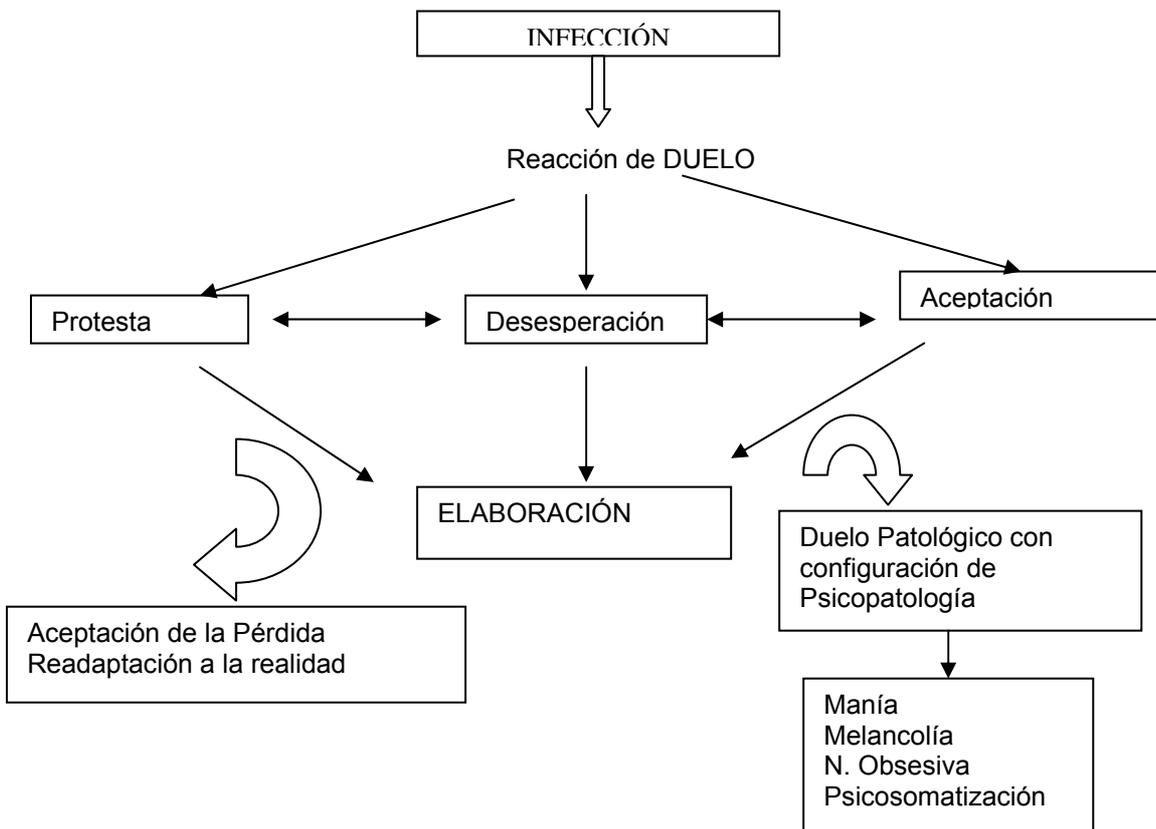
Aparece cuando se es capaz de elaborar el duelo

3.1.3 COMPLICACIONES

- DUELO PATOLÓGICO

- Cuando los primeros duelos de la vida del sujeto no han sido suficientemente integrados, los duelos posteriores se dificultan o convierten en patológicos, pudiéndose manifestar con sintomatología física (somatización), psíquica (ansiedad, depresión) y conductuales (negación, huída y conductas maniacas).

La elaboración del duelo no lleva a la recuperación de lo perdido, sino a poder afrontar sus relaciones con el mundo exterior con una *confianza básica* mayor³. (Grafico 3)



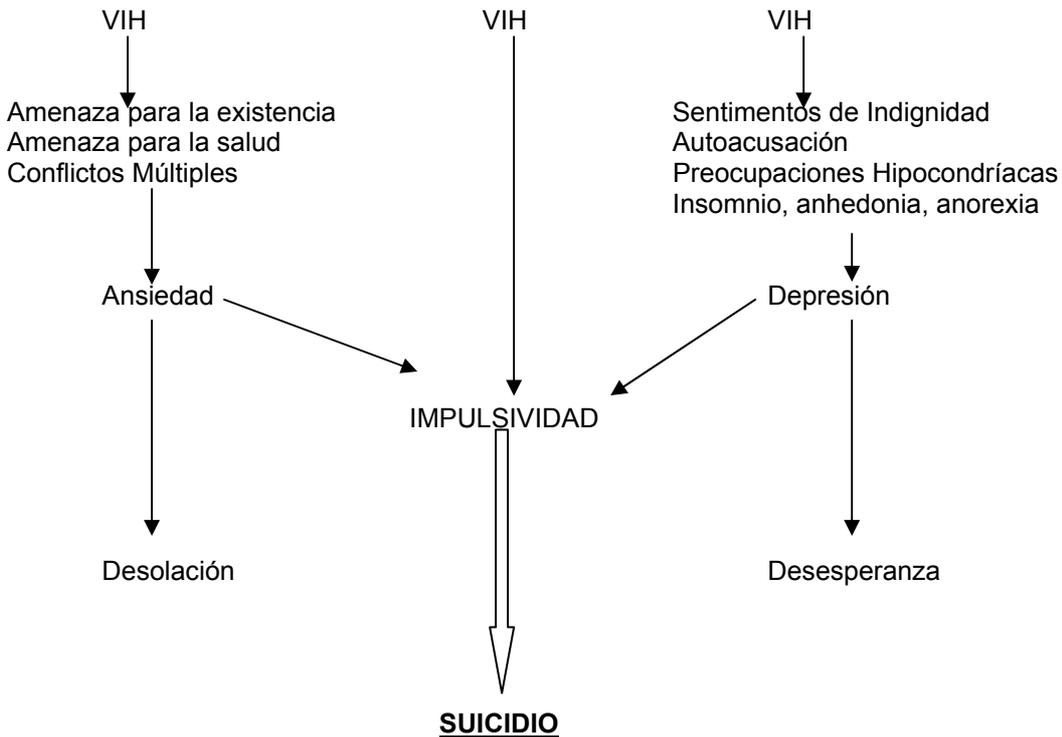
Medidas Generales

- Ayudar a desarrollar la capacidad de “*auto-dominio*” para controlar los cambios de humor y la ansiedad.

Se debe estar especialmente atento a la complicación más grave, el **SUICIDIO**.

- EL SUICIDIO

1.- Patogenia (Gráfico 4)



2.- Generalidades

La aparición de pensamientos, ideas, actitudes, amenazas o equivalentes suicidas es tan importante que merece que nos detengamos en ello⁴.

Deberemos tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- La expresión de pensamientos suicidas debe ser siempre tomada en cuenta y discutida con el paciente.
- Las ideas suicidas son un fenómeno universal en algún momento de la vida de la persona enferma. Normalmente son transitorias y de significación limitada.
- La enfermedad por VIH tiene una serie de connotaciones sociales negativas derivadas del estigma y la discriminación.
- El riesgo de suicidio en el paciente VIH es mayor que en otros trastornos depresivos o por abuso de sustancias. Este riesgo se incrementa con el estrés y depresión severa subyacente

La entrevista clínica se dirige a valorar: el estado mental previo y actual del paciente, la situación somática y su repercusión y el grado de firmeza del marco psicosocial en que se mueve el paciente.

Posibles precipitantes y/o agravantes

- El momento del conocimiento y la forma de recibir / dar la noticia es de crucial importancia.
- La presencia de ansiedad o depresión previa o secundaria al VIH no tratadas.
- La progresión de la enfermedad y el deterioro físico.
- La muerte de amigos o conocidos en su misma situación.
- El miedo al dolor y a la muerte.
- La falta de apoyo familiar y social o el temor al abandono.
- Evitar ser una carga para los demás.
- Intento de llamar la atención
- Mecanismos de defensa patológicos, no elaborados, fantaseando y barajando la posibilidad del suicidio como control y manejo último del propio destino.

Prevención

- Diagnóstico correcto de la enfermedad mental si existe.
- Identificación del malestar emocional que la infección crea en el paciente.
- Tratamiento del dolor y el mayor número de complicaciones y estigmas físicos posibles.

Tratamiento de las ideas suicidas

Nos inclinaremos por psicoterapia, psicofármacos o ambos según la gravedad del cuadro, el tipo de complicación y el momento clínico .

Psicofármacos:

Utilizaremos ansiolíticos o antidepresivos según predomine la ansiedad o la depresión con unos criterios básicos

- Comenzar por dosis bajas e ir subiendo lentamente
- Prestar especial atención a los efectos secundarios
- Conocer las interacciones farmacológicas con los antirretrovirales

Psicoterapia:

Es un pilar básico en el tratamiento de estos pacientes. El tipo de psicoterapia que apliquemos se elegirá en función tanto de las necesidades del paciente como de las habilidades del terapeuta.

Deberá ir encaminada a producir un cambio en los pensamientos y actuaciones del paciente que le lleven a su vez a conductas más saludables.

3. 2- REACCIONES A ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Su definición incluye una reacción a un acontecimiento biográfico identificable, capaz de producir una reacción a estrés agudo o un cambio vital significativo y sostenido, que da

lugar a situaciones desagradables persistentes. Ambos llevan a un trastorno de adaptación (F43 – CIE 10).

Todo ello cursa con una serie de síntomas emocionales o comportamentales que aparecen con un umbral inferior al requerido para realizar el diagnóstico de un trastorno más específico.

3.2.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES (Tabla 1)

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Mala adaptación a una situación estresante grave o continuada en el tiempo• Malestar mayor de lo esperable en respuesta al agente estresante• Existencia de un deterioro significativo en el rendimiento social |
|---|

La reacción emocional a la enfermedad dará lugar a la aparición de una clínica en forma de trastorno por estrés postraumático ó de un trastorno adaptativo, en sus diferentes variedades ^{5,6}.

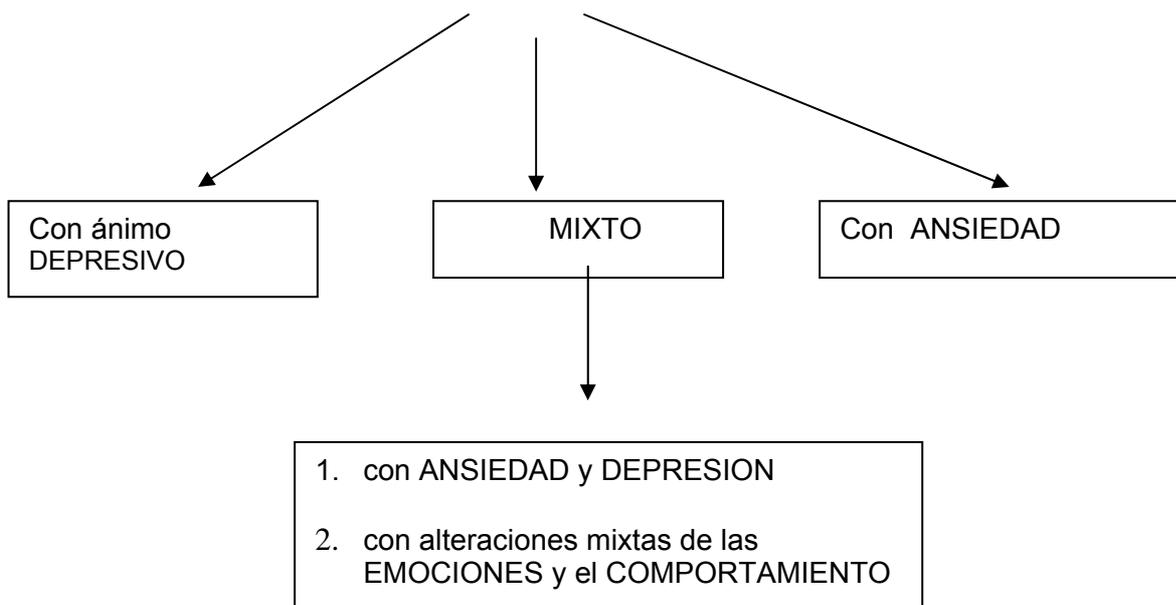
3.2.2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LAS REACCIONES A ESTRÉS GRAVE

- Respuesta tardía a un acontecimiento estresante.
- Reviviscencia frecuente e incontrolada de la situación estresante.
- Embotamiento emocional.
- Evitación de la evocación del trauma.
- Hiperactividad vegetativa.
- Insomnio.
- Ansiedad y/o depresión.
- Comienzo tras un período de latencia de semanas a meses.
- Curso fluctuante.
- Evolución normal hacia la recuperación.

3.2.3 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS

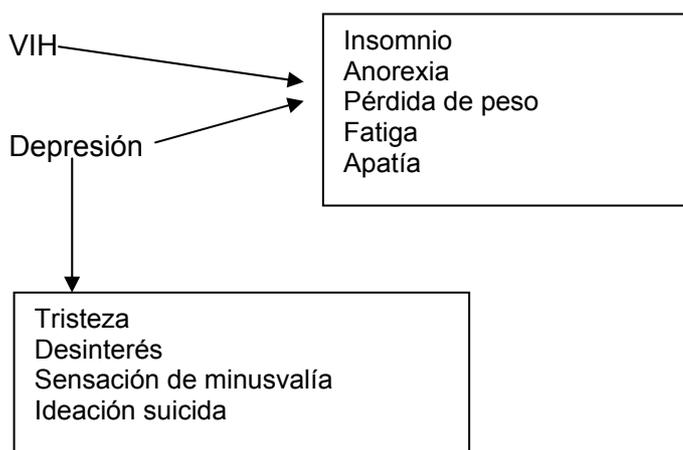
- Inicio dentro de los 3 meses posteriores a la aparición de la situación estresante.
- Duración: aguda o crónica, según dure 3 meses o más.
- No cumplen criterios para otro trastorno mental ni son exacerbaciones de la aparición de una enfermedad preexistente.
- Los síntomas NO son una reacción de DUELO (entendido como muerte de un ser querido y no como reacción a conocer el diagnóstico de su enfermedad.)
- Una vez cesado el estresante o sus consecuencias los síntomas no persisten más de seis meses. (Gráfico 5)

TIPOS DE TRASTORNO ADAPTATIVO (grafico 5)



La diferencia entre duelo y trastorno adaptativo reside en que en el duelo la reacción es proporcional al agente desencadenante, mientras que en el trastorno adaptativo la reacción es excesiva en relación a la importancia y magnitud del agente desencadenante.

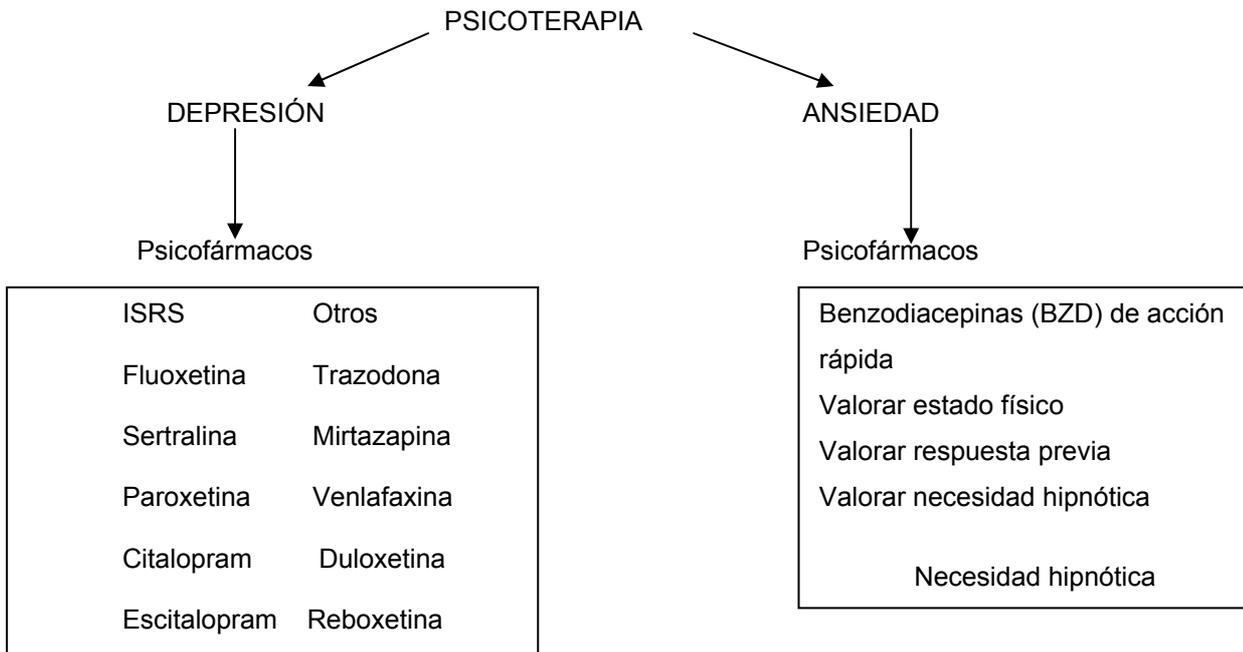
Por otra parte es importante realizar el diagnóstico diferencial cuando aparecen síntomas depresivos ya que algunos de ellos son comunes a los síntomas que produce el VIH al actuar sobre las áreas subcorticales del cerebro^{7,8} (Gráfico 6).



3.2.4 TRATAMIENTO

Enmarcamos los fármacos más utilizados según predomine la ansiedad o la depresión y mantenemos las mismas precauciones reseñadas en su uso en el duelo o en el riesgo suicida, especialmente en cuanto a las interacciones con algunos fármacos antirretrovirales que pueden obligar a ajustar las dosis.

(Gráfico 7)



3.3. Recomendaciones

- La complicación más grave del duelo es el suicidio, por lo que debemos estar alerta ante todo pensamiento suicida remitiendo al paciente a una unidad de psiquiatría. (Nivel C).
- Para el tratamiento de las ideas suicidas utilizaremos ansiolíticos o antidepresivos según predomine la ansiedad o la depresión. (Nivel C).
- El tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) irá encaminado tanto a evitar la aparición de ideas suicidas como a eliminar las ya existentes. (Nivel C).
- Es fundamental diferenciar entre duelo y trastorno adaptativo, debido al distinto abordaje terapéutico, siendo el psiquiatra quien realice este diagnóstico. (Nivel B).
- La psicoterapia ha demostrado ser útil para el abordaje del trastorno adaptativo (Nivel A)

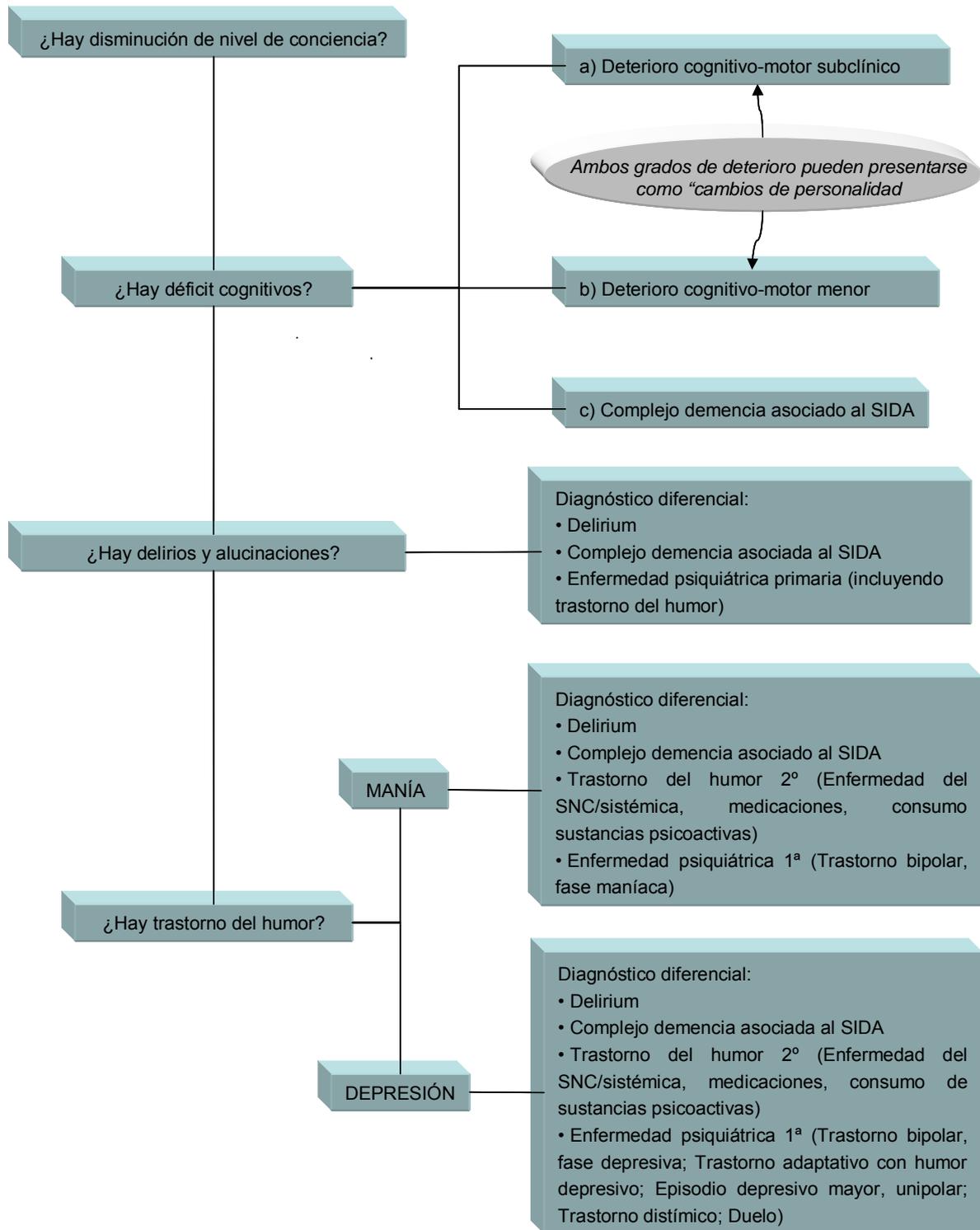
4. Síndromes Psicopatológicos (Entrevista Semiestructurada)

4.1 INTRODUCCIÓN

Al VIH se le ha llamado el “nuevo gran imitador”, porque, como la neurosífilis, su impacto en el cerebro podría dar lugar a confundirlo con enfermedades psiquiátricas primarias. Por otra parte son frecuentes los problemas psiquiátricos previos a la infección por el virus, que es conveniente distinguir de los directamente relacionados con la infección o los derivados del TAR. Una exploración bien dirigida puede ser de gran ayuda.

4.2 APROXIMACIÓN JERÁRQUICA EN LA PRIMERA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA ANTE EL PACIENTE VIH/SIDA

Ante un síntoma psiquiátrico en un paciente con infección por VIH, hay una jerarquía¹⁰ de diagnóstico diferencial que debemos tener presente. El orden de preguntas que debemos hacernos es el siguiente (Gráfico 8):



En los pacientes con infección por el VIH hospitalizados la secuencia debe ser: 1º pensar en delirium, 2º patología relacionada con consumo de sustancias, 3º complejo demencia-sida, 4º enfermedad médica, y por último, enfermedad psiquiátrica primaria.

4.3 Síndrome Confusional ó Delirium

Alteración del nivel de conciencia, de aparición brusca y presentación variable y fluctuante. Puede cursar con desorientación, dificultad para fijar la atención, afectación de la

memoria a corto y largo plazo, sintomatología psicótica (delirios y alucinaciones, más frecuentemente visuales, falsos reconocimientos, ilusiones), agitación psicomotriz y alteración del ciclo vigilia-sueño. Conviene recordar que también existe un delirium hipoactivo o silente⁹.

Procedimiento¹⁰:

1. Se trata de una urgencia médica. Requiere:
 - Examen físico, incluida exploración neurológica.
 - Historia clínica (transfusiones de sangre, conductas de riesgo, abuso de drogas y/o alcohol, medicaciones, informes médicos previos).
 - Examen mental (nivel de conciencia, atención, orientación, memoria, sensopercepción, psicomotricidad, ciclo sueño-vigilia evaluación cognitiva, cambios conductuales).
 - Test de laboratorio (hemograma, electrolitos, bioquímica, función tiroidea, B12, fólico, sedimento de orina, gasometría arterial, ECG, Rx tórax, TAC, detección de drogas en orina y sangre).
2. Diagnóstico diferencial: infecciones, neoplasias, enfermedades degenerativas (demencias), intoxicación medicamentosa, trastornos metabólicos/endocrinos, y crisis epilépticas.

4.4 Síndrome Demencial

Síndrome adquirido, producido por enfermedad orgánica que, en pacientes sin alteración del nivel de conciencia, ocasiona un deterioro persistente de varias funciones mentales superiores que provocan su invalidez funcional en el ámbito social y laboral⁹.

Distinguimos tres grados de deterioro cognitivo en el paciente VIH/sida¹⁰:

1 - Deterioro Cognitivo-Motor Subclínico

Evidencia mínima de disfunción cognitiva o motora (p.e. movimientos extremadamente enlentecidos) pero sin afectación de la vida laboral ni problemas en las actividades de la vida diaria. Marcha y fuerza normales.

2 - Deterioro Cognitivo-Motor Leve

Evidencia objetiva e inequívoca de deterioro motor o intelectual funcional, pero sin afectación de vida laboral ni de las actividades básicas de la vida diaria. Pueden caminar sin ayuda.

Ambos grados de deterioro pueden presentarse como “cambios de personalidad”.

3 - Complejo Demencia-Sida

La clínica se acerca más al patrón de una demencia subcortical, con afectación cognitiva, afectiva, motora y conductual. La conciencia de “estar enfermo” se conserva hasta muy avanzada la enfermedad

Los déficits cognitivos incluyen disminución de la atención y concentración, enlentecimiento mental, alteración de la memoria, confusión, dificultades de abstracción, resolución de problemas o conocimientos de manipulación.

- Los déficits conductuales incluyen apatía, aislamiento social, cambios de personalidad y psicosis con agitación.
- Los déficits motores incluyen pérdida de coordinación, dificultades motoras finas (escritura), anormalidades en movimientos oculares, marcha inestable, debilidad de piernas y temblor.

4.5 Síndrome Psicótico

La definición más aceptada es también la más restringida y es la que se refiere a la presentación de ideas delirantes y alucinaciones manifiestas, en ausencia de conciencia de su naturaleza patológica.

A modo orientativo, el perfil de aparición de un primer episodio psicótico en un paciente VIH, para distinguirlo de un trastorno psiquiátrico como por ejemplo la esquizofrenia, se ha descrito como sigue¹⁰:

1. Examen neurológico inicial normal (TAC y punción lumbar).
2. Ausencia de fase prodrómica.
3. Delirios de persecución, grandiosidad o somáticos. Si hay alucinaciones, más frecuentemente auditivas.
4. Trastornos del humor y conductas extravagantes.
5. Rápido deterioro clínico y cognitivo de aquellos pacientes psicóticos que tenían TAC y EEG patológicos.
6. Buena respuesta a los antipsicóticos, aunque con frecuentes efectos secundarios.

Una evaluación inicial de un paciente con infección por el VIH con síntomas psicóticos debe incluir¹¹:

- Entrevista psiquiátrica con énfasis en evaluación cognitiva, clarificando el inicio de cualquier dificultad cognitiva relativo al inicio de síntomas psicóticos.
- Una historia médica. Pensar que los síntomas psicóticos pueden ser secundarios a fármacos antirretrovirales. Revisar los cambios de medicación en los últimos 4 meses.
- Una historia de abuso de sustancias.
- Examen de laboratorio, que incluya tóxicos y serología luética.
- Si se sospecha infección oportunista en Sistema Nervioso Central (SNC) realizar pruebas de neuroimagen y punción lumbar .
- EEG, que puede distinguir un delirium hiperactivo o un episodio maníaco secundario a drogas.
- Historia psiquiátrica: las edades de inicio de una psicosis idiopática y de una infección por VIH se solapan. Pensar en esquizofrenia o trastorno bipolar.

4.6 Síndrome Depresivo

En el plano psíquico incluye tristeza, desmoralización, pérdida de autoestima y desinterés; en el somático se expresa por astenia, postración, hipoactividad, anorexia, pérdida ponderal o alteraciones del sueño.

Una evaluación inicial de un paciente con infección por el VIH con síntomas depresivos debe incluir¹¹:

- Entrevista psiquiátrica con énfasis en evaluación cognitiva, clarificando el inicio de cualquier dificultad cognitiva relativo al inicio de síntomas depresivos. La apatía, amotivación y anergia, con déficits cognitivos, y la ausencia de sentimiento subjetivo de tristeza son más sugestivos de demencia.
- Una historia médica. Los síntomas depresivos pueden ser secundarios a medicación antirretroviral.
- Una historia de abuso de sustancias.
- Examen de laboratorio, que incluya función tiroidea, niveles de testosterona, gasometría arterial, tóxicos, B12, fólico, serología luética, y bioquímica y función hepática.
- Si se sospecha infección oportunista en SNC, realizar pruebas de neuroimagen, y punción lumbar para descartarla.
- Historia psiquiátrica: pensar en enfermedad bipolar en fase depresiva, trastorno adaptativo, episodio depresivo mayor, trastorno distímico, duelo.

4.7 Síndrome Maníaco

Se caracteriza por un estado de exaltación, que se expresa en forma de hiperactividad psíquica y física. Lo principal es la presencia de un humor elevado o irritable, junto con hiperactividad en el lenguaje, pensamiento y movimiento.

- La evaluación inicial de un paciente con infección por el VIH con síntomas maníacos es similar a la del paciente psicótico, con las siguientes puntualizaciones: En la historia psiquiátrica, deben recogerse los antecedentes personales y/o familiares ya que casi siempre existen. Pensar en un trastorno bipolar en fase maníaca.
- La manía secundaria al VIH suele ocurrir tarde en el curso de la enfermedad y suele correlacionarse con demencia asociada al sida y cambios estructurales en resonancia magnética. También puede ser secundaria a fármacos.

4.8 Síndrome Ansioso

La ansiedad es un síntoma inespecífico que puede aparecer en situaciones que van desde la normalidad hasta la franca enfermedad. En el plano psíquico varía desde la inquietud y desasosiego hasta el terror, pánico o despersonalización. Los síntomas somáticos y autonómicos incluyen dolor precordial, sudoración, hormigueos, palpitaciones, hiperventilación, disnea, irritación gastrointestinal, náuseas, tensión muscular y cefaleas.

Una evaluación inicial de un paciente con infección por el VIH con síntomas de ansiedad debe incluir:

- Una historia médica:
 1. Descartar enfermedades infecciosas y etiologías metabólicas.
 2. Los síntomas ansiosos pueden ser secundarios a medicación antirretroviral (efavirenz, especialmente).
- Una historia de abuso de sustancias (especialmente estimulantes como la cocaína o metanfetamina). Explorar si hay consumo de bebidas y comidas que contengan cafeína y medicaciones "sin receta médica".
- Examen de laboratorio que incluya función tiroidea, tóxicos y serología luética.
- Si la presentación es atípica, descartar enfermedades del SNC: EEG, punción lumbar o TAC según la sospecha.
- Historia psiquiátrica previa: Frecuentemente existen antecedentes de trastornos de ansiedad.
- Explorar patrones del sueño, que incluya episodios de apnea o espasmos musculares.
- Distinguir:
 1. Ansiedad normal: se trata de una respuesta normal al estrés. (Se enfrentan con problemas médicos, cambios laborales, conflictos familiares, dificultades relacionales, privaciones económicas y la incertidumbre del proceso de la enfermedad).
 2. Ansiedad patológica:
 - Pensar en trastornos del humor, adaptativos, y los propiamente de ansiedad como el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo y fobia al sida¹⁰.
 - Discriminar si los síntomas de ansiedad son atribuibles a rasgos o trastornos de la personalidad.
 - Explorar riesgo suicida. Mayor riesgo en pacientes que sufren ataques de pánico y si concurre cuadro depresivo.
 - No olvidar evaluar exposición a violencia doméstica.

4.9 Conductas Suicidas

Los estudios más recientes demuestran que las cifras de suicidio solo son levemente mayores en los pacientes con infección por el VIH en comparación con otras poblaciones

La prevalencia de suicidio consumado es mayor en los hombres. Las edades de aparición más frecuentes son entre los 15-25 y mayores de 45 años en los hombres y de 55 años en mujeres.

El riesgo de conductas suicidas es siempre mayor en personas con antecedentes de conductas autolesivas antes del diagnóstico VIH y en aquellas con historia psiquiátrica actual o pasada, particularmente depresión, abuso de sustancias y trastorno de la personalidad.

La mayoría de pensamientos suicidas son parte de un proceso adaptativo a la enfermedad más que síntoma de depresión.

Existe un riesgo mayor de conductas autolesivas en dos momentos¹²:

1. Inmediatamente después del diagnóstico VIH, sobre todo si es algo inesperado o se da esta noticia en un clima falto de empatía, de frialdad afectiva.
2. En infección VIH avanzada, sobre todo si la persona sufre serios problemas de salud y efectos secundarios a los tratamientos antirretrovirales.

La evaluación del riesgo suicida en un paciente con infección por el VIH debe incluir:

1. Historia familiar de suicidio, pérdidas parentales tempranas, trastornos del humor, desestructuración familiar.
2. Enfermedad psiquiátrica: alucinaciones auditivas, trastornos del humor, abuso de sustancias, intentos previos de suicidio.
3. Enfermedad médica: cronicidad, terminal, dolor, medicaciones.
4. Factores conductuales: cambios conductuales, mensajes de despedida, aislamiento social.
5. Letalidad: acceso a medios potencialmente mortales, método del intento, posibilidad de salvarse, programación del plan suicida, intentos previos.
6. Factores de riesgo VIH/sida: estadio de la enfermedad, aislamiento social, miedo a la progresión de la enfermedad, dolor no controlado.
7. Factores sociales: evaluar la percepción de apoyo del propio paciente más que el número real de personas disponibles.

La evaluación de un paciente con infección por el VIH que cometió un acto autolesivo debe incluir¹²:

1. Identificar las circunstancias que llevaron al acto. Esto puede ayudarnos a valorar en qué medida la infección por el VIH condujo a ideación e intención suicida, o por el contrario, qué otros factores contribuyeron.
2. Determinar el grado del intento suicida. Son necesarias preguntas sagaces para discernir la gravedad del acto (si estaba solo, si esperaba la llegada de alguien, si lo planificó, si dejó una nota de despedida).
3. Evaluar el riesgo actual de suicidio. Es importante saber si persiste la ideación suicida, si tiene cobertura social.
4. Explorar si existe un trastorno psiquiátrico, por ejemplo si sufre de un trastorno depresivo mayor.
5. Identificar la necesidad de intervención psiquiátrica urgente. Valorar qué clase de ayuda necesita la persona, si precisa de medicación psiquiátrica o si requiere ingreso.

4.10 RECOMENDACIONES

- En todo paciente con un primer episodio psicótico no debemos pasar por alto la posibilidad de una infección por el VIH, sobre todo si tiene prácticas de riesgo. (Nivel B)
- En cualquier paciente con infección por el VIH que presenta un primer episodio psiquiátrico, siempre hay que pensar de inicio en una causa orgánica: delirium, deterioro cognitivo, abuso de sustancias, cuadros secundarios a enfermedades sistémicas o del SNC, etc. (Nivel C)
- A lo largo de la enfermedad por el VIH es preciso tener siempre en cuenta la depresión. (Nivel C)

5. Trastornos cognitivos y demencia

5.1 INTRODUCCIÓN

Las dificultades cognitivas son frecuentes en la infección por el VIH, por lo que la evaluación de la función cognitiva debería formar parte del proceso diagnóstico y de tratamiento

Persiste aún un cierto estigma asociado al mal pronóstico que el daño cognitivo implica en el sida, ya que al inicio de la pandemia este era un factor que predecía la peor evolución y un “exitus” cercano. Hoy la situación ha cambiado radicalmente y es importante recordar que la prevalencia de estos trastornos ha disminuido con el avance en eficacia de los nuevos tratamientos antirretrovirales.

5.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS TRASTORNOS COGNITIVOS ASOCIADOS AL VIH.

La Academia Americana de Neurología (AAN, 1991)¹³ clasifica en tres estadios los niveles de funcionamiento cognitivo en el VIH:

- a. Déficit neuropsicológico en un área o daño neuropsicológico en 2 ó más áreas.
- b. Trastorno Cognitivo y Motor Menor (TCMM-VIH).
- c. Demencia asociada al VIH (D-VIH).

Criterios diagnósticos del Trastorno Cognitivo y Motor Menor (TCMM-VIH) y de la Demencia (D-VIH) asociados al VIH (Tabla 2).

TCMM-VIH

1. Anomalías cognitivo/motor/conductuales
 - a) Al menos 2 de los siguientes síntomas durante al menos 1 mes:
 1. Trastorno de la atención o concentración
 2. Lentitud mental
 3. Trastorno de la memoria
 4. Movimientos enlentecidos
 5. Alteraciones de la coordinación
 6. Cambios en la personalidad, irritabilidad o labilidad emocional
 - b) Anomalía cognitivo/motora adquirida comprobada por examen neurológico clínico o evaluación neuropsicológica (destreza manual, habilidades motoras perceptivas, velocidad de procesamiento de la información, capacidad de razonamiento abstracto, capacidades viso espaciales, déficit de memoria/aprendizaje, alteraciones del lenguaje)
2. Los criterios de 1, causan un trastorno leve en el trabajo o en las actividades de la vida diaria (AVD)
3. No hay criterios de Demencia o Mielopatía asociadas a VIH
4. No hay evidencia de otra etiología (infección o tumor del SNC, enfermedad sistémica severa, uso activo de alcohol o drogas, trastorno adaptativo u otro trastorno psiquiátrico)
5. Seropositividad VIH

D-VIH

Cada uno de los siguientes:

1. Anomalía adquirida en al menos 2 de las siguientes áreas cognitivas, de al menos 1 mes de duración: atención/concentración, velocidad de procesamiento de la información, capacidad de razonamiento abstracto, capacidades viso espaciales, déficit de memoria/aprendizaje, alteraciones del lenguaje.
La disfunción cognitiva causa una repercusión negativa en el trabajo o en las AVD, que no es atribuible a enfermedad sistémica severa.
2. Al menos 1 de los siguientes:
 - Anomalías adquiridas de la función motora, verificada por examen neurológico, tests neuropsicológicos o ambos
 - Disminución de la motivación o del control emocional, o cambio en la conducta social
3. Ausencia de enturbiamiento de la consciencia
4. No evidencia de otra etiología, como infección o tumor del SNC, enfermedad sistémica severa, uso activo de alcohol o drogas, o abstinencia a las mismas, u otro trastorno psiquiátrico, incluida la depresión.
5. Seropositividad VIH

Estudios relevantes de alto nivel de evidencia (nivel A).

- a) Un meta-análisis de 41 estudios (incluyendo 8616 sujetos) señala que en general la progresión de la enfermedad se correlaciona con daño neuropsicológico de menos a más daño en los controles, sujetos asintomáticos, sintomáticos y pacientes con

sida¹⁴. En los estadios más avanzados de la enfermedad los déficits motores fueron más relevantes, así como en las funciones ejecutivas, procesamiento de la información, lenguaje expresado, memoria y en menor medida atención y concentración.

La progresión del déficit cognitivo parece seguir una pauta fronto-subcortical, afectándose primero áreas motoras y ejecutivas; esta pauta se pierde conforme la enfermedad progresa afectándose capacidades como las visoespaciales y la memoria, que son menos dependientes de los circuitos fronto-subcorticales.

Como en todo meta-análisis hay mucha variabilidad en los instrumentos de medición, por otra parte las variables psicosociales de las distintas muestras pueden influir en los resultados: nivel de formación, presencia de trastornos afectivos, comorbilidad médica o historia previa de uso de sustancias.

- b) Un estudio prospectivo/longitudinal de 8 años, con evaluaciones regulares cada 6 meses de las funciones cognitivas, da resultados muy concordantes con el meta-análisis citado antes, revelando un mayor declive cognitivo conforme progresa la enfermedad¹⁵. De las áreas evaluadas, las más afectadas fueron la velocidad motora fina y la velocidad de procesamiento de la información.

5.3 EVOLUCIÓN DEL DECLIVE COGNITIVO

Hay muchas posibilidades de evolución del déficit cognitivo en la enfermedad por VIH, desde frecuentes fluctuaciones hasta déficits establecidos sin mayor progresión, ó empeoramientos episódicos, asociados o no con la enfermedad sistémica. Si hay un cuadro con enfermedad avanzada en el SNC la progresión del déficit cognitivo será más rápida. Este grupo de progresión rápida suele presentar un sida totalmente desarrollado.

En todos los grupos la presencia de signos cognitivos predice un peor pronóstico; esto fue muy evidente en los inicios de la epidemia, cuando no existían tratamientos eficaces, momentos en que la presencia de un trastorno cognitivo incluso leve, no digamos una demencia totalmente instaurada, solía predecir un desenlace fatal.

Y es que en general la presencia de trastornos de la esfera cognitiva se correlaciona con un peor funcionamiento psicosocial, que conlleva una disminución de la calidad de vida, una peor adherencia a los tratamientos y menor supervivencia.

En pacientes sintomáticos hay una correlación entre el déficit cognitivo y el grado de atrofia de la sustancia gris y blanca en la resonancia magnética cerebral.

5.4 EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

La evaluación cognitiva es siempre una tarea complicada, y frecuentemente cada grupo de trabajo o Unidad Clínica usa su propia batería neuropsicológica. Los tests pueden ir desde simples instrumentos de despistaje como el Test Mini Examen Cognoscitivo¹⁶ (MMS), ampliamente usado en el campo de la evaluación de las demencias, hasta entrevistas estructuradas para medir los déficits cognitivos, derivadas también del campo de las demencias, como la Entrevista Estructurada para el Diagnóstico de Demencias (SIDAM), que fue usada en tiempos pioneros por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en estudios multinacionales de la infección por el VIH, para discriminar daño cognitivo.

El Instituto Nacional de Salud Mental de los EEUU ha dispuesto una amplia batería de tests para evaluar el estado cognitivo en el sida (Tabla 3).

Área a estudiar	Test			
Inteligencia premórbida	<i>Vocabulario del WAIS *</i>	Test de lectura Nacional para adultos		
Atención	Span de dígitos	Span visual		
Velocidad de procesamiento	Test de adición seriada auditiva	Tiempo de reacción de elección simple		
Memoria	<i>Test de aprendizaje verbal de California*</i>	Test de Memoria de Trabajo		
Capacidad de Abstracción	<i>Trail Making test**</i>	Test de categorías		
Lenguaje	Test de nominación de Boston	Test de fluencia de letras y categorías		
Capacidad Visoespacial	Sustitución simbólica de símbolos			
Capacidad Visoconstructiva	Test de diseño de bloques	Test de performance táctil		
Habilidades motoras	Test de los dedos	Fuerza de grip		
Evaluación Psiquiátrica	HIV-Dementia Scale	HADS: Hospital Anxiety and Depresión Scale *	HADS: Hospital Anxiety and Depresión Scale *	Examen Mini Cognoscitivo (Mini-Mental y Test del Trazo B (TMT B)*)

*Recomendado; **Muy recomendado

5.4.1 Comentarios a los Tests Neuropsicológicos

Lo más significativo de estas evaluaciones es que los resultados de los tests neuropsicológicos correlacionan bien con los déficits funcionales. Los campos más correlacionados son: funciones ejecutivas y de abstracción, aprendizaje, atención y memoria de trabajo y capacidad verbal. Éstas deberán ser por tanto las áreas mejor evaluadas.

Finalmente hay que señalar que evaluar las quejas cognitivas subjetivas es una tarea muy importante, sobre todo si son corroboradas por un tercero (las quejas cognitivas subjetivas están en relación inversa con el déficit neuropsicológico en algún estudio).

Probablemente se debería hacer siempre una exploración neuropsicológica completa, pero esto no es siempre posible en la labor clínica cotidiana. Un MMS debería hacerse siempre que tras la entrevista se sospeche una reducción de las funciones cognitivas (memoria, orientación, y si en el MMS el punto de corte baja de 24/30, se debería entonces proceder a hacer una prueba más específica: SIDAM, CAMDEX). Hay escalas sencillas específicas (HIV-Dementia Scale)¹⁷ que podrían ser útiles como instrumentos de filtro.

5.5 POBLACIONES ESPECIALES

5.5.1 Niños

Lo cognitivo es muy difícil de evaluar en el recién nacido al igual que en el lactante. Los estudios en edad escolar son poco concluyentes; algunos estudios señalan que no aparece daño cognitivo en los niños con infección por el VIH, y que cuando existe no sigue pauta alguna.

5.5.2 Mayores

La prevalencia de demencia en los mayores de 50 años es tres veces superior a la que se encuentra en adultos de menos de 50. Varias razones pueden explicar esta mayor prevalencia: la comorbilidad médica, los mecanismos degenerativos del SNC asociados a la edad, el grado de inmunosupresión antes del advenimiento de las terapias antirretrovirales eficaces. El tiempo de reacción está significativamente más retardado en los mayores, mientras que los déficits en memoria y aprendizaje parecen independientes de la edad.

5.6 CONCLUSIONES

1. Las quejas y dificultades cognitivas son frecuentes en la enfermedad causada por el VIH.
2. La evaluación de la función cognitiva debería de formar parte del proceso diagnóstico y de tratamiento; puede ser útil además para que el médico pueda indicar unas u otras intervenciones psicoterapéuticas.
3. Los trastornos cognitivos más importantes asociados a la infección por el VIH son:
 - a. Déficit neuropsicológico en un área o daño neuropsicológico en 2 ó más áreas.
 - b. Trastorno Cognitivo y Motor Menor (TCMM-VIH).
 - c. Demencia asociada al VIH (D-VIH).
4. El daño cognitivo disminuye seriamente la calidad de vida de los pacientes y disminuye la ya difícil adherencia al tratamiento antiviral.
5. El déficit cognitivo una vez instaurado y en especial una demencia, que implica una importante reducción de la autonomía funcional, supone un factor pronóstico negativo en la evolución del proceso.

5.7 RECOMENDACIONES

- **Se recomienda evaluar el estado cognitivo del paciente con infección por VIH como parte del protocolo de seguimiento, y realizando al menos una evaluación basal y posteriormente anual. (Nivel C)**
- **Se recomienda pasar una prueba sencilla, aunque no sea la ideal, por ejemplo el Mini Mental o test del Trazo B (TMT-B). (Nivel C)**
- **Se recomienda explorar la presencia de síntomas de ansiedad y/o depresión en caso de trastornos de funciones intelectuales con síntomas emocionales. (Nivel B)**
- **Se debe explorar la autonomía funcional del paciente, cuando se detecta un fallo cognitivo, para descartar una demencia. (Nivel C)**

6. Trastornos del estado de ánimo

6.1 INTRODUCCIÓN

Dentro de los trastornos del estado de ánimo se incluyen básicamente la depresión, la distimia (de igual tratamiento, pero que se diferencia, básicamente, en la intensidad y duración de los síntomas), la manía y el trastorno bipolar. Todos estos trastornos pueden estar presentes antes del diagnóstico de infección por el VIH o aparecer posteriormente a éste.

El diagnóstico de depresión suele ser complicado ya que algunos de sus síntomas pueden también ser manifestaciones de enfermedades orgánicas. En la infección por el VIH la depresión implica: dificultad en el diagnóstico, infradiagnóstico e infratratamiento, se asocia a un peor pronóstico y calidad de vida, y mayor riesgo de suicidio.

6.2 CLÍNICA

En la Tabla 4 se hace referencia a la clínica de cada trastorno del estado de ánimo y posteriormente se estructura el procedimiento diagnóstico.

Tabla 4: Clínica de los trastornos afectivos

	Epidemiología	Clínica	Escalas	Comentarios
Depresión	- Prevalencia: 4-26% ¹⁸⁻²¹ - Más frecuente en mujeres (igual que en la población general) y homosexuales ²⁰	-Mínimo de 2 semanas -Bajo estado de ánimo -Disminución del interés -Pérdida o aumento del apetito -Insomnio o hipersomnia -Enlentecimiento psicomotor -Fatiga -Sentimientos de inutilidad -Disminución de la capacidad para pensar -Pensamientos de muerte	-HAM-D -Inventario de depresión de Beck -MADRS -HADS (no aparecen síntomas orgánicos)	-Diagnóstico diferencial con el complejo demencia-SIDA
Distimia	Prevalencia: 0-13% ²¹	-2 años, sin más de 2 meses sin clínica -Igual que la depresión	-Igual que la depresión	
Manía*	- Prevalencia: 4-8% ¹⁸ - Suele aparecer de forma previa al diagnóstico de VIH o en fases muy avanzadas de la enfermedad	-Mínimo de 1 semana -Autoestima exagerada o grandiosidad -Disminución de horas de sueño sin astenia -Verborrea -Fuga de ideas o pensamiento acelerado -Hiperactividad -Implicación excesiva en actividades placenteras (compras, desinhibición sexual, inversiones económicas,...)	-Young	-Mayor severidad y curso que la presente en VIH (-) ¹⁸ -Mayor presencia de irritabilidad y síntomas psicóticos ¹⁸ -Mayor presencia de trastorno bipolar, ciclotimia y temperamento hipertímico en pacientes VIH (+)

*Causas de manía en el paciente VIH+: criptococosis meníngea, demencia asociada al VIH, farmacológica (lamivudina, efavirenz, didanosina, corticoterapia, etc), trastorno bipolar y tóxicos (cocaína, etc), etc^{22,23}

efavirenz que provoca en más de la mitad de los pacientes síntomas neuropsiquiátricos. Habitualmente desencadena nerviosismo, insomnio, cambios del comportamiento (sobre todo agresividad) pero también, con menos frecuencia, desde síntomas maníacos hasta depresivos. Normalmente, esta toxicidad aparece durante las primeras semanas de administración y con el tiempo desaparece, aunque en un 5% de los pacientes debe retirarse el fármaco de forma definitiva.

6.4 TRATAMIENTO

6.4.1 Manía y Trastorno Bipolar^{18,20}

Si el episodio es de escasa intensidad se puede iniciar tratamiento con antipsicóticos a dosis bajas, pero lo más recomendable es la derivación al psiquiatra e incluso valorar la indicación de ingreso. Existen escasos estudios de esta patología en la infección por el VIH.

Fármacos antipsicóticos: los pacientes con infección VIH son más sensibles a los efectos secundarios extrapiramidales, por este motivo son de elección los antipsicóticos atípicos, que presentan una menor incidencia de dicha clínica. Hay que tener siempre la precaución de iniciar el tratamiento con dosis bajas e ir las aumentando progresivamente en función de la tolerancia y la eficacia.

Los más utilizados son:

- Risperidona: 1-6 mg/día (dosis estándar)
- Olanzapina: 5-20 mg/día. Presenta un perfil más sedativo y está poco indicada en pacientes con alteraciones del metabolismo de los lípidos y de los hidratos de carbono.
- Quetiapina: 100-800 mg/día. Es sedativo.

Estabilizadores del estado de ánimo: los tres fármacos que se utilizan por excelencia en esta patología deben ser monitorizados estrechamente para evitar dosis tóxicas del fármaco. Además, diversas circunstancias pueden hacer variar la concentración plasmática de estos fármacos sin que se haya variado su dosis: insuficiencia renal o hepática y tratamiento con otros fármacos inductores o inhibidores de su metabolismo. Estos tres fármacos son:

- Litio: 800-1200 mg/día. Ventana terapéutica 0,6-1 mEq/l. Indicado en insuficiencia hepática. Contraindicado en insuficiencia renal, puede provocar alteraciones tiroideas y agravar una patología cutánea pre-existente. Hay que vigilar las concentraciones plasmáticas en caso de diarrea, pérdida de líquidos y durante el uso de diuréticos.
- Ácido valproico: 750-1250 mg/día. Niveles terapéuticos: 45-125 µg/ml. Se aumenta su concentración plasmática con la administración de antibióticos y cuando existe hipoalbuminemia. Indicado cuando existen alteraciones en el sistema nervioso central (SNC) que sean la causa de los síntomas clínicos. Su administración conjunta con zidovudina puede potenciar la toxicidad hematológica de esta última. Hepatotóxico
- Carbamacepina: 400-600 mg/día. Aumenta el metabolismo de los inhibidores de la proteasa (indinavir) y de los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de los nucleósidos (delavirdina). Su concentración plasmática se ve aumentada con la coadministración de ritonavir.

6.4.2 Depresión y Distimia ^{18,19,20,24}

Se recomienda derivar al paciente al psiquiatra para iniciar tratamiento con antidepresivos. Siempre hay que valorar el riesgo autolítico ya que puede ser una de las indicaciones de ingreso hospitalario.

Antidepresivos: Tabla 5. Existen diferentes familias: ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), IRNA (inhibidores de la recaptación de noradrenalina), IRSN (inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina), ADT (antidepresivos tricíclicos), IMAOs (inhibidores de la monoamina-oxidasa, debido a las interacciones farmacológicas y alimentarias no están indicados) y otros.

Psicoterapia: terapia cognitivo conductual y psicoterapia interpersonal; ambas se han demostrado eficaces junto con el tratamiento farmacológico y en terapia única.

Tabla 5: Fármacos antidepresivos

Fármaco		Dosis (mg/d) utilizadas	Interacciones	Comentarios	Estudios positivos
ISRS	Fluoxetina	20-60	Nevirapina: ↓ niveles fluoxetina Fluoxetina: ↑ niveles efavirenz, ritonavir, delavirdina, lopinavir, nelfinavir	Primera elección. Existe un estudio en el que los pacientes de raza negra responden peor a la fluoxetina	- Vs placebo (A) - Vs paroxetina y sertralina (B) - Vs sertralina - Resistentes a imipramina (C)
	Paroxetina	20-60	Ritonavir: ↑ niveles paroxetina	Primera elección, útil en casos de comorbilidad con ansiedad	- Estudio abierto (C) - Vs fluoxetina y sertralina (B) - Vs imipramina y placebo (A)
	Fluvoxamina	50-300	Nevirapina: ↓ niveles fluvoxamina Fluvoxamina: ↑ niveles lopinavir, efavirenz, ritonavir, delavirdina, nelfinavir		- Estudio abierto (C)
	Citalopram	20-60	Ritonavir: ↑ niveles citalopram	Útil en comorbilidad con ansiedad	- Estudio abierto (C)
	Escitalopram	10-40			No existen estudios
	Sertralina	50-200	Ritonavir: ↑ niveles sertralina		- Estudio abierto (C) - Vs fluoxetina - Vs fluoxetina y paroxetina (B)
IRNA	Reboxetina	4-8			- Estudio abierto (C)
IRSN	Venlafaxina	75-300	Ritonavir: ↑ niveles venlafaxina Venlafaxina: ↓ niveles indinavir	Indicado en depresión resistente a ISRS. Útil en dolor neuropático.	No existen estudios
	Duloxetina	30-120		Indicado en depresión resistente a ISRS. Útil en dolor neuropático.	No existen estudios
ADT	Imipramina	100-300		En dosis bajas es útil para el tratamiento del insomnio o del dolor neuropático (p. ej: 25 mg de amitriptilina, que no tienen efectos antidepresivos probados en VIH+) Vigilar los efectos anticolinérgicos	- Estudio abierto (C) - Vs placebo (A) - Vs paroxetina y placebo (A)

Fármaco		Dosis (mg/d) utilizadas	Interacciones	Comentarios	Estudios positivos
Otros	Nefazodona	150-300	Nefazodona: ↑ niveles efavirenz e indinavir	Vigilar sus efectos hepatotóxicos. No disponible en España.	- Estudio abierto (C)
	Trazodona	75-300	Ritonavir: ↑ niveles trazodona	Útil en el tratamiento del insomnio	
	Mirtazapina	15-45		Útil sobretodo para aumentar peso, tratar el insomnio y disminuir las náuseas	No existen estudios
	Bupropion	300	Nelfinavir, ritonavir y efavirenz: ↑ niveles bupropion	Utilizado también como deshabitador del tabaco Descritos virajes a manía	- Estudio abierto (C)

ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

IRNA: inhibidores de la recaptación de noradrenalina

IRSN: inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina

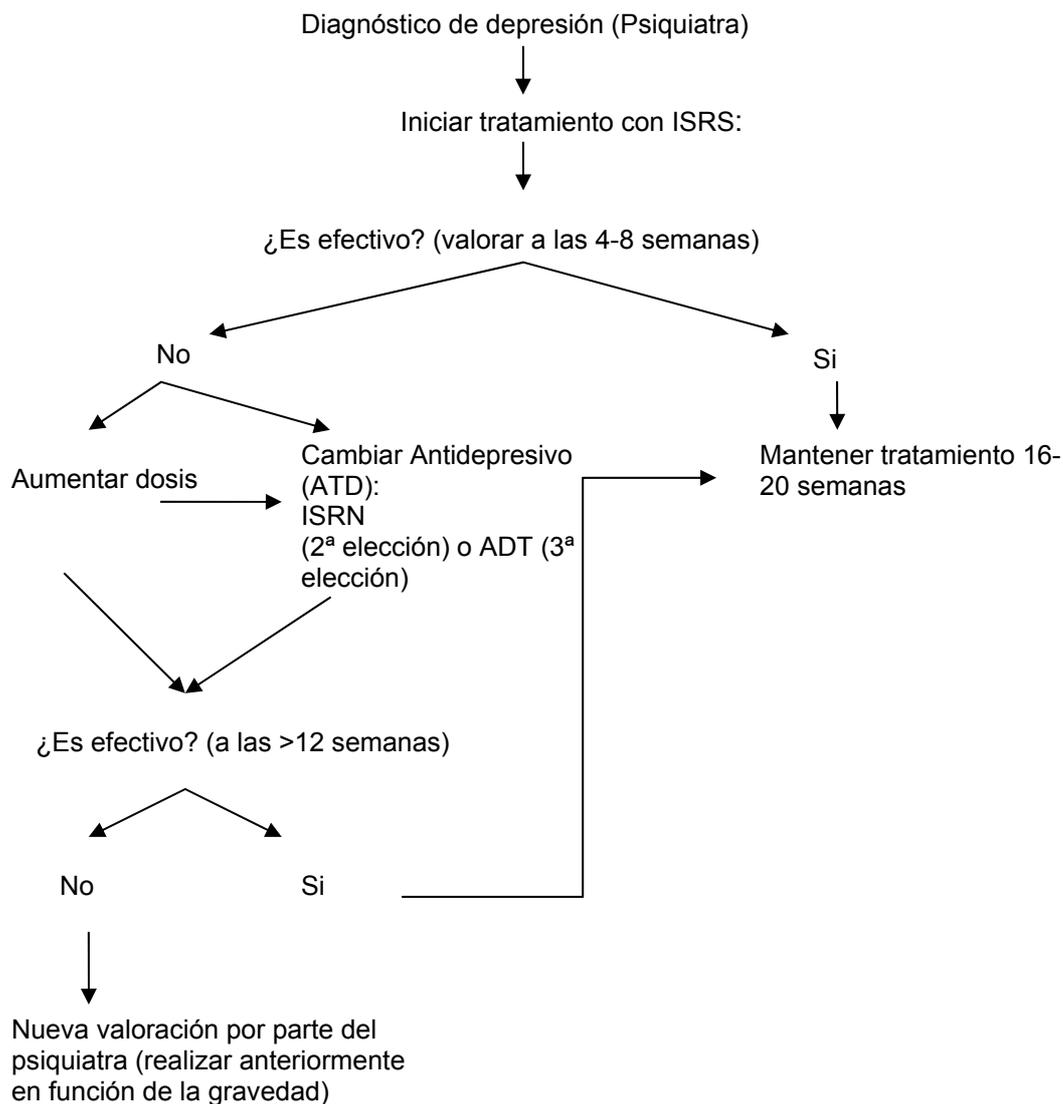
ADT: antidepresivos tricíclicos

Vs: versus

P. ej.: por ejemplo

EEUU: Estados Unidos de América

ÁRBOL TERAPÉUTICO (Gráfico 10)



6.5 RECOMENDACIONES

- Se debe interrogar siempre la presencia de sintomatología depresiva, e iniciar el tratamiento correcto en caso de episodio depresivo (Nivel C)
- Se recomienda ingreso psiquiátrico ante ideación autolítica, (Nivel C)
- Se recomienda el uso de ISRS como antidepresivos de primera elección (Nivel A)
- En caso de asociación de ansiedad o insomnio, se recomienda añadir una benzodiazepina u optar por un antidepresivo sedativo.(Nivel B)
- En caso de presencia de sintomatología maniforme, y tras descartar su posible origen orgánico, se recomienda remitir al paciente al psiquiatra de referencia, con carácter urgente. (Nivel C)

7. Trastornos de ansiedad en el VIH/SIDA

7.1 TRANSTORNO DE ANSIEDAD

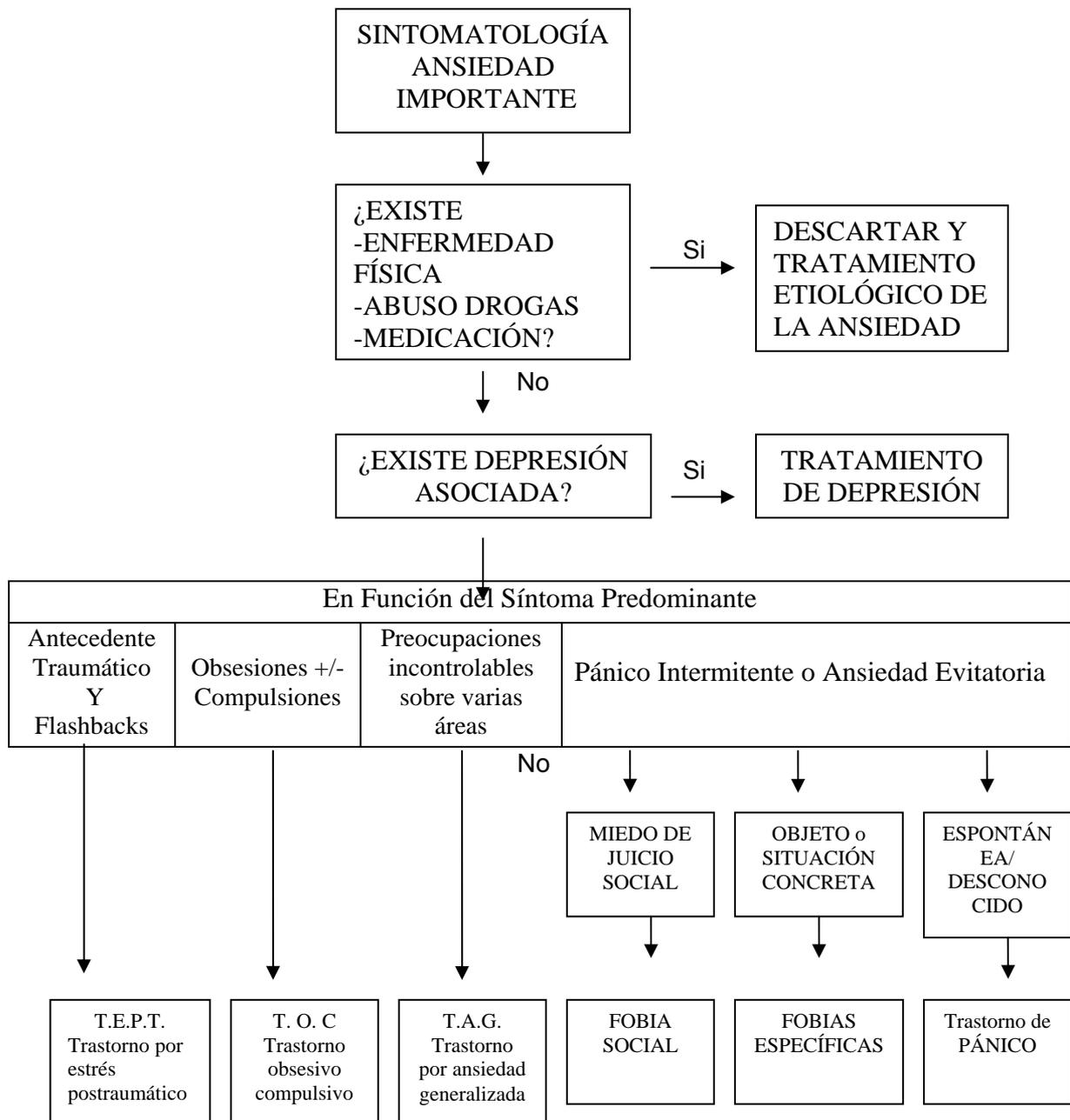
7.1.1 INTRODUCCIÓN

Las clasificaciones diagnósticas que actualmente se utilizan para estructurar distintos trastornos de ansiedad son la ICD-10 de la OMS y la DSM-IV de la *American Psychiatric Association* y serán nuestros puntos de referencia a la hora de conceptualizar los trastornos de ansiedad.

La importancia de la evaluación y el tratamiento de los pacientes con trastornos de ansiedad es debida a:

- la alta prevalencia en los pacientes con infección por el VIH²⁵
- la alta comorbilidad con depresión y abuso de sustancias^{26,27}, y como consecuencia, la dificultad de adhesión al tratamiento antirretroviral¹⁹
- la influencia de la ansiedad en el estado físico, como afectación de niveles hormonales (bajo nivel matutino de cortisol), del sistema inmune, y mayor progresión de la enfermedad²⁷

7.1.2 CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA (Gráfico 11)



Síntomas clínicos de ansiedad resumidos de las guías diagnósticas de la CIE- 10 (Organización Mundial de la Salud 1992) y DSM- IV (American Psychiatric Association, 1994).

7.1.3 MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

1. Evaluación diagnóstica:
 - a. Diagnóstico de ansiedad
 - b. Diagnóstico diferencial de ansiedad 2ª y depresión
2. Medidas terapéuticas:
 - a. Medidas saludables y recursos personales del paciente
 - b. Psicoterapia y *counselling*

- c. Medicación
- d. Revisar: diagnóstico, dosis, tiempo, adhesión al tratamiento y comorbilidad

A.- Despistaje de ansiedad secundaria

1. Anamnesis: evaluación de la medicación reciente, abuso de sustancias, historia psiquiátrica previa, consumo de alimentos y bebidas estimulantes, patrones de sueño, episodios de apnea o movimientos involuntarios, acontecimientos vitales, antecedentes de tentativa de suicidio, violencia doméstica, etc.
2. Pruebas diagnósticas: hemograma, bioquímica, función tiroidea, análisis de orina, tóxicos en orina, ECG, EEG, TAC craneal, punción lumbar según los casos.

7.1.4.2 Actitud terapéutica (Tabla 6)

La Psicoterapia es un término que describe el proceso de cambio en los sentimientos o acciones en base a la relación con el terapeuta. Aunque muchos tipos de psicoterapia requieren entrenamiento para el desarrollo de sus técnicas, la desmoralización que surge de las circunstancias de la vida, tales como la infección por el VIH y todas las que conllevan miedo y sufrimiento, pueden responder bien a una interacción de apoyo no estructurada con el médico que le provee del resto de cuidados. Para ello es importante que en la relación médico-paciente se tengan en cuenta determinados aspectos psicoterapéuticos:

- Cuidar la relación médico-paciente
- Información clara y precisa del proceso y evolución, adecuándose al ritmo que vaya requiriendo el paciente dado su propio proceso de elaboración
- Favorecer la percepción del paciente de control de la enfermedad
- Explorar afrontamientos y recursos personales que fueron válidos y que le pueden ayudar en la mejor adaptación a la enfermedad
- Facilitar la escucha, expresión de emociones y alivio del sufrimiento
- Fomentar aspectos positivos y áreas conservadas
- Favorecer redes sociales de apoyo
- Explorar y potenciar recursos familiares para la continuidad de cuidados
- Favorecer formación de grupos de autoayuda.

En cuanto a la psicoterapia más específica en los trastornos de ansiedad y que se debe realizar por especialistas cabe citar la psicoterapia comportamental, tanto la exposición cómo la relajación, la psicoterapia cognitiva y la terapia cognitivo-conductual²⁸.

Son útiles también el *counselling* y los grupos de apoyo y de autoayuda¹⁹

La medicación puede ser necesaria cuando los síntomas de ansiedad son graves y no responden a la psicoterapia. El tratamiento temprano mejora el pronóstico y limita el daño, pero el clínico puede esperar a tratar otras potenciales fuentes de ansiedad antes de prescribir fármacos para la ansiedad.

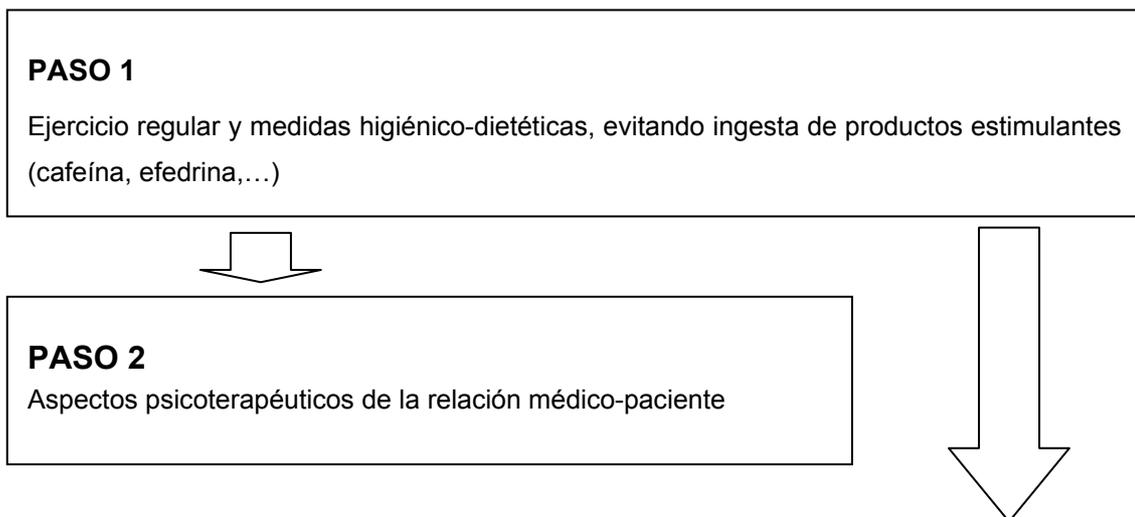
- Los ISRS son la primera línea de tratamiento farmacológico para varios trastornos de ansiedad como la ansiedad generalizada, fobia social, trastornos obsesivo-compulsivos y trastorno de estrés postraumático. Todos los ISRS tienen la misma eficacia y se dan a dosis más altas que para los trastornos depresivos. Es aconsejable un seguimiento médico cada 2 semanas. El tratamiento farmacológico con ISRS debe mantenerse durante 12 semanas para ver la efectividad terapéutica y, si es satisfactoria, mantenerlo al menos 6 meses más²⁸.
- Las benzodiacepinas son la elección en cuadros agudos, para ansiedad grave y por periodos recortados de tiempo (2 a 6 semanas). Son efectivos tanto en la

ansiedad leve como en los trastornos de ansiedad grave. Las benzodiacepinas más utilizadas son las de alta potencia y vida media corta o media: loracepam (0,5-2 mg), alprazolam (0,5-1 mg) y clonacepam (0,25-2 mg)²⁵.

Las benzodiacepinas deben utilizarse con precaución y en algunos pacientes evitarse por los siguientes motivos¹⁹:

- Interacción con los inhibidores de la proteasa: pueden elevar sus niveles en sangre.
- Los pacientes con infección por el VIH son especialmente sensibles a sus efectos 2º como, la amnesia anterógrada y las reacciones paradójicas (desinhibición, confusión, etc) por lo que hay que tener especial cuidado si presentan deterioro cognitivo. Es mejor utilizar las benzodiacepinas de vida media corta y media y sin metabolitos activos.
- Riesgo de habituación, de tolerancia y abuso, motivo por el que sólo se deberían utilizar en cortos periodos de tiempo para evitar el síndrome de abstinencia en la discontinuación del tratamiento.
- Potencian los efectos depresores del SNC provocados por el alcohol o los opiáceos.
- **Otros fármacos** de segunda línea incluyen:
 - La bupiriona es un agonista parcial de la serotonina y se ha mostrado eficaz en el tratamiento de los trastornos de ansiedad severos. Presenta poco riesgo de abuso, la sedación es mínima y no induce síndrome de abstinencia. El inconveniente es que es de acción tardía, comenzando a notarse sus efectos tras 4 semanas de tratamiento. La dosis habitual de bupiriona es de 5-10 mg tres veces al día hasta 45-90 mg/día incrementado la dosis poco a poco en 2 semanas¹⁹
 - Los neurolépticos sedativos a dosis baja en ansiedad psicótica y si hay contraindicación de benzodiacepinas,
 - El propranolol y antidepresivos sedativos

TABLA 6. Actitud terapéutica



PASO 3 Medicación

1. **Tratamiento agudo** y en periodos recortados benzodicepinas de vida media corta o media y alta potencia
2. **Tratamiento de mantenimiento:** los inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS) son la primera línea de tratamiento de la ansiedad, especialmente en crisis de ansiedad, trastornos fóbicos, obsesivo-compulsivos y TEPT.
3. Otros de 2ª línea Buspirona, antipsicóticos, propranolol...

PASO 4 No respuesta al tratamiento

1. Reconsiderar el diagnóstico inicial
2. Confirmar adherencia al tratamiento
3. Ajustar dosis o duración del tratamiento
4. Despistaje de comorbilidad psiquiátrica: abuso de sustancias, trastornos obsesivo-compulsivos, depresión...

PASO 5 Derivación a Psiquiatría

1. Si no mejora a pesar de las medidas anteriores
2. Si aparecen síntomas psicóticos, síntomas depresivos con ideación suicida no controlable, o síntomas obsesivos –compulsivos
3. Si la relación médico paciente se ha bloqueado e impide la progresión del tratamiento

7.2 TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)

Es un trastorno psiquiátrico bien reconocido que se presenta después de un suceso traumático grave. Los pacientes reexperimentan fenómenos como pesadillas y pensamientos angustiantes recurrentes sobre el suceso, surge evitación o entumecimiento de la sensibilidad general al hablar del mismo y si se les recuerda el suceso traumático, experimentan separación y distanciamiento de otras personas, sufren también hipersensibilidad como trastornos del sueño, mayor irritabilidad e hipervigilancia²⁹.

Las mujeres, las personas con problemas mentales previos, los traumas repetidos y los trastornos de personalidad tienen mayor riesgo de desarrollar TEPT³⁰. Las intervenciones psicológicas han resultado eficaces en el tratamiento del TEPT desde su concepción. El tratamiento farmacológico también ha demostrado su utilidad³¹

7.3 RECOMENDACIONES

- **Se recomienda el tratamiento farmacológico cuando hay comorbilidad con**

depresión moderada o severa (Nivel A).

- En los tratamientos de ansiedad, si no se ha empezado y comprobado la eficacia de cada uno de ellos como tratamiento único, no está recomendado combinar de forma sistemática e inicial el tratamiento psicológico con el tratamiento farmacológico (Nivel A), salvo en trastornos de pánico para los que no hay tal evidencia.
- Los tratamientos psicológicos pueden reducir los síntomas del trastorno por estrés postraumático, sobre todo los tratamientos centrados en el trauma (Nivel A).
- En trastornos de pánico, la terapia cognitiva con exposición puede reducir mejor la tasa de recaída que el tratamiento farmacológico (Nivel A).
- Los ISRS son efectivos en los trastornos de ansiedad en general y adecuados como primera línea de tratamiento (Nivel A). Las dosis más altas de ISRS pueden ir asociadas a más altas tasas de respuesta (nivel A).
- Para valorar la eficacia de los ISRS es necesario que el tratamiento farmacológico con ISRS se mantenga al menos 12 semanas (Nivel A) y si ha habido respuesta a las 12 semanas, debe continuarse durante 6 meses más.
- Las benzodiacepinas son efectivas para muchos trastornos de ansiedad pero, por los efectos secundarios y la dependencia, deben ser utilizadas el mínimo tiempo posible y si hay resistencia a otros tratamientos (Nivel C).
- Los antidepresivos son superiores a placebo en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada. Paroxetina e Imipramina presentan una eficacia y tolerabilidad similares (Nivel A).

8. Trastornos de personalidad

8.1 INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la personalidad (TP) se definen en el DSM-IV-TR como “un patrón permanente de experiencia interna y de conducta, que se aparta de las expectativas de la cultura del sujeto y que se manifiesta en dos o más de las siguientes áreas: cognición, afectividad, relaciones interpersonales o control de impulsos”.

Además, este patrón debe manifestarse en una amplia gama de situaciones y provocar un malestar clínicamente significativo o un deterioro en algún área importante, por ejemplo a nivel laboral, social o afectivo.

8.2 CLASIFICACIÓN

La Asociación de Psiquiatría Americana (APA)³² ha propuesto desde la tercera edición de su clasificación reunir los TP en tres grupos:

- Grupo A: Son los llamados extraños o excéntricos
Paranoide, Esquizoide y Esquizotípico
- Grupo B: Se caracterizan por manifestar dramatismo y conductas psicopáticas
Antisocial, Límite, Histriónico y Narcisista
- Grupo C: Este grupo lo forman las personas ansiosas, temerosas o neuróticas
Evitador, Dependiente y Obsesivo-compulsivo

Existe una categoría residual, el TP no especificado, que incluye las llamadas personalidades mixtas, que no llegan a cumplir los suficientes criterios para un diagnóstico concreto aunque puntúan en varios de ellos y los TP que, por no estar generalmente aceptados,

se encuentran en el apéndice de la clasificación: en la última revisión son el TP Depresivo y el Pasivo-agresivo.

8.3 DESCRIPCIÓN DE TP ESPECÍFICOS Y SUS PATRONES BÁSICOS

- A. Paranoide: suspicacia y desconfianza que favorece una interpretación en forma de perjuicio de las intenciones de los demás.
- B. Esquizoide: restricción de las relaciones sociales y de la expresión emocional.
- C. Esquizotípico: pensamiento mágico, distorsiones perceptivas, ideas de referencia y excentricidad en la conducta.
- D. Antisocial: desprecio y tendencia a la explotación de los demás.
- E. Límite: impulsividad junto a inestabilidad en relaciones interpersonales, autoimagen y afectividad.
- F. Histriónico: exagerada expresión emocional y búsqueda de atención.
- G. Narcisista: grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.
- H. Evitador: sentimientos de inferioridad e hipersensibilidad a la evaluación ajena.
- I. Dependiente: intensa necesidad de cuidado que se manifiesta en una conducta excesivamente sumisa.
- J. Obsesivo-compulsivo: preocupación por el orden, el control y el perfeccionismo.

8.4 RELACIÓN ENTRE TP Y VIH/SIDA

Los TP que más se asocian con la infección por VIH son los del grupo B, sobre todo el límite y antisocial, debido a los siguientes factores:

- Tendencia a la promiscuidad sexual que estos sujetos poseen, relacionada con la impulsividad y la necesidad de gratificación fácil y rápida. Además, la no consideración de las consecuencias futuras ayuda a que no tomen medidas preventivas del contagio^{8, 25,32}.
- El abuso de sustancias, que posee una elevada prevalencia en esta población. El uso de drogas facilita el contagio por varios mecanismos: directo, como consecuencia del uso de jeringuillas infectadas cuando el consumo es intravenoso, e indirecto, ya que las drogas facilitan la desinhibición sexual, aumentan la impulsividad y alteran las capacidades cognitiva y volitiva^{8, 25,32,33}.

8.5 VALORACIÓN

Conviene realizar una evaluación inicial exhaustiva, teniendo en cuenta una gran variedad de aspectos, como por ejemplo:

- La presencia de trastornos comórbidos: los TP suelen presentar otros trastornos psiquiátricos, como ansiedad, depresión o psicosis. Esta situación aumenta la complejidad de lo que en la literatura se ha denominado “triple diagnóstico”, para referirse a la comorbilidad entre infección por VIH, trastorno mental y abuso de sustancias, que resulta una asociación frecuente en la clínica.
- el estado orgánico, incluyendo una exploración médica completa con los análisis de laboratorio pertinentes.
- identificación de posibles déficits.
- características de los estilos psicológicos de afrontamiento.
- factores psicosociales estresantes y calidad de los mecanismos adaptativos frente a ellos.
- considerar si es posible la utilidad de un informante, ya que los pacientes con TP suelen utilizar la negación y la proyección como mecanismos de defensa. Este hecho, junto a la frecuente egosintonía de los rasgos y las conductas puede restar fiabilidad a la información que proporcione el paciente.

- intentar buscar información médica (informes, historia clínica, contacto con otros profesionales),

8.6 TRATAMIENTO

1-Tipos de demanda terapéutica:

- Debido a la egosintonía de muchos rasgos de personalidad, la mayoría de los pacientes no buscan tratamiento: sólo llegan a la consulta los que presentan un nivel de disfunción muy alto, sintomatología psiquiátrica establecida o abuso de sustancias.
- En ocasiones, la consulta inicial puede producirse por problemas adaptativos relacionados con el diagnóstico o la evolución de la infección por VIH/Sida.

2-Marco terapéutico:

- Hay que adaptarlo a las características de cada paciente
- Tiene que acompañarse de una adecuada alianza terapéutica.
- Debe establecer de forma clara los límites para la conducta impulsiva o autodestructiva del paciente.

3-Se plantea a largo plazo y se basa en una combinación de psicoterapia y farmacoterapia:

Psicoterapia:

- La psicoterapia de los TP VIH positivos es similar a la de otros TP.
- Su objetivo es mejorar el grado de disfunción del paciente mediante la regulación de sus patrones cognitivos, afectivos y conductuales.
- Existen psicoterapias específicas que han demostrado su eficacia, principalmente en el TP límite. Entre ellas se encuentran la Terapia Dialéctica de M. Linehan, de corte cognitivo-conductual³⁴ y la Psicoterapia focalizada en la Transferencia de O. Kernberg³⁵ y la de Mentalización de Bateman y Fonagy, ambas de orientación psicodinámica.
- Toda psicoterapia requiere un encuadre muy estructurado y una formación previa.
- La psicoterapia es ineficaz cuando predominan los rasgos antisociales.

Farmacoterapia: también tiene un papel importante, pero se utiliza para tratar los síntomas específicos (ansiosos, afectivos, impulsivos o psicóticos) y las situaciones de crisis.

- La medicación psiquiátrica tiene como objetivo tanto la clínica aguda (por ejemplo, Haloperidol IM para la agitación) como la crónica (por ejemplo, ISRS para la impulsividad).
- Los episodios psicóticos suelen ser leves y transitorios, por lo que normalmente requieren dosis más bajas de antipsicótico que otras psicosis.
- Otras situaciones clínicas frecuentes y sensibles al tratamiento farmacológico son la inestabilidad afectiva y la impulsividad, cuyo tratamiento se recoge en los gráficos 12 y 13³⁶.

Los aspectos que merecen una consideración especial en el tratamiento de estos pacientes son:

Evaluar hospitalización ante situaciones de crisis

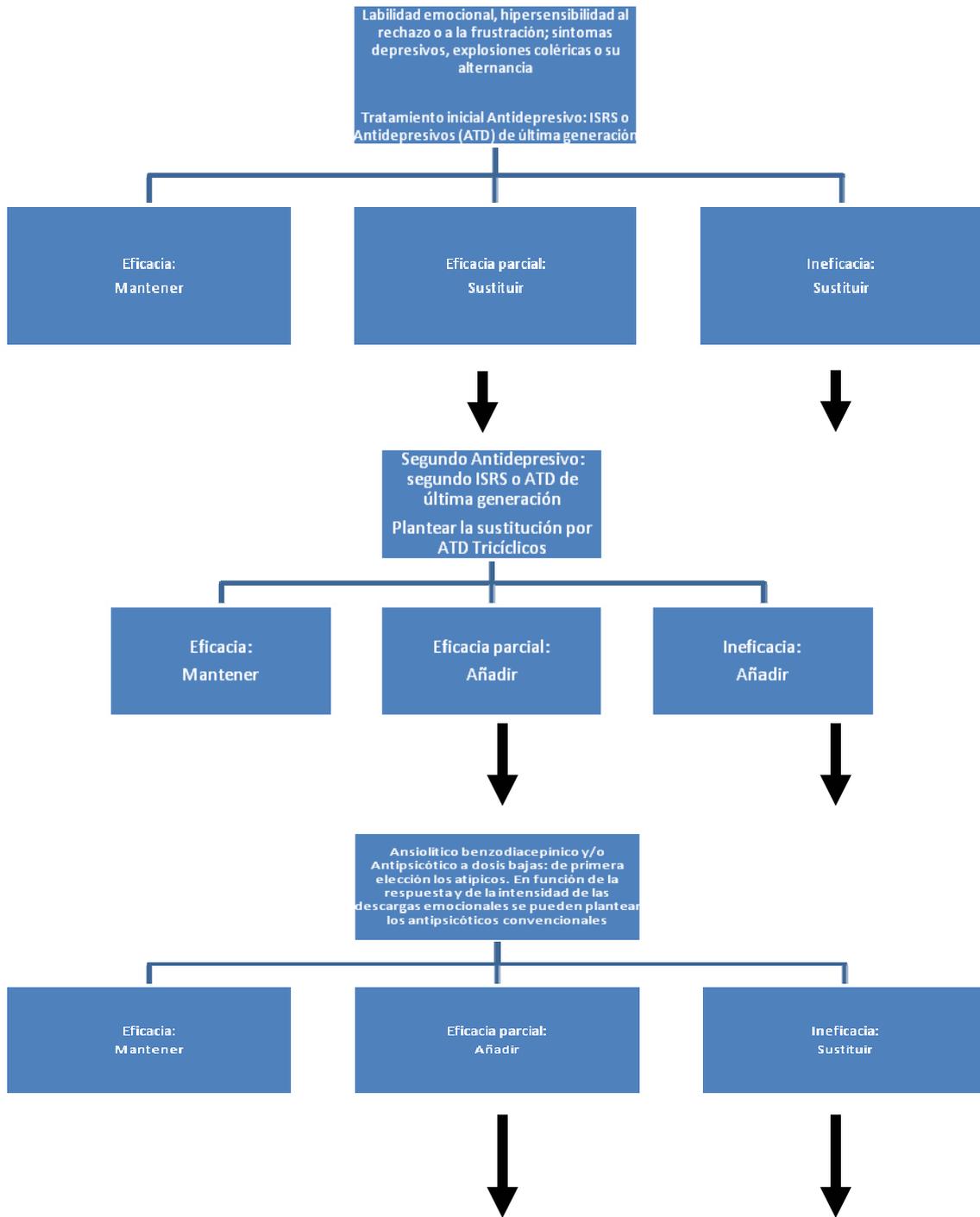
- si existe conducta impulsiva peligrosa,
- si existe deterioro relacionado con la falta de adherencia,
- comorbilidad compleja o grave que requiera estudio o tratamiento,
- riesgo de auto o heteroagresividad,
- ideas de suicidio,
- síntomas psicóticos,
- agitación psicomotriz.

Atender a la infección VIH

- manteniendo una coordinación y dialogo fluido con los distintos especialistas implicados en el tratamiento,

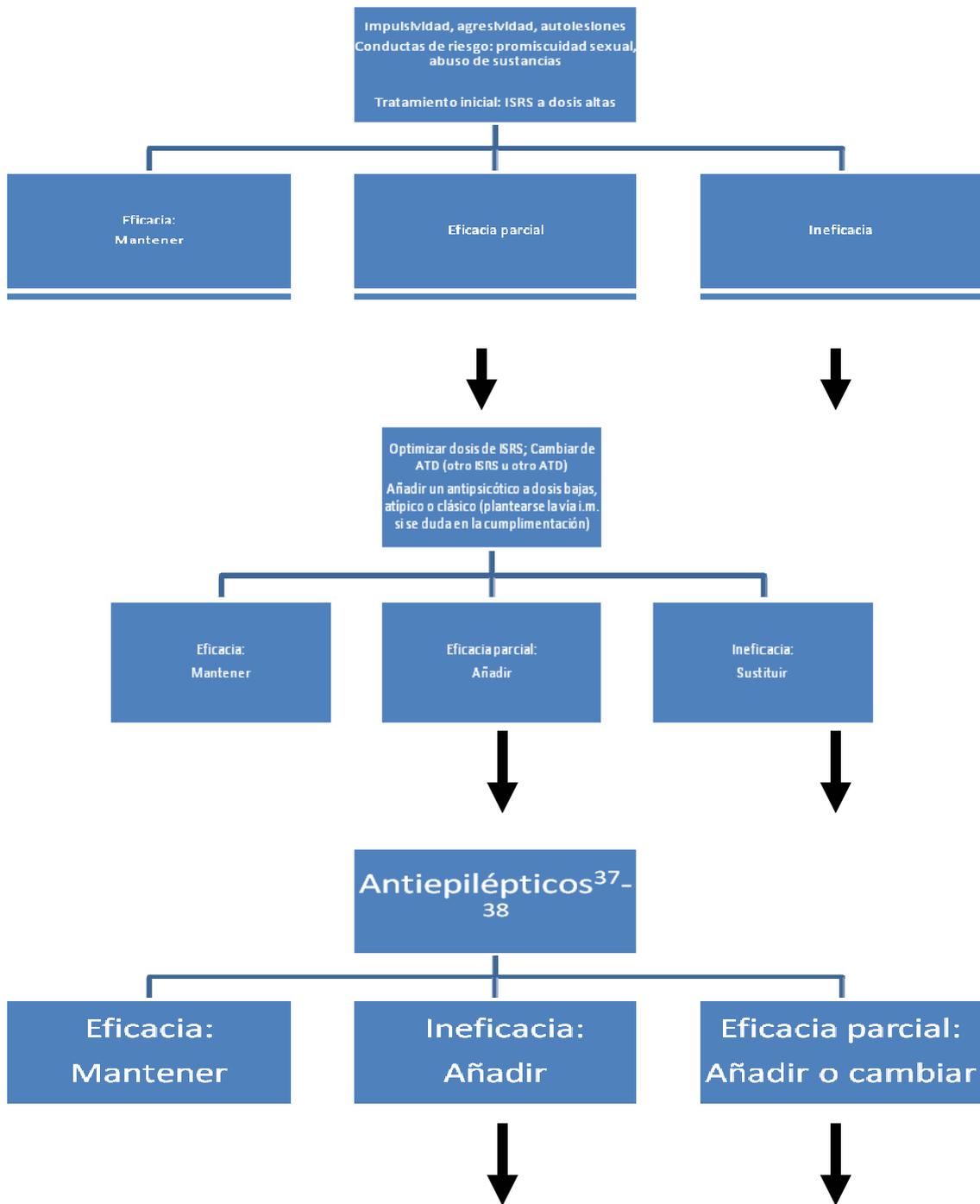
- realizando una psicoeducación acerca de la enfermedad,
- enfazando la importancia de la adherencia terapéutica a la terapia antirretroviral,
- proporcionando estrategias de reducción de riesgos para disminuir la propagación del virus.

Gráfico 12: Tratamiento farmacológico de los síntomas de inestabilidad afectiva en pacientes con TP



Estabilizadores: Carbonato de Litio, Carbamazepina, Valproato

Gráfico 13: Tratamiento farmacológico de síntomas relacionados con la impulsividad en pacientes con TP



Administrar un antipsicótico atípico si no se ha utilizado con anterioridad o cambiar a otro atípico si ya se ha administrado uno previamente

8.7 RECOMENDACIONES

- En los TP se recomienda un tratamiento que combine psicoterapia y farmacoterapia, reservando ésta última para el manejo sintomático. (Nivel A)

9. Trastornos psicóticos

9.1. INTRODUCCIÓN

La relación entre psicosis e infección por VIH/sida es bidireccional. La asociación entre los trastornos psicóticos y la infección por VIH/sida es compleja y ha recibido poca atención científica, por lo que el conocimiento acerca de la incidencia, prevalencia, curso, clínica y tratamiento todavía es limitado. Se estima que la prevalencia de las psicosis de nueva aparición en personas seropositivas varía entre el 0.23% y el 15.2%¹¹.

Según la clasificación americana de las enfermedades mentales (DSM-IV-TR), los trastornos psicóticos incluyen la esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno psicótico breve, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno psicótico compartido, trastorno psicótico debido a enfermedad médica y trastorno psicótico inducido por sustancias.

En este capítulo se va a hacer referencia, más que a los trastornos definidos como tal, a los síntomas psicóticos entendidos como grave distorsión de la realidad, trastornos del lenguaje, delirios y alucinaciones, que aparecen después del diagnóstico de la infección. En muchas ocasiones se asocian a alteraciones del humor pero este hecho se matiza en el capítulo correspondiente.

9.2 ORIGEN DE LOS SÍNTOMAS PSICÓTICOS¹¹

- Trastorno esquizofrénico .
- Trastorno del estado de ánimo (bipolar o esquizoafectivo).
En estos dos casos suelen existir antecedentes familiares, y generalmente son pacientes ya diagnosticados como enfermos mentales.
- Consumo de drogas de abuso.
- Fármacos antirretrovirales
- Otros fármacos utilizados en el tratamiento del sida
- Patología orgánica: cerebral o sistémica.
- Psicosis de nueva aparición, que se especula está causada por el VIH.

9.3 SÍNTOMAS PSICÓTICOS ASOCIADOS AL USO DE FÁRMACOS³⁹ (Tabla 7)

Delirium ó síndrome confusional	Aciclovir, anfotericina B, ciprofloxacino, fluorocitosina, ganciclovir, isoniacida, ketoconazol, metronidazol, norfloxacino, rifampicina, zidovudina (AZT)
Alucinaciones	Aciclovir, ciprofloxacino, cotrimoxazol, fluorocitosina, foscarnet, isoniacida, ketoconazol, norfloxacino, ofloxacino, pentamidina, tiabendazol
Psicosis	Aciclovir, cicloserina, cotrimoxazol, isoniacida, interferón alfa, norfloxacino, ofloxacino, quinacrina, AZT

9.4 ESQUIZOFRENIA

Enfermedad psiquiátrica que consta de:

- dimensión psicótica: ideas delirantes y alucinaciones
- dimensión de desorganización: lenguaje desorganizado, comportamiento extravagante y afecto inapropiado
- dimensión negativa: alogia, abulia, pensamiento pobre, aplanamiento afectivo, deterioro atencional.

Las distintas combinaciones de estas manifestaciones dan lugar a los distintos subtipos de esquizofrenia:

- paranoide
- desorganizada o hebefrénica
- catatónica
- indiferenciada
- residual

9.5 DIFERENCIAS ENTRE LAS PSICOSIS SECUNDARIAS Y LA ESQUIZOFRENIA⁴⁰ (Tabla 8)

	PSICOSIS SECUNDARIAS	ESQUIZOFRENIA
Incidencia	Variable según estudios	1% de la población
Delirios bizarros (temas complejos)	Poco frecuente	Frecuente
Forma de las alucinaciones	Auditivas o visuales	Auditivas
Síntomas de primer rango de Schneider (voces que debaten y alteraciones de la propiedad del pensamiento)	Poco frecuente	Frecuente
Remisión eventual de la psicosis	Frecuente	Poco frecuente
Necesidad de mantener los antipsicóticos	Poco frecuente	Muy frecuente
Dosis de antipsicóticos	Bajas	Altas

9.5.1 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL¹¹

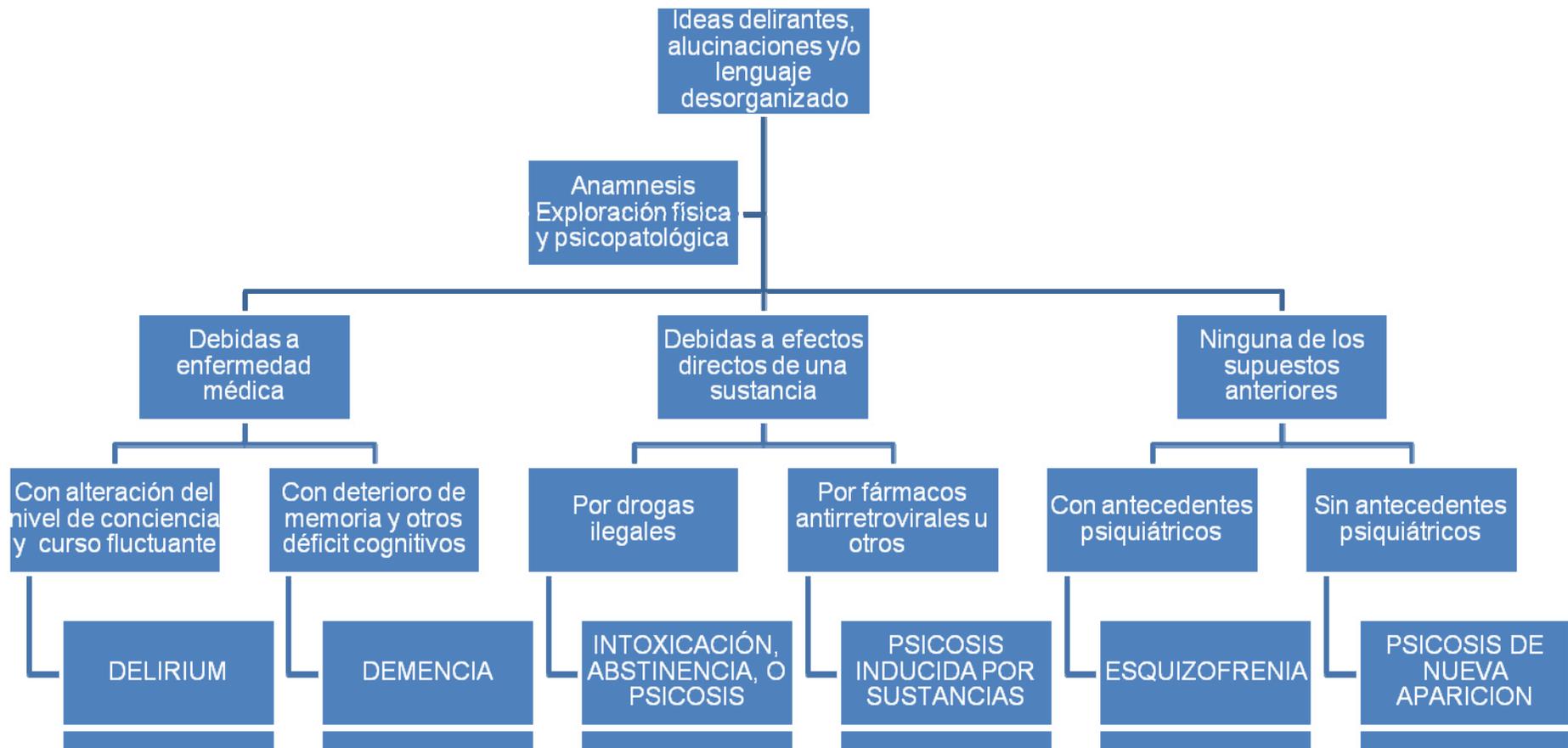
- Es lo más importante de cara al manejo del paciente con infección por VIH/sida que nos refiere sintomatología psicótica.
- Se realizará en todo paciente con infección por el VIH con síntomas psicóticos, aunque esté diagnosticado de esquizofrenia; y ante variaciones del nivel de conciencia.
- Sirve para descartar patología orgánica o el efecto adverso de algún fármaco.

9.6 EVALUACIÓN

- Anamnesis exhaustiva: Incluye saber el inicio exacto de los síntomas, el uso de drogas de abuso y la medicación con los cambios de los últimos 4 meses.
- Exploración física y psicopatológica, con énfasis en la evaluación cognitiva.

- Analítica completa de sangre y orina, que incluya serologías, vitaminas (ácido fólico y vitamina B12) y hormonas tiroideas.
- Determinación de tóxicos
- Pruebas de neuroimagen, si se sospecha patología del SNC.
- EEG si se sospecha delirium.

ÁRBOL DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS (Gráfico14) ⁴¹



9.7 TRATAMIENTO ^{36, 42-45}

- La aparición de psicosis en el paciente con infección por el VIH requiere una intervención inmediata.
- Los antipsicóticos son el tratamiento de elección para el control de los síntomas psicóticos
- Estos pacientes son extremadamente sensibles a los efectos secundarios de los antipsicóticos, especialmente si existe deterioro cognitivo.
- Cuando una enfermedad orgánica causa los síntomas el tratamiento es el etiológico junto a antipsicóticos.
- Si se sospecha de un fármaco, aunque sea un antirretroviral, se retira y se comienza con un antipsicótico. Se prioriza el episodio agudo psiquiátrico sobre la infección por VIH.

9.7.1 RECOMENDACIONES GENERALES PARA EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

(Tabla 9)

<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar dosis bajas • Los nuevos antipsicóticos son los de elección • Mantener el tratamiento el menor tiempo posible • Vigilar los efectos secundarios • Usar en beneficio del paciente determinados secundarismos como la ganancia de peso en enfermos caquécticos. • Tener en cuenta las interacciones farmacológicas especialmente con los antirretrovirales
--

ANTIPSICÓTICOS CLÁSICOS (Tabla 10)

Alta potencia	Haloperidol Pimozida Zuclopentixol	Mayor frecuencia de síntomas extrapiramidales y/o síndrome neuroléptico maligno. Pimozida contraindicada con los Inhibidores de la Proteasa (IP).
Baja potencia	Levomepromacina Clorpromacina	Mayor frecuencia de confusión y convulsiones. Vigilar la aparición de efectos anticolinérgicos .

NUEVOS ANTIPSICÓTICOS (Tabla 11)

	DOSIS MEDIA	EFFECTOS SECUNDARIOS	INTERACCIONES
Clozapina	300-400 mg/día	Precaución por riesgo de mielosupresión	Contraindicado con dosis altas de ritonavir, por aumento de la toxicidad de la clozapina
Risperidona	3 mg/día	Precaución con síntomas extrapiramidales	Aumenta sus niveles junto a ritonavir
Olanzapina	5-10 mg/día	Posible acatisia Vigilar glucemia con IPs	Disminuye sus niveles junto a ritonavir.

Quetiapina	300-400 mg/día	Bien tolerado	-IPs inducen su metabolismo y aumenta la toxicidad de la quetiapina. -NAs inducen su metabolismo.
Ziprasidona	40-160 mg/día	Síntomas serotoninérgicos	Se sospecha que: -IPs inducen su metabolismo. -NAs inducen su metabolismo.
Aripiprazol	10-30mg/día	Insomnio	No hay datos
Amisulpride	400-600 mg	Efectos extrapiramidales	Pocas interacciones

IPs: Inhibidores de la proteasa

NAs: Inhibidores de la Transcriptasa Inversa NO Análogos de nucleósidos

- Evitar los fármacos anticolinérgicos utilizados para contrarrestar los síntomas extrapiramidales.
- Evitar las formas depot de los antipsicóticos.
- Precaución en el uso de benzodiazepinas por riesgo de confusión. Usar las de vida media corta.
- La asociación infección por el VIH/sida-trastorno psicótico posee mayor riesgo para exponerse al virus y para una peor adherencia: no olvidar las intervenciones psicológicas (psicoeducación).

9.8 RECOMENDACIONES

- **Se recomienda tener presente el posible origen orgánico de los síntomas psicóticos. Si no hay patología orgánica se debe pensar en fármacos o tóxicos. Una vez descartados los anteriores se pensará en patología psiquiátrica (Nivel C).**
- **Se recomienda ser cauto con el tratamiento farmacológico: comenzar con dosis bajas, mantenerlo el menor tiempo posible, vigilar las interacciones y efectos secundarios (Nivel C).**
- **Se recomienda la psicoeducación para evitar progresión de la enfermedad y mejorar la calidad de vida (Nivel C).**

10. Trastornos disociativos.

10.1 INTRODUCCIÓN

Los trastornos disociativos se caracterizan por alteraciones en la organización integrada de la identidad, la memoria, la percepción o la conciencia. Cuando los recuerdos están mal integrados, el trastorno resultante es una amnesia disociativa, la fragmentación de la identidad produce una fuga disociativa o un trastorno de despersonalización y la disociación de aspectos de la conciencia produce un estrés agudo o estados de trance y posesión.

Estos trastornos son más una alteración en la organización o la estructura del contenido mental, que de los contenidos en sí mismos. Pertenecen a un área de la psicopatología en la cual el mejor tratamiento es la psicoterapia.

En el DSM-IV-TR⁴⁶ se admiten como trastornos disociativos:

1. Amnesia disociativa o psicógena
2. Fuga disociativa
3. Trastorno de identidad disociativo (antes personalidad múltiple)
4. Trastorno de despersonalización
5. Trastorno disociativo no especificado
6. La CIE-10⁴⁷ incluye, además, el Trastorno por conversión.

Los trastornos disociativos no figuran como principales trastornos mentales asociados a la infección por VIH/sida^{19,48}. Por su origen psicógeno pueden aparecer de forma reactiva al diagnóstico de dicha enfermedad y a la crisis inicial que ello supone, o mantenerse como una forma especial de trastorno por estrés postraumático.

Los trastornos facticios y la simulación no pertenecen a los trastornos disociativos, pero los definiremos por ser conceptos que podrían dar lugar a confusión con ellos.

El Trastorno por conversión suele sospecharse al comienzo de alteraciones neurológicas propias de trastornos asociados al VIH fatiga muscular, mialgias, neuropatías periféricas, toxoplasmosis cerebral, Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva (LMP) o relacionadas con sus tratamientos, por ello es muy importante en estos casos hacer un diagnóstico diferencial acertado.

10.2 AMNESIA DISOCIATIVA

Características

- a) se olvidan episodios que tienen que ver con sucesos personales
- b) incluye un período de tiempo (de minutos a años), sin existir dificultades en aprender cosas nuevas (amnesia retrógrada)
- c) afecta a sucesos de naturaleza traumática o estresante

Comorbilidad

Con el trastorno por conversión, la bulimia, la depresión, el abuso de alcohol y algunos trastornos de personalidad (histriónico, límite y dependiente)

Diagnóstico

Dificultad, normalmente reversible, para recuperar componentes concretos de la memoria episódica (no para el almacenamiento).

Diagnóstico diferencial

- Enfermedades médicas (anoxia, traumatismos, alteraciones metabólicas, vasculares tumores, demencia).
- Trastornos mentales: Trastorno por estrés postraumático
- Simulación

Curso y pronóstico

Suele desaparecer de una forma abrupta y la recuperación suele ser completa. Si hay ganancia secundaria puede prolongarse

Tratamiento

Entrevista esclarecedora o con amobarbital sódico
BZD
Regresión hipnótica
Psicoterapia de apoyo posterior

10.3 FUGA DISOCIATIVA

Características

El sujeto realiza viajes lejos de su hogar y de su trabajo, con amnesia sobre su identidad anterior; posteriormente no recuerdan lo sucedido durante la fuga (no hay alternancia de personalidades).

Desencadenantes

Guerras, desastres naturales, crisis personales (ej. diagnóstico de sida)

Curso

Lo común es que haya una remisión brusca, pudiendo repetirse los episodios

Comorbilidad

Con trastornos del estado de ánimo y con trastornos de personalidad histriónico, límite y esquizoide.

Diagnóstico diferencial

Con cuadros confusionales, demencia, epilepsia parcial compleja, amnesia disociativa y simulación.

Tratamiento

Entrevista esclarecedora o con amobarbital sódico

Benzodiazepinas (BZD)

Regresión hipnótica

Psicoterapia de apoyo posterior

10.4 TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO (PERSONALIDAD MULTIPLE)

Características

Trastorno, por lo general crónico, en el que el sujeto tiene, al menos, dos personalidades distintas en cuanto a la manera de pensar, sentir y actuar. La transición suele ser súbita y con amnesia para lo ocurrido durante las otras personalidades. Pueden existir alucinaciones auditivas.

Inicio

Al final de la adolescencia o inicio de la edad adulta.

Causa

Suceso traumático.

Comorbilidad

Con crisis comiciales (hasta en 1/3), trastornos depresivos, abuso de sustancias, cefaleas, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos sexuales y trastorno límite de la personalidad.

Diagnóstico diferencial

Con amnesia y fuga disociativas, esquizofrenia, epilepsia parcial compleja y simulación.

Curso

Crónico (lo más frecuente es la recuperación incompleta).

Tratamiento

Psicoterapia introspectiva.
Hipnosis o entrevista con amobarbital.
Farmacoterapia (antipsicóticos, ansiolíticos, carbamacepina).

10.5 TRASTORNO DE DESPERSONALIZACIÓN

Características

Sentimientos persistentes de irrealidad, distanciamiento o enajenación de uno mismo o del propio cuerpo. Con frecuencia va acompañada por la desrealización que es una percepción alterada del entorno.

Causas

Las experiencias de despersonalización y desrealización pueden darse en alteraciones sistémicas (consumo de sustancias, trastornos endocrinos que implican al tiroides y al páncreas), neurológicas (epilepsia, tumores cerebrales, estimulación eléctrica de los lóbulos temporales) o psicológicas (traumas emocionales ej.: diagnóstico de sida). También en privación sensorial.

Factores predisponentes

La ansiedad, la depresión, así como el estrés grave.

Diagnóstico

El diagnóstico de trastorno por despersonalización se reserva para aquellos casos en los que este síndrome sea predominante.

Comorbilidad

Con la esquizofrenia y el abuso de sustancias.

Diagnóstico diferencial

Con la depresión y la esquizofrenia.

Curso y pronóstico

Suele empezar entre los 15 a 30 años. En muchos pacientes los síntomas son transitorios; otras veces se mantienen estables o aparecen de manera episódica alternándose con períodos libres de los mismos.

Tratamiento

A veces remite espontáneamente o al tratar la causa.
Como psicofármacos se emplean ansiolíticos y antipsicóticos.
En los cuadros primarios puede ser útil el entrenamiento con autohipnosis.

10.6 TRASTORNO DISOCIATIVO NO ESPECIFICADO

Características

Este diagnóstico se aplica a los trastornos con algún síntoma disociativo que no cumplen los criterios diagnósticos ni para la amnesia disociativa, ni para la fuga disociativa, ni para el trastorno de identidad disociativo o el trastorno por despersonalización. En ellos se incluyen el síndrome de Ganser y el trastorno por trance disociativo.

Diagnóstico diferencial con:

- a. La Simulación. Es la producción voluntaria de síntomas físicos o psíquicos con el fin de obtener un beneficio reconocible (ej. una pensión de invalidez) o eludir una responsabilidad o castigo (ej. prisión).

Características:

- 1ª - Historia con incongruencias y contradicciones
- 2ª - Sintomatología extravagante o absurda
- 3ª - Fluctuación de síntomas atípica y en relación con el medio o los observadores
- 4ª - Respuesta inusual al tratamiento
- 5ª - Resistencia a pruebas fácilmente objetivables o no manipulables
- 6ª - No hay la demanda de mejorar, a pesar de la intensidad de las quejas.

- b. Trastorno Facticio. Producción voluntaria de síntomas físicos o psíquicos con el objetivo de obtener una atención médica y asumir el rol de enfermo.

Características (además de las indicadas en la simulación):

- 1ª - Historia de múltiples atenciones médicas, pruebas y hospitalizaciones
- 2ª - Historia de múltiples cambios de médicos y centros, con altas voluntarias
- 3ª - Exposición dramática de los síntomas, con resistencia a admitir mejoría
- 4ª - "Demasiada" disposición para someterse a pruebas o intervenciones cruentas
- 5ª - "Demasiada" resistencia a admitir componente psicológico en su patología

10.7 TRASTORNOS DISOCIATIVOS DE LA MOTILIDAD VOLUNTARIA Y DE LA SENSIBILIDAD (CONVERSIVOS)

Características

Pérdida o alteración de la función motriz o de la sensibilidad sin enfermedad somática que lo justifique; los síntomas suponen la expresión de conflictos o la huida de los mismos o bien una necesidad de dependencia o un resentimiento

Incluyen

Parálisis, afonías, ataxias, convulsiones, sorderas, anestias o hipoestias

Comorbilidad

Suele presentarse asociado a otros trastornos psiquiátricos y médicos.

- a) Psiquiátricos: depresión mayor, trastornos de ansiedad, trastornos de somatización, otros trastornos disociativos, abuso de alcohol y trastornos de personalidad.
- b) Médicos: se estima que hasta un 70% padecen o han padecido un trastorno neurológico; destacan las secuelas de traumatismos craneales, esclerosis múltiple, tumores del SNC y, trastornos que originan crisis comiciales

Diagnóstico diferencial

Simulación, trastornos neurológicos en su inicio (esclerosis múltiple, lupus, LMP, enfermedad de Parkinson, lesiones que originen crisis comiciales) y trastornos somatomorfos

Tratamiento

Interpretación de los síntomas y su significado

Eliminación de los factores estresantes y ganancias secundarias

Entrevista con ayuda farmacológica si fuera necesario (narcoanálisis)

Técnicas de relajación

Terapias conductuales

Hipnosis.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE TRASTORNO DE CONVERSIÓN Y PATOLOGÍA ORGÁNICA (Tabla 12)

Alteraciones Motoras o Sensitivas		
	T. por conversión	T. orgánico
Coherencia clínica-neuroanatómica	NO	SI
Estabilidad en la forma de presentarse	NO	SI
Independiente de la sugestión	NO	SI
Ganancia primaria o secundaria	SI	NO
Personalidad histriónica	SI	NO
Desencadenantes psicógenos	SI	NO
Reactividad al medio	SI	NO
Respuesta a la sugestión	SI	NO

10.8 RECOMENDACIONES

- **Se deben diferenciar los trastornos disociativos de alteraciones orgánicas producidas por el VIH, enfermedades relacionadas con el mismo o con sus tratamientos. (Nivel C)**

11. Trastornos por consumo de tóxicos

11.1 USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y EL VIH

El uso de sustancias psicoactivas (USP), término que consideramos más adecuado que el más difundido de “toxicomanías”, ha tenido una relación evidente y a la vez compleja con la infección VIH desde el inicio de la epidemia. Mientras que el papel del consumo de drogas intravenosas en la transmisión del virus es de sobra conocido⁴⁹, no lo es tanto el que juegan otras drogas en su diseminación, al aumentar la probabilidad de prácticas sexuales no protegidas. Esto se ha visto en diversos colectivos: el USP por vía no intravenosa es un predictor de seroconversión en varones homosexuales; la promiscuidad y la frecuencia de relaciones sexuales sin preservativo son mayores en los adolescentes consumidores de marihuana y cocaína; las mujeres consumidoras de *crack* tienen mayor probabilidad de prostituirse sin uso de preservativo; el consumo de alcohol se ha asociado con relaciones sexuales sin protección y con mayor intercambio de jeringuillas entre adictos por vía intravenosa.

Además de estas relaciones epidemiológicas, que permiten afirmar que el USP es un factor favorecedor de la transmisión del VIH, existen otros aspectos a considerar. El abuso de drogas puede empeorar la progresión de la enfermedad, tanto de modo directo – en modelos animales la metanfetamina aumenta la replicación del VIH y en humanos el VIH causa mayor daño neuronal y deterioro cognitivo en los adictos que en los enfermos VIH no consumidores- como, fundamentalmente, a través de una menor adherencia al

tratamiento antirretroviral, con evidentes consecuencias negativas para los infectados y también, para la diseminación de la enfermedad.

A efectos didácticos, examinaremos de manera separada la prevención de la transmisión del VIH en los usuarios de drogas y el abordaje terapéutico del USP, pero es necesario tener presente que lograr que una persona no infectada abandone la adicción es una actuación preventiva de una enorme rentabilidad para evitar la transmisión del VIH.

11.2 PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH EN USUARIOS DE DROGAS

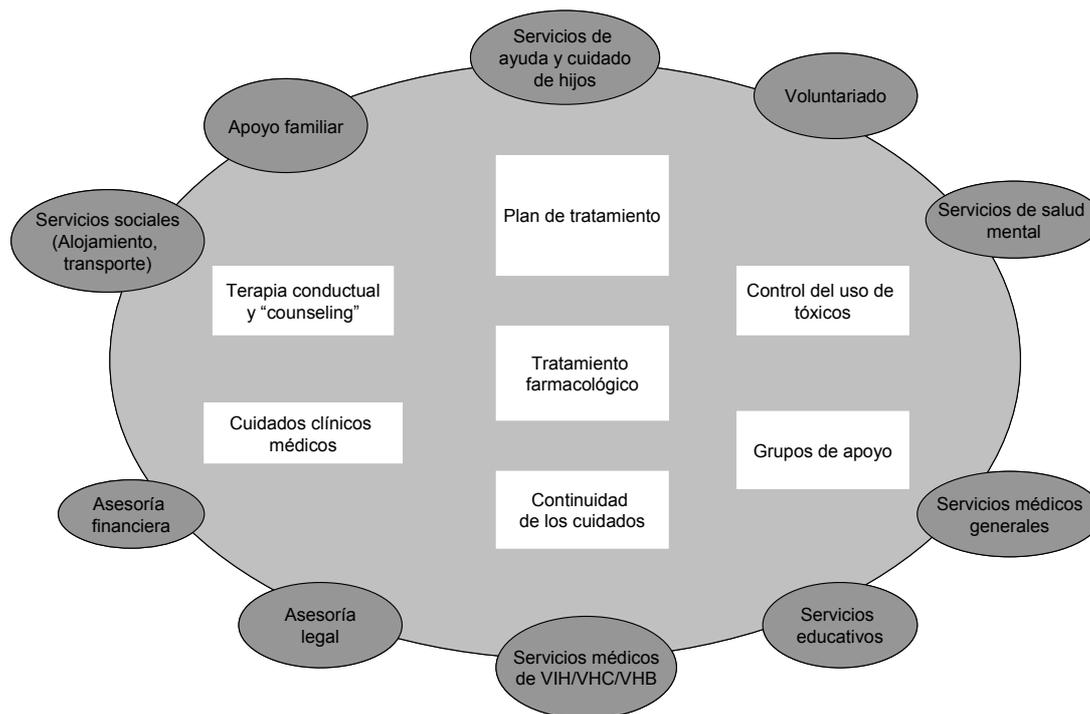
Dada la variedad de drogas, con efectos distintos sobre las personas, y la propia diversidad de los usuarios de drogas (UD), en cuanto a rasgos de personalidad, comorbilidad psiquiátrica, cultura, nivel socio-económico, no existe una única estrategia de prevención del VIH que sea universalmente válida. Cada encuentro o relación con un UD, puede y debe ser ocasión de transmitir mensajes de reducción de riesgos relacionados con la droga y el sexo.

Los principios generales de prevención han sido definidos por el National Institute on Drug Abuse (Organismo dependiente del National Institute of Health) y pueden ser consultados en su página web (<http://www.drugabuse.gov/POHP/principles.html>). Si bien muchos de ellos conciernen a los planificadores y responsables sanitarios, algunos merecen ser expuestos, bien por afectar directamente a los profesionales sanitarios en su trabajo diario, bien por aclarar algunas creencias erróneas:

1. La reducción del riesgo de infección por el VIH en los UD es un objetivo alcanzable.
2. Los programas de prevención efectivos requieren la coordinación de servicios.
3. Los esfuerzos en prevención y tratamiento deben dirigirse hacia los UD infectados por el VIH y a sus compañeros sexuales. Está demostrado que los UD infectados pueden cambiar de conducta para proteger a sus compañeros sexuales.
4. Las actuaciones en prevención tienen que ser personalizadas para cada individuo en riesgo.
5. Los UD y sus compañeros sexuales tienen que ser tratados con dignidad y respeto, y con sensibilidad hacia sus características culturales, raciales, étnicas, de edad y sexo.
6. Los UD por vía intravenosa deben tener acceso a sistemas de inyección estériles.
7. Las intervenciones de reducción de riesgos deben mantenerse a lo largo del tiempo.
8. La prevención es coste-efectiva.

11.3 ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LAS TOXICOMANÍAS

Puesto que el USP tiene múltiples facetas, que van más allá de la compulsión por la droga y condicionan el normal funcionamiento de la persona en la familia, el trabajo y el conjunto de las relaciones sociales, su tratamiento nunca es simple. Para su comprensión se han elaborado múltiples modelos, y quizás el más conocido sea el que lo considera como una enfermedad crónica, como la diabetes o el asma, en la que las intervenciones conductuales y la adherencia al tratamiento son parte esencial del adecuado control de la enfermedad. Aunque este modelo médico “orgánico” ha logrado desestigmatizar la toxicomanía y ha permitido un mejor funcionamiento de los servicios asistenciales, parece inadecuado en tanto que minusvalora los aspectos psicosociales y cognitivos de la adicción. Sin embargo, más allá de modelos descriptivos, lo fundamental es considerar los distintos elementos que han de intervenir en la atención al UD (Gráfico 15).



Precisamente por la inadecuación del modelo “médico” al tratamiento del UD, es difícil aplicar el estándar habitual de valoración de los tratamientos (ensayos clínicos; estudios de casos y controles; etc), siendo en cierta medida inviable aceptar la validez absoluta de los grados de evidencia de las actuaciones farmacológicas habituales en la práctica médica. La altísima tasa de abandonos de cualquier actuación terapéutica y el elevado grado de recidivas permitiría invalidar casi cualquier estudio en este campo. Así, por ejemplo, es significativo que ni siquiera en el caso de una adicción tan frecuente como el alcoholismo, y según una revisión reciente publicada en la Cochrane Database Systematic Review ⁵¹, existe algún estudio experimental que demuestre la eficacia de una terapia tan usada como la de 12 escalones de “Alcohólicos Anónimos”.

Es sin embargo esencial que cualquier profesional que participe, aunque sea de manera marginal, en el tratamiento de un UD tenga en cuenta los siguientes principios, aceptados por la mayor parte de especialistas.

11.3.1 Principios del tratamiento efectivo

1. Ningún tratamiento específico es útil para todos los enfermos.
2. El tratamiento debe poder iniciarse a la mayor brevedad.
3. El tratamiento debe atender a las múltiples necesidades del individuo y no sólo a su adicción.
4. Cualquier plan de tratamiento individual debe ser revisado continuamente, y modificado si es preciso para cubrir las necesidades cambiantes de la persona.
5. La permanencia en el plan de tratamiento durante un periodo adecuado es crítica para la eficacia del mismo.
6. El “*counseling*” y otras terapias conductuales pueden ser componentes esenciales del tratamiento
7. Los fármacos son un elemento importante del tratamiento, si bien con eficacia variable según la(s) droga(s) a la(s) que sea adicto el enfermo.
8. Los enfermos en los que coexista un trastorno mental deben, en general, recibir tratamiento para ambos problemas de una manera integrada.

9. La desintoxicación es sólo el primer paso del tratamiento de la adicción y por sí sola cambia poco el curso a largo plazo de la adicción.
10. La recuperación de la adicción a drogas puede ser un proceso largo y, con frecuencia, requiere múltiples episodios de tratamiento.

11.3.2 Papel del médico general y del especialista en enfermedades infecciosas en el tratamiento de las toxicomanías

El papel fundamental del médico general o de cualquier no especialista en el abuso de sustancias debe ser el intentar “enrolar” al paciente en un programa de desintoxicación. Esta es una tarea difícil, muchas veces frustrante, y que no consiste sólo en “buenas palabras” y consejos formales. Un problema básico es que el médico y el enfermo actúan con tiempos o agendas distintas: el paciente, que expresa formalmente su deseo de dejar las drogas, busca una respuesta inmediata y un alivio pronto de su problema crónico, pero que es vivido como algo actual (abstinencia, problemas socio-familiares o legales), mientras que el médico mira más a largo plazo. Uno de los retos es aproximar y armonizar estas actitudes del paciente con un plan de tratamiento “crónico”.

Un primer paso esencial es la identificación del lugar en el que se encuentra el enfermo en términos de motivación para el cambio. Uno de los modelos más usados y útiles sigue siendo el de Prochaska⁵², según el cual el enfermo pasa por las siguientes fases:

1. Precontemplación: no tiene intención de cambiar su comportamiento.
2. Contemplación: piensa en cambiar debido a las consecuencias negativas de su adicción, pero tiene una actitud ambivalente.
3. Preparación: muestra deseos de cambio y da los pasos iniciales para buscar tratamiento.
4. Acción: El paciente decide modificar su comportamiento, entorno y circunstancias para abandonar su estilo de vida de adicción.
5. Mantenimiento: El paciente trabaja para evitar recaídas y mantener la abstinencia.

La tarea más difícil a la que se enfrenta el clínico es hacer pasar al enfermo de la fase precontemplativa o contemplativa a la de preparación o acción. Es importante lograr que el enfermo verbalice su estado de motivación para iniciar tratamiento. Para ello, la técnica de la entrevista motivacional utiliza cinco aspectos no excesivamente complejos para ayudar al enfermo a resolver su ambivalencia sobre la necesidad de tratamiento:

1. Expresar empatía mediante la escucha activa.
2. Señalar de manera no autoritaria la discrepancia entre los deseos expresados y su comportamiento actual.
3. Evitar la argumentación.
4. Ajustar el comportamiento a la resistencia del paciente antes que oponerse o reaccionar a ella.
5. Conocer y reforzar los valores positivos del paciente y la percepción de que tiene habilidades para cambiar.

Una vez que el clínico ha identificado que el enfermo ha decidido realmente cambiar su comportamiento adictivo, su papel es entonces el de ayudarlo a optar por un plan de tratamiento y facilitarle la entrada en él. En este punto es preciso señalar que por desgracia no siempre es posible derivarlo al ámbito que en principio pudiera ser el más adecuado, por múltiples motivos: legales/penitenciarios, financieros, organización administrativa de recursos, inexistencia de los mismos, etc.

11.3.3 Recursos y técnicas terapéuticas

El tratamiento global debe atender a:

- desintoxicación aguda de la sustancia.
- tratamiento de las comorbilidades orgánicas y psiquiátricas.
- tratamiento de mantenimiento a largo plazo y prevención de recaídas.

Nos centraremos en el primer y tercer punto, señalando cuales son las certezas para cada sustancia, según distintas revisiones de la *Cochrane Collaboration* (*accesibles en <http://www.update-software.com/Clibplus/Clibplus.asp>*), sobre estudios realizados en población general y no específicamente VIH.

Alcohol

- Las intervenciones breves de *counseling* son más eficaces que no hacer nada en la reducción del consumo a corto- medio plazo (nivel A).
- La depresión es una comorbilidad frecuente. El tratamiento farmacológico aislado de la misma tiene un efecto modesto en cuanto a la abstinencia. (A)
- La naltrexona disminuye el riesgo de recaída a corto plazo, pero se desconoce el efecto a largo plazo (A).
- Como ya se ha citado, no existe ningún estudio que demuestre la eficacia de la terapias de 12 escalones (“*Alcohólicos Anónimos*”) (A)

Cannabis

- La psicoterapia puede tener un efecto beneficioso (A). Dada la heterogeneidad de los estudios, no es posible comparar distintas modalidades terapéuticas (C).

Benzodiacepinas

- La retirada gradual del fármaco es mejor que la brusca (A).
- Cambiar un fármaco de vida media corta por uno de vida larga no parece útil (A).
- El propranolol tiene un papel incierto y no puede ser recomendado (C).
- Los antidepresivos tricíclicos disminuyen la intensidad de los síntomas de abstinencia, pero no aumentan la tasa de abandono de la sustancia (A).
- La carbamacepina tiene escaso efecto en cuanto a los síntomas de abstinencia, pero aumenta la tasa de abandono del consumo a largo plazo (A).

Anfetaminas

- La fluoxetina disminuye los síntomas de abstinencia (A).
- La imipramina en dosis elevadas (150 mg/d) aumenta la duración de la adherencia al plan de tratamiento (A).
- Ninguno de los fármacos estudiados (fluoxetina, amlodipino, imipramina y desipramina) han demostrado disminuir el uso de amfetaminas (A).

Cocaína

- Se ha propuesto el uso de agonistas de la dopamina, al haberse demostrado que disminuye las concentraciones cerebrales del neurotransmisor. Ninguno de los 17 estudios revisados (con amantadina, pergolide y bromocriptina) ha probado la utilidad de fármaco alguno (A).
- Ningún estudio, de 18, ha demostrado resultados beneficiosos (A). Únicamente la desipramina tiene una “tendencia” a mejores resultados.

Opiáceos

- Tratamientos “psicosociales” aislados: no son modalidades terapéuticas de eficacia demostrada, o superiores a otros tipos de tratamiento (A).
- Tratamiento psicosocial más farmacológico, frente a tratamiento farmacológico aislado: asociar ambos tratamientos es beneficioso en cuanto a mejorar la adherencia al plan terapéutico, pero no en cuanto a disminuir el consumo de heroína (A).

- Antagonistas opiáceos: no está claro que su uso conjunto con agonistas alfa-adrenérgicos reduzca la duración del síndrome de abstinencia en relación con los agonistas aislados (A). La naltrexona, sola o combinada con psicoterapia es más eficaz que el placebo en cuanto a consumo de heroína, pero no en cuanto seguir en el plan terapéutico, efectos secundarios o recaídas (A).
- Buprenorfina: es más efectiva que la clonidina para los síntomas de abstinencia (A). No existen diferencias en relación con la metadona en cuanto a la fase inicial de la desintoxicación, si bien los síntomas de abstinencia se resuelven más deprisa con buprenorfina (A). En cuanto a su eficacia a largo plazo, no es más efectiva que la metadona (A).
- Metadona: Es más eficaz que las alternativas no farmacológicas en cuanto a seguir en el plan terapéutico y a disminuir el consumo de heroína. No existen diferencias en cuanto a actividad delictiva. (A).

Es preciso realizar una última consideración sobre el lugar físico (ambulatorio, internamiento hospitalario, comunidad terapéutica) en el que debe realizarse el tratamiento. Creemos que sólo cabe decir que, más que en ningún otro aspecto, aquí sólo cabe un abordaje individual y, en función de múltiples aspectos (entorno socio-familiar, comorbilidades, historia personal de intentos previos de desintoxicación, etc), la mejor alternativa para un enfermo puede ser incluso contraproducente para otro, siendo pues imposible establecer recomendación alguna.

11.4 Conclusiones

- El USP, incluso por vía no intravenosa, ha tenido y sigue teniendo un papel importante en la transmisión del VIH, y por ello su prevención y tratamiento deben formar parte de cualquier política preventiva frente al VIH.
- La prevención del USP y de la transmisión del VIH en los UD debe ser una actuación prioritaria para todos los agentes sanitarios .
- La reducción del riesgo de infección por el VIH en UD es un objetivo alcanzable y coste-efectivo. Las intervenciones deben ser mantenidas a lo largo del tiempo y requieren la coordinación de distintos servicios (médicos, socio-sanitarios, legales...).
- El médico general y el especialista en enfermedades infecciosas juegan un papel primordial en la captación del paciente para la prevención y el tratamiento del USP .
- No existe ningún tratamiento universalmente válido para todos los enfermos .
- El tratamiento debe atender a las distintas necesidades (socio-familiares, económicas, legales, otras enfermedades, en particular psiquiátricas) del enfermo, y no sólo a su adicción.
- Existen pocos tratamientos que de manera aislada hayan demostrado su eficacia en estudios controlados –ver previamente-, si bien el uso aislado conjunto de distintas alternativas (*counseling*, psicoterapia, actuaciones farmacológicas adecuadas a cada adicción) debe ser considerado en cada situación.
- La recuperación de la adicción a drogas puede ser un proceso largo y, con frecuencia, requiere múltiples episodios de tratamiento.

11.5. RECOMENDACIONES

- Se recomienda un tratamiento individualizado que combine alternativas como consejería, psicoterapia y tratamiento farmacológico adecuado a cada adicción. (Nivel C)
- Se recomienda que las intervenciones se mantengan a lo largo del tiempo y que se coordinen los distintos servicios (médicos, socio-sanitarios, legales...) con el objetivo final de reducir el riesgo de infección por VIH en los UD (Nivel C)

12. Alteraciones de las funciones fisiológicas.

12.1 INTRODUCCIÓN

En el presente capítulo se describen los trastornos asociados a la alimentación, el sueño y la sexualidad más frecuentes en los pacientes infectados con el VIH/sida y que afectan en gran medida a su calidad de vida y a su salud psíquica y emocional.

Debido a que la detección en la consulta de este tipo de trastornos resulta compleja, en muchas ocasiones no se les presta suficiente atención. Además, generalmente involucran tanto factores médicos como psicológicos, por lo que es necesario un abordaje multidisciplinario.

A lo largo del capítulo se seguirán las clasificaciones que se utilizan actualmente para el diagnóstico y la clasificación de los problemas de salud mental. En ellas se explican de forma concisa, clara y explícita los diferentes criterios diagnósticos (Tabla 13).

CIE 10	Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud ⁵³	Organización Mundial de la Salud
DSM IV	Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales ⁵⁴	Asociación Americana de Psiquiatría

12.2 TRASTORNOS DE LA NUTRICIÓN EN EL PACIENTE INFECTADO POR VIH/SIDA

12.2.1 Etiología

Cuando hablamos de problemas nutricionales, a menudo el principal reto para el clínico es poder diferenciar si se trata de un trastorno con base orgánica o psicológica. La clave radica en una visión amplia por parte del profesional, incluyendo en la visita médica la valoración de aspectos nutricionales y emocionales y el uso de un adecuado lenguaje comunicativo.

Pueden diferenciarse dos grupos de situaciones clínicas que afectan a una correcta nutrición en el paciente infectado por VIH/sida:

12.2.2 Síntomas físicos que pueden tener un origen orgánico, tóxico o psicológico

Destacan la pérdida de apetito, sequedad de boca y garganta, náuseas, diarrea, estreñimiento y problemas en la deglución, entre otros. El profesional debe considerar si

el estado clínico del paciente o alguno de los fármacos justifican la existencia del síntoma. Si se descarta el origen orgánico o la yatrogenia, el clínico debe preguntar al paciente:

- Si se ha producido algún cambio destacable en su vida cotidiana.
- Si hay algún acontecimiento que le preocupa especialmente.
- Cómo se encuentra anímicamente.

Estas preguntas posibilitan al paciente la expresión de estados emocionales. Muy a menudo, los pacientes no establecen una conexión entre síntomas físicos y estados emocionales. Está demostrado que tras manifestaciones como el cansancio (que puede incidir directamente en un abandono del cuidado de la alimentación) y la pérdida de apetito subyacen cuadros depresivos y situaciones de estrés, relacionadas directa o indirectamente con la enfermedad ⁵⁵.

En la práctica clínica, es frecuente también la malnutrición asociada al abuso de drogas. La dependencia de tóxicos dificulta la implementación de hábitos sistemáticos de autocuidados entre los que figura una correcta alimentación. La resolución del consumo de tóxicos será la primera prioridad en el abordaje de estos pacientes. Si el consumo sigue siendo activo, difícilmente podrá instaurarse ningún tipo de hábito de salud, ya sea relacionado directamente con la toma de medicación o con una alimentación sana.

12.2.3 Trastornos de la conducta alimentaria y de la imagen corporal que tienen su base en un trastorno mental

Debido a la falta de estudios realizados al respecto, apenas se dispone de información sobre la incidencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población infectada por el VIH. Además, su detección en la consulta es muy dificultosa ya que el paciente no manifiesta ninguna queja y tiende claramente a la ocultación. Por ello, es necesario que el profesional de la salud preste atención a los síntomas físicos y a la información que los acompañantes proporcionan sobre los hábitos de alimentación y de salud del paciente. En la práctica clínica, no es frecuente encontrar cuadros de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa. Sin embargo, se pueden describir *trastornos por atracón* ó *Binge Eating* y cuadros de ortorexia y/o vigorexia. Este último es un trastorno relacionado con la imagen corporal ⁵⁶ que se ha incluido en este apartado por sus importantes repercusiones clínicas (Tabla 14).

Trastorno	Descripción	Rasgos
Trastorno por atracón o Binge Eating	Atracones recurrentes, sin conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa (autoinducción del vómito, abuso de laxantes u otros fármacos, ayuno y ejercicio físico excesivo).	<ul style="list-style-type: none"> - Ingesta en un corto período de tiempo de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de personas podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares. - Sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio. - Atracones: al menos 2 días a la semana durante 6 meses, profundo malestar al recordar el atracón, sin comorbilidad de anorexia o bulimia.
Ortorexia	Obsesión patológica por la comida biológicamente pura, y sin aditivos artificiales.	<p>Puede provocar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anemia, hipervitaminosis o hipovitaminosis. - Carencias de oligoelementos, que pueden derivar en dolencias más graves como hipotensión y osteoporosis. - En fases avanzadas, trastornos

		obsesivos-compulsivos relacionados con la alimentación o enfermedades psiquiátricas tales como depresión, ansiedad e hipocondría.
Vigorexia	Obsesión patológica por un cuerpo perfecto	- Comportamiento obsesivo-compulsivo caracterizado por la preocupación de acudir al gimnasio y la transferencia de los principales valores de la vida hacia el acto de entrenar o muscular el cuerpo. - El ansia por adquirir una apariencia atlética puede llevar al consumo de sustancias perjudiciales para el organismo.

La presencia de sintomatología de lipodistrofia o lipoatrofia ^{57,58} o el mero temor de llegar a desarrollarla puede llevar a los pacientes a conductas obsesivas de extremo cuidado y preocupación por su aspecto físico. Junto a la excesiva dedicación al ejercicio físico, se da con frecuencia la ingesta de productos que pueden conllevar importantes riesgos para la salud. Los productos dopantes más utilizados son los anabolizantes y la testosterona. Estas sustancias pueden provocar efectos adversos tales como impotencia, crecimiento desproporcionado de las glándulas mamarias, acné, caída del cabello, depresión, euforia, irritabilidad y, en los casos más extremos, problemas de corazón y de hígado. Asimismo, pueden interactuar con los fármacos antirretrovirales, disminuyendo o anulando la eficacia de los mismos. Por ello, los resultados sobre su uso son contradictorios hasta la fecha y no deben recomendarse de forma generalizada ⁵⁹.

12.2.4 Abordaje terapéutico

Desde el primer momento en que se detecte un cuadro de trastorno alimentario con base en trastorno mental, es necesaria su derivación al servicio de psiquiatría o psicología con el fin de iniciar el tratamiento adecuado. En los casos más graves, se requerirá la internación del paciente.

La derivación puede ser dificultosa al encontrar habitualmente gran resistencia y negación por parte del paciente. Por ello, es básica la colaboración de la familia. Si además el paciente mantiene oculta su infección por VIH, será necesario contactar con otras entidades, asociaciones y servicios sociales para facilitar la derivación.

La entrevista es la herramienta básica, gracias a la posibilidad de recoger información y de potenciar la relación médico-paciente. Por otra parte, el uso de cuestionarios especializados permite obtener datos específicos sobre el trastorno de alimentación que presenta el paciente.

Es fundamental preguntar al paciente sobre los aspectos relativos a su nutrición que más le preocupan. La información obtenida y la observación de los rasgos de personalidad del paciente permitirán el desarrollo de intervenciones adecuadas a cada paciente. Asimismo, siempre es necesario considerar las diferentes formas y estilos de vida de los pacientes a la hora de realizar un abordaje terapéutico.

El **tratamiento psicológico** se centra en romper el ciclo de ingestión excesiva de alimento, purga, ejercicio físico, etc. La intervención incluye a menudo técnicas de modificación de conducta así como terapia individual, familiar o de grupo.

La terapia cognitivo-conductual implica los siguientes pasos:
- Intensificar el conocimiento de los pacientes sobre sus propios patrones de pensamiento.

- Examinar la validez de ciertos pensamientos y creencias sobre el cuerpo y el peso.
- Sustituir las creencias erróneas por otras más adecuadas.

Asimismo, se trabajan aspectos sobre la mejora de la imagen corporal y de la autoestima general y la prevención de recaídas.

En cuanto al **tratamiento farmacológico**, en los cuadros de bulimia y/o *Binge Eating* se recomienda el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina a dosis altas, ya que han demostrado tener un alto efecto antibulímico. También puede utilizarse el topiramato, un antiepiléptico que tiene efectos positivos sobre la bulimia. Si se detectan rasgos de personalidad obsesiva o un trastorno obsesivo-compulsivo (que puede acompañar a cuadros de anorexia, vigorexia u ortorexia) es también recomendable el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina. Como algunos antidepresivos pueden contribuir a la pérdida de apetito y peso, es necesaria siempre la supervisión continua de un especialista.

12.2.5 RECOMENDACIONES

- **Siempre que se detecte en los pacientes alguna de las alteraciones emocionales descritas anteriormente, se recomienda la derivación al psicólogo clínico y al psiquiatra para su valoración y tratamiento. (Nivel C).**
- **Es imprescindible contar con el entorno social y familiar del afectado para lograr el éxito de las intervenciones (Nivel C).**
- **Ante la falta de apoyo familiar o la imposibilidad de acceder a él, las organizaciones sin ánimo de lucro (ONG) pueden constituir un elemento recomendable para afianzar las intervenciones. (Nivel C).**

12.3 TRASTORNOS DEL SUEÑO EN EL PACIENTE CON INFECCION POR EL VIH

Tanto las clasificaciones diagnósticas mencionadas al inicio del capítulo (CIE 10⁵³ y DSM IV⁵⁴) como la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño⁶⁰ de la Asociación Americana de los Trastornos del Sueño, reconocen varios trastornos principales del sueño, como el insomnio, la hipersomnias y las parasomnias.

- **Insomnio:** estado caracterizado por una cantidad o calidad del sueño no satisfactorio, que persiste durante un considerable periodo de tiempo.
- **Hipersomnias:** estado caracterizado bien por excesiva somnolencia o presencia de ataques de sueño diurnos (no justificables por una cantidad inadecuada de sueño), o bien por un período de transición prolongado hasta el estado de vigilia completa tras el despertar.
- **Parasomnias:** trastornos episódicos durante el sueño, los cuales están relacionados con las fases de desarrollo del niño, mientras que en la madurez son fundamentalmente psicógenos, tales como el sonambulismo, los terrores nocturnos y las pesadillas.

Los trastornos del sueño representan uno de los problemas más comunes entre las personas con infección por VIH, incluso desde las fases más tempranas de la enfermedad. De hecho, alrededor del 35% de los sujetos manifiesta alteraciones en el ciclo de sueño-vigilia⁶¹.

Aunque en algunos casos puede observarse hipersomnias, el insomnio representa uno de los problemas más comunes y por ello nos vamos a centrar en este trastorno.

Puede darse un insomnio primario vinculado en su inicio a factores emocionales o eventos estresantes a los que suelen estar expuestos los pacientes con VIH, como el impacto emocional que puede provocar el diagnóstico, las expectativas frente a los controles médicos, las situaciones de discriminación que pueden darse, el comienzo de los síntomas de la enfermedad, etc., o un insomnio secundario a la enfermedad y la medicación, ya que entre los efectos secundarios de algunos medicamentos antirretrovirales se encuentran los trastornos del sueño.

12.3.1 INSOMNIO

Pautas para el diagnóstico del insomnio ⁵³

- a) Quejas que suelen consistir en dificultades para conciliar el sueño o para mantenerlo o sobre una mala calidad del mismo.
- b) Dicha manifestación se ha presentado por lo menos tres veces a la semana durante al menos un mes.
- c) Preocupación excesiva, tanto durante el día como durante la noche, sobre el hecho de no dormir y sobre sus consecuencias.
- d) La cantidad o calidad no satisfactorias del sueño causa un malestar general o interfiere con las actividades de la vida cotidiana.

Teniendo en cuenta estos criterios, el clínico puede tener cierto conocimiento de las dificultades relacionadas con el sueño de cada paciente y puede derivar a profesionales de la psiquiatría o psicología para que valoren específicamente el trastorno. No obstante, a continuación presentamos algunas cuestiones en las que pueden profundizar para valorar la necesidad de recomendar un tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico adecuado ⁶²:

- **Naturaleza de la queja:** problemas para conciliar el sueño, dificultad para mantenerlo, despertar precoz, sueño superficial, sensación de haber descansado mal, sueño poco reparador, deterioro del funcionamiento diurno.
- **Historia del sueño-vigilia:** horario habitual del sueño vigilia del paciente.
- **Severidad del insomnio:** se puede medir con el número de noches por semana en que una persona tiene dificultades para dormir.
- **Secuelas diurnas del insomnio:** las secuelas más comunes son irritabilidad, malestar social y disminución del rendimiento cognitivo y conductual.
- **Curso del insomnio:** inicio, duración y tiempo de curso.
- **Factores del entorno:** luz, ruido, temperatura de la habitación y comodidad del colchón
- **Uso de medicación.**
- **Hábitos relacionados con la dieta, el tabaco y el ejercicio.**

Etiología

El insomnio es un problema multidimensional. Para facilitar una mayor comprensión de este trastorno, presentamos un modelo que recoge los factores implicados en el mismo, que permitirá a los profesionales una intervención más efectiva (Morin 2003) ⁶² (Gráfico 16).



Abordaje terapéutico

El tratamiento efectivo del insomnio requiere una **evaluación en conjunto** de su naturaleza, severidad y curso evolutivo y, un **análisis funcional** detallado de los factores que contribuyen a mantenerlo. Las herramientas que se utilizan son la entrevista clínica, los autorregistros, llamados también diarios de sueño y los cuestionarios. También se puede valorar la necesidad de realizar otras pruebas complementarias como la polisomnografía nocturna.

El **Tratamiento Psicológico** de orientación cognitivo-conductual se centra en los patrones de conducta desadaptados y los estilos cognitivos disfuncionales que perpetúan los problemas del sueño ⁶².

- Componente conductual: implica una combinación de procedimientos de control de estímulos y de restricción del sueño, con el objetivo de eliminar las conductas incompatibles con el sueño, regular los horarios de dormir y despertarse y, consolidar el sueño en los periodos más cortos que pasan en la cama.
- Componente cognitivo: consta de técnicas de reestructuración cognitiva dirigidas a corregir las expectativas poco realistas sobre el sueño, examinando las atribuciones falsas sobre las causas del insomnio y valorando de nuevo la percepción de sus consecuencias en el funcionamiento diurno.
- Componente educacional: consiste en enseñar los principios básicos de la higiene del sueño, ya que determinados estilos de vida y ciertos factores ambientales pueden afectar negativamente el sueño.

Para aliviar la excesiva tensión emocional pueden utilizarse técnicas de entrenamiento en relajación como la Relajación Progresiva de Jacobson.

El **Tratamiento Farmacológico** debe ser sobre todo etiopatogénico, antes que sintomático, de forma que se utilizarán tratamientos selectivos para las causas subyacentes del insomnio. En el momento actual, para el tratamiento del insomnio se utilizan varios tipos de medicaciones: las benzodiazepinas, los hipnóticos no benzodiazepínicos (imidazopiridinas y ciclopirononas) y los antidepresivos. De estos grupos el más utilizado sigue siendo las benzodiazepinas (Tabla 15).

BENZODIAZEPINAS	
Nombre genérico	Dosis (adultos)
Flurazepam	15-30 mg / 24 h
Loracepam*	1 mg / 24 h
Midazolam	3,5-7,5 mg
Lormetacepam	1 mg
Flunitrazepam	0,5-1 mg / 24 h
IMIDAZOPIRIDINAS	
Nombre genérico	Dosis (adultos)
Zolpidem*	10 mg
CICLOPIRROLONAS	
Nombre genérico	Dosis (adultos)
Zopiclona*	7,5 mg / 24 h
ANTIDEPRESIVOS	
Nombre genérico	Dosis (adultos)
Mirtazapina*	15-45 mg / 24 h
Trazodona	150-300 mg

* aconsejados en pacientes que toman ARV

Se deberán sopesar los beneficios de la farmacoterapia con los efectos secundarios negativos de la medicación como la sedación diurna, el deterioro cognitivo y psicomotor y la “resaca”. También hay que tener en cuenta que con la interrupción del tratamiento, en muchos casos se produce insomnio de rebote, especialmente con los fármacos de acción corta ⁶².

12.3.2 RECOMENDACIONES

- Se recomienda un abordaje multidisciplinario integrado para un adecuado diagnóstico y tratamiento de los trastornos del sueño, siendo esencial una relación estrecha entre el clínico responsable del paciente y el psicólogo clínico/psiquiatra (Nivel C).
- Se aconseja buscar el apoyo de la personas próximas al paciente, ya que la intervención cognitivo conductual requiere cambios en los hábitos del sueño, horarios y estilo de vida que les pueden afectar (Nivel C).
- El clínico debe preguntar por los factores de estilo de vida y del entorno, examinar su contribución relativa al insomnio y hacer las recomendaciones necesarias; incluso los factores que puedan parecer obvios no deben ser pasados por alto. (Nivel C).

12. 4 TRASTORNOS SEXUALES

El diagnóstico de VIH/sida lleva a las personas a reorganizar su sexualidad. Aunque la mayoría se mantienen sexualmente activas, es frecuente que aparezcan dificultades debido al impacto emocional producido por el diagnóstico, el miedo al rechazo y al abandono, el sentimiento de culpa, los efectos secundarios de los tratamientos, los

inconvenientes de la prevención, la angustia frente a la revelación del estado serológico a la pareja afectiva-sexual, etc. Todo esto puede llevar al aislamiento emocional y a la abstinencia sexual.

Los trastornos sexuales afectan a la calidad de vida y a la salud psíquica y emocional de las personas con infección por el VIH. Se recomienda no esperar a que el paciente presente un trastorno sexual para hablar de su sexualidad. Aclarar dudas, escuchar sin juzgar y comprender las angustias y los miedos puede ser de gran ayuda para que las personas con VIH/sida puedan tener una vida sexual saludable y placentera.

DISFUNCIONES SEXUALES EN EL PACIENTE INFECTADO POR EL VIH

Las disfunciones sexuales abarcan diferentes formas de incapacidad para participar en una relación sexual deseada. Según los casos, se trata de una ausencia de deseo, una imposibilidad de sentir placer, un fracaso en la respuesta fisiológica necesaria para una interacción sexual efectiva o una incapacidad para controlar o sentir un orgasmo. En el origen de las disfunciones están involucrados aspectos físicos y psicológicos.

Disfunciones sexuales más frecuentes que suelen sufrir las personas con VIH ⁶³⁻⁶⁵

- **Deseo sexual inhibido** (en hombres y mujeres): Se caracteriza por pobreza o ausencia de fantasías y deseos de actividad sexual. La falta de deseo sexual por sí mismo no es disfuncional a no ser que la persona no acepte este sentimiento.
- **Disfunción eréctil o impotencia** (en hombres): Es la dificultad o imposibilidad para alcanzar o mantener una erección lo suficientemente firme para poder llevar a cabo la penetración. Los episodios aislados de falta de erección son muy comunes y afectan prácticamente a todos los hombres en algún momento de su vida. Para que se considere que existe impotencia o disfunción eréctil, ésta ha de presentarse en al menos el 25% de las relaciones o intentos de relación sexual.

Todavía hoy no hay una línea consensuada sobre el origen ni de la pérdida de la libido sexual, ni de los problemas de erección en pacientes con infección por el VIH ya que existen pocos estudios al respecto, especialmente en mujeres. No obstante, a continuación se describirán las posibles causas orgánicas y psicológicas que pueden facilitar la aparición, desarrollo y mantenimiento de estos trastornos, así como de los distintos abordajes a seguir ⁶⁶⁻⁶⁹. (Tabla 16)

CAUSAS	
Orgánicas	Psicológicas
<p>Disfunción eréctil</p> <ul style="list-style-type: none"> – Enfermedades que originan malestar físico por lo que inhiben el interés por el contacto sexual. – Alteraciones hormonales. – Medicamentos anticolinérgicos, antidepresivos, antihipertensivos, tratamientos hormonales, hipnóticos y tranquilizantes. – Determinados fármacos antirretrovirales. 	<ul style="list-style-type: none"> – Estados ansiosos y depresivos. – Angustia derivada del diagnóstico de VIH. – Estrés producido por la asociación de las relaciones sexuales con la forma de contraer la enfermedad. – Temor a establecer relaciones por miedo a transmitir el virus a otras personas o reinfectarse a sí
<p>Deseo sexual inhibido</p>	
<p>Disfunción eréctil</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - Factores de tipo vascular que afectan a los vasos sanguíneos y restringen el flujo sanguíneo hacia el pene. - Lesiones neurológicas. - Situaciones que interrumpen la conexión entre el sistema nervioso y el pene. - Enfermedades como arterioesclerosis, hipertensión, diabetes, síndrome de Cushing, esclerosis múltiple, etc. - Consumo de drogas como alcohol, tabaco y los opiáceos. 	<ul style="list-style-type: none"> - mismo. - Bajo nivel de autoestima. - Sentimientos de desvalorización. - Problemas con la imagen corporal. - Ansiedad y preocupación obsesiva por lograr un rendimiento sexual adecuado. - Problemas de pareja. - Actitudes negativas ante el sexo. - Expectativas de rendimiento sexual inapropiadas o irreales. - Temor a la intimidad y a ser rechazado. - Sentimientos de culpa e inseguridad. - Estrés que supone seguir el tratamiento.
--	--

Abordaje terapéutico

Teniendo en cuenta la gran cantidad de posibles causas, es importante realizar una buena evaluación para identificarlas antes de decidir el tratamiento a seguir.

Áreas de evaluación ⁷⁰:

- **Orgánica:** revisión médica del estado físico.
- **Psicológica:** identificación de posibles trastornos psicológicos responsables de las dificultades sexuales.
- **Sexual:** análisis de la historia sexual y del funcionamiento sexual actual, tanto en pareja como individual.
- **Pareja:** evaluación de las distintas áreas de una relación, expresión de afecto, comunicación, resolución de problemas, tiempo libre, reparto de tareas.

Técnicas y procedimientos de evaluación ⁷⁰:

La **entrevista** es el método de obtención de información más utilizado en la clínica, aunque también existen una serie de procedimientos que son muy útiles a la hora de recabar datos específicos relacionados con las disfunciones sexuales, como son los **autoinformes**, la **autoobservación** y la **evaluación psicofisiológica**. También es importante contar con una **evaluación médica** que incluya, en función del trastorno: análisis de sangre (pruebas metabólicas, niveles hormonales, antígeno prostático específico) y orina; evaluación neurológica, ultrasonido del pene (para detectar problemas vasculares o circulatorios) y tumescencia nocturna del pene para verificar si el paciente tiene erecciones nocturnas y monitoreo de rigidez.

Tratamiento:

Variará en función de las causas que estén provocando la disfunción, sin embargo lo más adecuado es la combinación multidisciplinaria de lo orgánico, lo psicológico y lo relacional ^{66,70}. Además, en el caso de que la persona tenga pareja, será sin duda más efectivo un abordaje que incluya a ambos miembros de la pareja (Tabla 17).

Disfunción eréctil	Deseo sexual inhibido
<ul style="list-style-type: none"> - Control de los factores de riesgo: tabaquismo, consumo de alcohol y niveles altos de azúcar o colesterol en sangre. 	

- Cambios o reducciones, en los casos que sea posible, de los medicamentos que puedan estar provocando como efecto secundario la disfunción.
- Tratamientos hormonales (parches, gel o inyecciones), si el origen del problema es un desequilibrio hormonal (déficit de testosterona).
- Terapia sexual y de pareja, para controlar las interferencias cognitivas y emocionales que pueden estar provocando el problema. Intervenciones básicas en la terapia sexual:
 - Colaboración y participación, si es posible, de los dos miembros de la pareja en el tratamiento.
 - Información y educación sexual.
 - Modificación de actitudes y cogniciones disfuncionales que intervienen en el trastorno.
 - Entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación.
 - Eliminación de la ansiedad ante la relación sexual.
 - Indicaciones o entrenamiento de habilidades sexuales específicas.

Disfunción eréctil

- Medicamentos orales para aumentar el flujo sanguíneo al pene y hacerlo más sensible al tacto: Viagra, Levitra, Cialis. Diversos estudios han demostrado que los tratamientos antirretrovirales interactúan con Viagra. Cuando el nivel plasmático de estos fármacos es excesivo se puede producir hipotensión, mareos, desmayos, cefaleas, trastornos visuales o priapismo. Para las personas que toman combinaciones que contienen inhibidores de la proteasa o inhibidores de la transcriptasa se recomienda reducir las dosis de los fármacos para la disfunción eréctil y/o tomarlos con menos frecuencia.
- Dispositivos mecánicos de aspiración que provocan la erección momentos antes de la relación sexual.
- Prótesis penéneas.
- Tratamientos quirúrgicos.

12.4.1 RECOMENDACIONES

- **Los profesionales deben procurar espacios favorables al diálogo sobre sexualidad y salud sexual (Nivel C).**
- **Si se detecta que existen trastornos sexuales, se recomienda la derivación al sexólogo, psicólogo clínico o al psiquiatra para su adecuado diagnóstico e intervención, siempre de forma coordinada (Nivel C).**

13. Manifestaciones neuropsiquiátricas de los trastornos orgánicos.

13. 1 INTRODUCCIÓN

Los cuadros clínicos pueden ser debidos a enfermedades concomitantes y/o tratamientos asociados a la enfermedad. De no ser así, entenderemos que las manifestaciones neuropsiquiátricas obedecen al impacto primario de la enfermedad sobre el SNC.

Distinguiremos los siguientes grupos:

1. Delirium, agitación y conductas violentas, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos.

2. Trastornos mentales debidos a una enfermedad médica general: Trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos sexuales, trastornos del sueño, trastorno catatónico, cambio de personalidad.
3. Síndromes secundarios de los tratamientos farmacológicos.

13.2 DELIRIUM O ESTADO CONFUSIONAL

Se trata de un síndrome cerebral orgánico caracterizado por la presencia simultánea de alteraciones que pueden ser fluctuantes en el tiempo, alteraciones del nivel de conciencia, de la atención, de la percepción, del pensamiento, de la memoria, de la psicomotricidad, de emociones y del ciclo sueño-vigilia.

Este síndrome está infradiagnosticado, siendo muy común en estadios avanzados de la enfermedad (30%-60%).

Su aparición empeora el pronóstico en cuanto a tiempo de hospitalización y a mortalidad.

Clínica

- Deterioro de la conciencia (desde la obnubilación al coma)
- Deterioro de la atención (dificultad para dirigir, focalizar, mantener o desplazar la atención)
- Deterioro cognoscitivo global (alteraciones de la percepción: alucinaciones e ilusiones sobre todo visuales; deterioro del pensamiento abstracto y de la comprensión, incoherencia, posibilidad de ideas delirantes pasajeras; deterioro de la memoria inmediata y reciente pero conservando la remota; desorientación en tiempo y en espacio en casos graves.)
- Trastornos psicomotores (hipo-hiperactividad, cambios imprevistos de un estado al otro, aumento del tiempo de reacción, incremento o disminución del flujo del habla, acentuación de la reacción de sorpresa).
- Trastornos del ciclo sueño-vigilia (insomnio, inversión del ciclo sueño/vigilia, somnolencia diurna, ensueños desagradables, pesadillas que pueden prolongarse durante la vigilia).
- Trastornos emocionales (ansiedad, miedo, irritabilidad, euforia, apatía, perplejidad)

Su curso suele ser de comienzo agudo con fluctuaciones sintomáticas diurnas y empeoramiento vespertino y una duración inferior a seis meses.

Etiología

Destacamos entre las posibles causas de delirium, en el paciente VIH/sida, las siguientes:

- Infecciosas:
Sistémicas: Herpes virus, Mycobacterium avium, candidiasis, neumonía.
Infecciones del SNC: neurosífilis, citomegalovirus, herpes simples, criptococo, leucoencefalopatía progresiva multifocal, toxoplasmosis, TB, Creutzfeld-Jakob.
- Neoplasias: Linfoma primario SNC, Kaposi.
- Degenerativas: Demencia-sida, trastorno cognitivo-motor menor-VIH.
- Intoxicaciones: antirretrovirales, tuberculostáticos, antimicóticos, anticolinérgicos, serotoninérgicos, analgésicos, S. neuroléptico maligno, drogas y alcohol.
- Endocrino-metabólicas: disturbios electrolíticos, alteraciones del metabolismo glucídico...
- Hipoxemia-hipercapnia

Actuación

Seguiremos las directrices de la APA⁷¹ (modificadas) para la evaluación del paciente con delirium:

1-Historia clínica: Prestando especial atención a:

- Antecedentes médicos generales
- Cambios bruscos en conducta y estado mental
- Medicaciones
- Drogas

2-Examen físico, incluyendo exploración neurológica

- ECG
- EEG
- Punción Lumbar

3-Examen mental: entrevista

- Evaluación cognitiva

4-Laboratorio:

- Hemograma
- Bioquímica con electrolitos, glucosa, urea creatinina, función hepática, tiroidea, B12, fólico
- Gases, saturación de O₂
- Orina, con determinación de tóxicos, porfirinas. Cultivos
- Serologías (lúes, hepatitis,)
- Anticuerpos (lupus, ANA)
- Metales pesados
- Niveles plasmáticos de fármacos

5-TAC / RMN

Tratamiento

Inicialmente identificar la causa y aplicar tratamiento específico. Mientras tanto: evitar, en lo posible, el uso de psicofármacos.

En trastornos conductuales y agitación:

Antipsicóticos:

Haloperidol, a dosis bajas y cortos periodos de tiempo, en los estadios iniciales: 0,5-5mg./día

Atípicos, en periodos más avanzados:

- Risperidona: 0,25-0,5mg hasta 4mg./día
- Quetiapina⁷²: 25-50mg hasta 600mg/día.

Benzodiazepinas: Coadyuvantes de neurolépticos.

Loracepam: 0,5-8mg/día

Medidas de apoyo:

13.3 AGITACIÓN, CONDUCTAS VIOLENTAS

La agitación es una conducta en la que hay que buscar un diagnóstico subyacente dentro de los trastornos mentales orgánicos (ver delirium) o de los trastornos mentales en general.

Evaluación y predicción de la conducta violenta

- Signos de violencia inminente
- Actos recientes de violencia.
- Amenazas verbales o físicas.

Posesión de objetos lesivos.
 Agitación psicomotora progresiva.
 Intoxicación.
 Rasgos paranoides en psicosis.
 Alucinaciones auditivas que ordenan actos violentos.
 Afectación frontal.
 Excitación catatónica.
 Impulsividad.

Evaluación del riesgo

- Explorar ideación violenta, deseo, intención, plan, disponibilidad de medios para llevar a cabo el plan, deseo de ayuda para evitarlo.
- Características demográficas asociadas a mayor riesgo: sexo (masculino), edad (15-24 años), nivel socioeconómico (bajo), apoyo social (poco).
- Antecedentes personales: actos antisociales, falta de control de impulsos (abuso de estancias, autolesiones, conductas suicidas)
- Factores de estrés relacional: conflictiva conyugal, violencia doméstica, pérdidas...

Diagnóstico rápido

S. mental orgánico (tratamiento verbal no eficaz; inmovilización hasta conocer etiología)
 S. psicótico (tratamiento verbal eficaz, pero transitoriamente. Precisaré neurolepticos y a veces inmovilización)
 Trastorno no orgánico no psicótico (tratamiento verbal puede ser suficiente, pero debe estar disponible personal para contener si es preciso)

Manejo del paciente agitado/violento

Manejo verbal del paciente agitado

Preocuparse por la propia seguridad
 Aparentar calma y control de la situación
 Hablar despacio y suavemente
 Hablar sin provocar ni juzgar al paciente
 Hablar de forma neutral y concreta
 Mostrar respeto por el paciente
 Intentar permanecer sentados médico y paciente
 No distanciarse ni mirar fijamente al paciente
 Facilitar que el paciente hable
 Escuchar al paciente

Tratamiento farmacológico

No se debe precipitar la sedación sin conocer la etiología.
 Si el paciente viene sedado o con tratamiento psicofarmacológico se realizará: observación conductual, sujeción mecánica si precisa y posteriormente control de constantes.

Antipsicóticos:

Haloperidol (Tabla 18):

Agitación	joven o saludable	anciano o delicado
Leve	0,5-1,0mg. (5-10 gotas)	0,5mg (5 gotas)
Moderada	2.0-5.0mg (20-50 gotas)	1,0mg (10 gotas)
Severa	5,0-10,0mg (50-100 gotas)	2,0mg (20 gotas)

Si la agitación es severa, utilizar la administración intravenosa (bolo inicial de 0,5-2,0mg.) mejor que la intramuscular.

Antipsicóticos atípicos (Tabla 19):

Fármaco	Dosis inicial	Titulación
Risperidona	0,25-0,5 mg/12h	0,25-0,50/4h hasta 4mg/día
Quetiapina ⁷²	25-50 mg/12h	hasta 600mg/día
Olanzapina	2,5-5,0 mg/12h	hasta 20mg/día

RECORDAR QUE LA AGITACIÓN VA CEDIENDO AL MEJORAR LA CAUSA DE LA MISMA

13.4 TRASTORNOS AMNÉSICOS

Pueden aparecer en el paciente VIH sin formar parte de la demencia, provocando un deterioro de la actividad social.

Clínica

- Deficit en la capacidad para retener información nueva
- Incapacidad para recordar información aprendida previamente
- No aparece en el contexto de delirium o demencia.
- Es un efecto directo de una enfermedad médica
- El curso puede ser:
 - Transitorio: duración menos a 1 mes
 - Persistente

Etiología

- Déficit de tiamina
- Hipoglucemia
- Enfermedades cerebrales primarias
- Tóxicos, fármacos (benzodiacepinas)

Tratamiento

- Etiológico
- Psicoeducación a paciente y familia

13.5 TRASTORNO CATATÓNICO

Se trata de un cuadro clínico raro que se manifiesta en el contexto de una enfermedad médica, habiendo descartado trastorno mental.

Clínica

- Se caracteriza por:
 - Inmovilidad motora o actividad motora excesiva (sin propósito y ajena a estímulos externos)
 - Negativismo extremo o mutismo (no colabora)
 - Movimientos voluntarios peculiares (estereotípias, posturas rígidas y mantenidas)

Ecolalia
Ecopraxia
Agitación
Pueden pasar de un modo brusco de la hipo a la hiperactividad.

Etiología

Entre sus causas están encefalitis, neoplasias, traumatismos craneales, diabetes y otros trastornos metabólicos.

Se debe descartar esquizofrenia, trastorno afectivo y efecto secundario a psicofármacos neurolépticos.

Tratamiento

Etiológico
Sintomático: Neurolépticos a dosis bajas (mejoran las anomalías posturales)

13.6 CAMBIO DE PERSONALIDAD

El cambio de personalidad es una alteración del comportamiento y modo de actuar de una persona.

Siempre se debe sospechar lesión cerebral, aunque casi todos los trastornos médicos pueden acompañarse de algunos de estos cambios.

Clínica

Alteración persistente de la conducta
Alteración de la expresión emocional (labilidad emocional, simpatía superficial e injustificada, raptus de irritabilidad)
Alteración de necesidades e impulsos (actos antisociales, comportamientos sexuales inadecuados, abandono en higiene, voracidad en alimentación)
Imprevisión en las consecuencias sociales del comportamiento
Reducción en la capacidad para mantener una actividad orientada a un fin
Suspiciousa, referencialidad.
Dependiendo del predominio sintomático puede ser: lábil, desinhibido, agresivo, apático, paranoide.

Tratamiento

Abordaje psicoeducativo y coadyuvante psicofarmacológico.

Psicofármacos útiles:

Ácido valproico para el control de la labilidad afectiva e impulsividad.
Psicoestimulantes para la apatía y la inercia
Neurolépticos para el control conductual

13.7 RECOMENDACIONES

- **Se recomienda buscar la etiología del trastorno neuropsiquiátrico antes de usar psicofármacos en los pacientes VIH (Nivel C).**
- **En los estados de agitación y delirium que precisen sedación se recomienda el uso inicial de haloperidol (Nivel A).**

14. Interacciones farmacológicas y efectos secundarios neuropsiquiátricos de los tratamientos antirretrovirales y psicofarmacológicos

14.1 INTRODUCCIÓN

La prescripción adecuada de un fármaco se basa en un buen conocimiento tanto de sus efectos terapéuticos como de sus efectos adversos. Por ello es importante conocer los efectos secundarios de los fármacos antirretrovirales sobre el SNC, así como las interacciones entre antirretrovirales y psicofármacos.

14.2 REACCIONES ADVERSAS Y EFECTOS SECUNDARIOS

Las reacciones adversas son respuestas nocivas y no intencionadas, que se producen con dosis que normalmente son utilizadas para la profilaxis y tratamiento de una enfermedad o para la modificación de las funciones fisiológicas^{73,74}.

En los pacientes con infección por el VIH, por la evolución constante de su enfermedad y de su tratamiento, el tema adquiere especial relevancia clínica. Nos ocuparemos solamente de las posibles manifestaciones adversas de tipo neuropsiquiátrico.

14.3 FÁRMACOS CON EFECTOS SECUNDARIOS NEUROPSIQUIÁTRICOS^{1,75}.

Muchos fármacos utilizados en el paciente con infección por VIH, entre ellos los antirretrovirales (ARV), han sido relacionados con efectos adversos en el SNC (Tabla 20).

A pesar de la gran batería de fármacos utilizados, estos efectos son hallazgos aislados, observados en el contexto de ensayos clínicos en los que con frecuencia no se han descartado otras causas; en la práctica clínica son, por tanto, infrecuentes.

ABACAVIR	Letargo, astenia, insomnio.
ACICLOVIR	Alucinaciones visuales, despersonalización, labilidad afectiva, confusión, inserción del pensamiento, insomnio, hiperestesia, hiperacusia
ANFOTERICINA B	Delirium
β-LACTÁMICOS	Confusión, paranoia, alucinaciones, manía
CICLOSERINA	Psicosis, somnolencia, depresión, confusión, convulsiones
COTRIMOXAZOL	Depresión, pérdida de apetito, insomnio, apatía
DIDANOSINA	Nerviosismo, ansiedad, confusión, insomnio, convulsiones, Astenia, cefalea.
EFAVIRENZ	Pesadillas, confusión, depresión, trastornos de concentración, insomnio, ansiedad, somnolencia, pensamientos anormales, amnesia, delirios, inestabilidad emocional, euforia, alucinaciones, psicosis.

ESTAVUDINA	Cefalea, astenia, confusión, depresión, convulsiones, excitabilidad, ansiedad, manía, insomnio
FOSCARNET	Cefalea, irritabilidad, alucinaciones, confusión
INTERFERÓN	Depresión, debilidad, cefalea, confusión...
ISONIACIDA	Depresión, agitación, alucinaciones, paranoia, amnesia, ansiedad
LAMIVUDINA	Insomnio, manía, cefalea.
METROTEXATE	Encefalopatía
NEVIRAPINA	Ansiedad
PENTAMIDINA	Confusión, ansiedad, labilidad, alucinaciones
PROCARBACINA	Manía, anorexia, insomnio, pesadillas, confusión, malestar
TENOFOVIR	Astenia, cefaleas.
QUINOLONAS	Psicosis, delirium, ansiedad, insomnio, depresión, convulsiones...
SULFONAMIDAS	Psicosis, delirium, depresión, alucinaciones
TIABENDAZOL	Alucinaciones
VINBLASTINA	Depresión, anorexia, ,cefalea
VINCRISTINA	Alucinaciones, cefalea....
ZALCITABINA	Confusión, déficit de atención, somnolencia, astenia, depresión, cefalea...
ZIDOVUDINA	Malestar, astenia, insomnio, sueños vívidos, inquietud, agitación, manía, alucinaciones auditivas, confusión, cefalea.
Grant y Atkinson (adaptado para Practice Guidelines for Treatment Psychiatric Disorders (2006).Lumbreras y Rubio(2004)	

Podrían destacarse algunos fármacos cuya asociación con efectos secundarios es frecuente:

Efavirenz (EFV), es el fármaco ARV más utilizado como parte de la combinación terapéutica de inicio; provoca en muchos pacientes síntomas en el SNC como Insomnio, irritabilidad, mareos, somnolencia, sueños vívidos etc, que pueden ser de gran intensidad en las primeras semanas para ir disminuyendo paulatinamente. Raramente obligan a interrumpir la terapia y también de forma ocasional se mantienen tras muchos meses de tratamiento. A veces puede ser preciso el manejo farmacológico del insomnio.

La relación entre su aparición y los niveles del fármaco es controvertida; una mayor susceptibilidad podría estar mediada genéticamente por polimorfismos en isoenzimas de los citocromos que lo metabolizan (CYP 2B6 y CYP 3A4).

Interferón (IFN), sus efectos secundarios en el SNC son frecuentes e intensos: insomnio, irritabilidad, depresión etc.

Suele ser preciso un soporte psicológico y/o psiquiátrico para garantizar la difícil adherencia a una terapia tan tóxica, así como el uso concomitante de psicofármacos ansiolíticos y/o antidepresivos, durante el tratamiento (6-12 meses).

Algunos paneles de expertos recomiendan el uso de antidepresivos previo al empleo de IFN en los pacientes más vulnerables.

A nuestro entender el asesoramiento psicológico debería ser obligado en todo aquel paciente en el que estuviese indicado administrar dicho fármaco.

14.4 INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS

Las interacciones entre fármacos con repercusión clínica potencialmente podrían llegar hasta un 25,4%⁷⁶

Se deben considerar una serie de indicadores que implican mayor riesgo de aparición de dichas interacciones.

SUPUESTOS CLÍNICOS CON RIESGO DE INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS

Fármacos que precisan control de concentraciones plasmáticas (ej., litio)

Fármacos con curvas dosis-respuesta de gran pendiente (ej. litio)

Fármacos potentes inductores o inhibidores enzimáticos

Fármacos con un metabolismo saturable (ej. Fenitoína)

Fármacos de utilización crónica que requieran concentraciones plasmáticas adecuadas

Utilización de varios fármacos al mismo tiempo

Uso de fármacos con una única vía metabólica

MECANISMOS DE PRODUCCIÓN DE INTERACCIONES

Farmacológico: Incompatibilidades fisicoquímicas.

Farmacocinético: Alteraciones en absorción, distribución, metabolismo y excreción

Farmacodinámico: sobre el mecanismo de acción del fármaco.

El metabolismo de estos fármacos se realiza a través del sistema enzimático hepático e intestinal conocido como citocromo P-450 (CYP 450). Dichas enzimas transforman sustratos en productos; pueden ocurrir interacciones que inducen o inhiben este proceso, modificando los niveles plasmáticos de los fármacos.

Las sustancias inductoras aumentan la actividad enzimática debido a que provocan aumento de la síntesis de copias del enzima. El efecto inductor puede tardar en manifestarse clínicamente aproximadamente una semana tras el comienzo del uso concomitante de los fármacos (ej. metadona y NA).

Las sustancias inhibidoras actúan de manera inversa, disminuyendo la actividad enzimática⁷⁷. La acción inhibidora puede ser inmediata (inhibidores de la proteasa y benzodiacepinas)

En los pacientes VIH que precisen psicofármacos ha de tenerse en cuenta no sólo la potencial interacción de éstos con los antirretrovirales, sino también el uso de otros fármacos como antiinfecciosos (tuberculostáticos, antimicóticos) así como el empleo de drogas de uso recreacional, plantas medicinales como la hierba de S. Juan (*Hypericum perforatum*) ó suplementos de ajo que reducen, por inducción enzimática, los niveles en sangre de muchos antirretrovirales.

ASPECTOS DE RELEVANCIA A TENER EN CUENTA^{42,71}

Las interacciones observadas “in vitro” no siempre se correlacionan con las observadas “in vivo”.

Actualmente los IP suelen ser potenciados con ritonavir (RTV) a dosis de 100mg, muy bajas pero suficientes para que la combinación adquiera perfil de interacciones propias del RTV.

Los determinantes genéticos producen variabilidad en la aparición individual de las interacciones.

Aspectos menos conocidos como la relación de los fármacos con transportadores celulares como la glicoproteína-P (P-GP), pueden influir sobre la absorción y distribución de los fármacos en el organismo (paso a través de la barrera hematoencefálica).

NORMAS EN LA FARMACOTERAPIA PSIQUIÁTRICA DEL VIH^{22, 72,}

A pesar de las múltiples interacciones teóricas, serán escasas las repercusiones clínicas si seguimos las siguientes normas cuando prescribimos un psicofármaco a un paciente VIH con TAR:

- Considerar las vías metabólicas y escoger los fármacos con menor número de interacciones.
- Diseñar la terapia de forma sencilla y adaptada a la vida del paciente.
- Comenzar la terapia con dosis bajas e ir aumentando gradualmente según tolerancia y eficacia.
- Tener en cuenta el uso de otros fármacos no ARV.
- Tener en cuenta el uso de alcohol y otras drogas de recreo.
- Conocer que la principal vía metabólica es el CYP 3A4 y 2D6.
- Los principales inductores son:
Antiepilépticos: carbamazepina, fenitoina y fenobarbital.
Tuberculostáticos: rifampicina y rifabutina.
Antirretrovirales: EFV, NVP, RTV, NFV.
- Los principales inhibidores son:
Antirretrovirales: IP, el RTV el más potente.
Antimicóticos azólicos.
Macrólidos.
- Cuando usamos en conjunto IP potenciados con RTV su efecto inhibidor prima sobre el de los psicofármacos.

OTRAS VÍAS DE METABOLIZACIÓN Y EXCRECCIÓN QUE NO INCLUYEN EL CYP

Glucuronización:

El enzima glucuronil transferasa es inducido por el RTV y algunos AN. Los fármacos que utilicen esta vía pueden ver disminuido su nivel plasmático y su eficacia.

Como ejemplos tenemos el ácido valproico y algunos ansiolíticos como el loracepam, oxacepam y temacepam. Estos últimos, a pesar del ligero incremento de niveles, son una opción más segura que las benzodiazepinas metabolizadas por el CYP.

Excrección renal:

El carbonato de litio, la lamotrigina, la gabapentina, son excretados por vía renal y pueden verse afectados en situaciones como la deshidratación, o por el uso de otros fármacos que puedan disminuir el flujo renal (descrito en algunos casos con tenofovir).

14.5 VÍAS DE METABOLIZACIÓN DE LOS DISTINTOS GRUPOS FARMACOLÓGICOS

METABOLIZACIÓN DE LOS ARV

Los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos nucleósidos (AN), no utilizan el CYP como sistema de metabolización. El ABC y el AZT usan la UDP-glucuronosiltransferasa y otros sistemas enzimáticos.

Tanto los inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (NA) como los inhibidores de la proteasa (IP) son metabolizados por el CYP, especialmente el 3A4 y 2D6, aunque otros isoenzimas también están implicados.

El enfuvirtide (T-20), hasta ahora único fármaco inhibidor de la entrada, parcialmente eliminado por el hígado, no parece estar implicado en interacciones significativas.

En las tablas 21 y 22 indicamos las principales isoenzimas implicadas en el metabolismo de los ARV.

Tabla 21 Isoenzimas mas relevantes del citocromo P450 e IPs			
IP	sustrato	inhibición	inducción
Ritonavir	3A4>2D6	3A4, 2C9, 2D6, 2B6	1A2/glucuro.
Indinavir	3A4	3A4	
Nelfinavir	3A4>2C19, 2D6, 2B6, 2C9?, 2E1?	3A4, 2C19, 2D6, 2B6	glucuro.
Saquinavir	3A4	3A4, 2C9	
Amprenavir	3A4	3A4	
Lopinavir (r)	3A4, 2D6	3A4, 2D6	
Atazanavir	3A4	3A4	
Tipranavi-r	3A4	3A4, 2D6	P-Gp
<i>La mayoría de los IP (excepto el NFV y en alguna ocasión el ATV) son intensificados con RTV (100-400mg), su acción sobre los CYPa estas dosis es superponible a la del fármaco a dosis plenas.</i>			
<i>En rojo los relacionados con el metabolismo de los psicofármacos.</i>			

Tabla 22 Inhibición / inducción del CYP por NA			
NA	Isoenzima del CYP		
	sustrato	Inducida	Inhibida
Efavirenz	3A4, 2B6	3A4	3A4, 2B6, 2C19, 2C9
Nevirapina	3A4, 2B6	3A4> 2B6	3A4

El tipranavir TPV presenta efectos competitivos con RTV

- Es inductor del 3A4, pero como siempre se administra con RTV prima el efector inhbidor de éste
- Inhibidor (como el RTV) del 2D6→IRS etc
- No se conoce su efecto sobre otros isoenzimas del CYP
- Inductor de la P-Gp (prima sobre el inhbidor del RTV); el efecto sobre los psicofármacos es desconocido: los sustratos podrán disminuir sus niveles plasmáticos

- Predecir las interacciones es difícil. El efecto dependerá de la afinidad por las vías de metabolización
- Debido al efecto inhibitor sobre 2D6 y 3A4, aumentan los niveles de IRs, antipsicóticos... etc., que deben administrarse con precaución a dosis bajas con aumentos controladas.

METABOLIZACIÓN DE LOS ANTIDEPRESIVOS (Tabla 23)

El uso de fármacos antidepresivos es muy frecuente en los pacientes VIH. En la mayoría de los casos se utilizan los ISRS, mejor tolerados que los antidepresivos tricíclicos e igual de eficaces. Sin embargo comparten vías de metabolización con los ARV por lo que debe ser monitorizada su eficacia y/o toxicidad¹⁹.

Tabla 23 Antidepresivos					
	Nombre comercial (Vademécum)	Dosis (mg)	Metabolismo	Precauciones	Efectos secundarios
ISRS					
Fluoxetina	ADOFEN PROZAC RENEURON	20 - 60	Inhibidor 2D6, 3A4, 2C19	RTV → ↑↑niveles titración lenta	Buena tolerancia en general. Precaución con el síndrome serotoninérgico
Paroxetina	CASBOL MOTIVAN SEROXAT	20 - 60	Inhibidor 2D6	RTV puede ↑ niveles	
Citalopram	RELAPAZ PRISDAL SEROPRAM	20 - 60	Debil Inhibidor 2D6	RTV puede ↑ niveles: débil	Buena tolerancia en general: electivo
Escitalopram	CIPRALEX ESERTIA	10 - 30	Debil Inhibidor 2D6	RTV puede ↑ niveles: débil	Buena tolerancia en general: electivo
Sertralina	BESITRAN	50 - 150	Debil Inhibidor 2D6	RTV puede ↑ niveles: débil	Buena tolerancia en general: electivo
Fluvoxamina	DUMIROX	50 - 200	Inhibidor 3A4, 1A2, 2C19	RTV puede ↑ niveles	
Tricíclicos					
Imipramina	TOFRANIL	100 - 300	Metabolismo 2D6	RTV → ↑↑niveles (monitorizar niveles y ECG)	Efectos anticollinergicos relevantes (sequedad de boca, retención urinaria, confusión) Alteraciones en ECG
Nortriptilina	NORFENAZIN PAXTIBI TROPARGAL	50 - 200			
Clorimipramina	ANAFRANIL	10 - 250			
ISRN					
Mirtazapina	VASTAT REXER	15 - 60	Metabolismo 2D6, 1A2, 3A4	RTV → ↑↑niveles	Sedación e hiperorexia (pueden ser beneficiosos en algunos pacientes)
Venlafaxina	DOBUPAL VANDRAL	75 - 300	Metabolismo 2D6, 3A4	RTV puede ↑ niveles	Sedación e hiperorexia (pueden ser beneficiosos en algunos pacientes) Hipertensión
Otros					
Trazodona	DEPRAX	75 - 300	Metabolismo 3A4	RTV puede ↑ niveles	Sedación
Nefazodona	DUTONIN MENFAZON A RULIVAN	150 - 300	Inhibidor 3A4	RTV puede ↑↑ niveles	Sedación
Bupropion	QUOMEM ZYNTABAC	150 - 300	Metabolismo 2D6, 3A4, 2B6	NFV, RTV y EFV pueden ↑↑ niveles	Nerviosismo, insomnio, hiporexia

Este control está en ocasiones limitado por la falta de información del médico de la unidad de VIH que desconoce la dosis exacta de estos fármacos, prescritos no solo por psiquiatras sino a menudo por los médicos de los centros de desintoxicación o EAP.

Muchos antidepresivos son sustratos del CYP 2D6 y por lo tanto susceptibles de ver incrementados sus niveles con RTV, NFV y otros IP potenciados a su vez con RTV. Todos deben administrarse a dosis iniciales bajas e ir aumento progresivamente.

- Sertralina y citalopram se eliminan más rápido, por ello se esperan menos interacciones con su empleo que con la administración de paroxetina y fluoxetina⁷⁸.

Los nuevos antidepresivos ofrecen características muy útiles para nuestra población como:

- Mirtazapina que tiene efecto sedante orexígeno
- Venlafaxina tiene indicación para el tratamiento de la ansiedad

Sin embargo todos ellos son en mayor ó menor medida sustratos del CYP y vulnerables al efecto inhibidor / inductor de los ARV.

- La nefazodona además de su posible acción inhibidora ha sido asociada a hepatotoxicidad y debe utilizarse con cautela en los pacientes con posible daño hepático subyacente.

El bupropion, utilizado como coadyuvante en la desintoxicación tabáquica se metaboliza en el CYPB6, isoenzima inhibido por el RTV, NFV y EFV y sus niveles plasmáticos aumentados pueden llegar a provocar convulsiones⁷⁹. La toxicidad es muy poco frecuente en la clínica, pero debe evitarse su coadministración con dosis de RTV mayores de 200 mg/d.

METABOLIZACIÓN DE LOS ANTIPSICÓTICOS (Tabla 24)

Los antipsicóticos atípicos, como la ziprasidona y el aripiprazol, se asocian a menos efectos extrapiramidales que los antipsicóticos típicos (haloperidol, clorpromacina etc).

Risperidona, olanzapina, quetiapina presentan cualidades específicamente útiles para algunos pacientes, como es la ganancia de peso, pero la olanzapina aumenta la toxicidad de los propios ARV en relación al síndrome metabólico secundario a su uso.

Finalmente, al ser todos ellos metabolizados por el CYP la utilización conjunta con IPr puede incrementar sus niveles. La dosificación cuidadosa limita las consecuencias clínicas de estas interacciones teóricas y su uso en general es seguro.

Tabla 24 Antipsicóticos					
	Nombre comercial (Vademécum)	Dosis (mg)	Metabolismo	Precauciones	Efectos secundarios
Antipsicóticos típicos					
Haloperidol	HALOPERIDOL	0,5 – 20	Inhibidor 2D6	RTV puede ↑ niveles	Mayor tendencia a efectos secundarios extrapiramidales (hipocinesia, rigidez, distonía)
Perfenacina	DECENTAN MUTABASE (asociación)	2 – 24	Inhibidor 2D6	RTV puede ↑ niveles y viceversa	
Trifluoperacina	ESKAZINE	2 – 20	Metabolism 1A2	RTV puede ↑ niveles y	

				viceversa	
Flufenacina	MODECATE	12,5 – 50	Inhibidor 2D6	RTV puede ↑ niveles y viceversa	
Clorpromacina	LARGACTIL	25 – 200	Metabolism 1A2, 2D6, 3A4. Inhibidor 2D6	RTV → ↑↑ niveles	
Antipsicóticos atípicos					
Clozapina	LEPONEX	25 - 200	Metabolismo 1A2, 2D6, 3A4, 2C19	RTV → ↑↑ niveles y ↑ el riesgo de convulsión	Hiperglicemia, hipertrigliceridemia y aumento de peso
Olanzapina	ZIPREXA	2,5 – 30	Metabolismo 1A2, 2D6.	RTV puede ↓ niveles: eficacia?	Menor tendencia a efectos secundarios extrapiramidales
Quetiapina	SEROQUEL	100 – 800	Metabolismo 3A4.	RTV puede ↑ niveles y efectos secundarios	
Risperidona	DIAFORIN RISPERDAL	0,5 – 9	Metabolismo 2D6, 3A4. Inhibidor 2D6	RTV puede ↑ niveles y efectos secundarios	
Ziprasidona	ZELDOX	40 – 160	Metabolismo 3A4.	RTV → ↑↑ niveles y efectos secundarios	
Aripiprazol	ABILIFY	15 - 30	Metabolismo 2D6, 3A4.	RTV puede ↑ niveles y efectos secundarios	Menor tendencia a efectos secundarios extrapiramidales

METABOLIZACIÓN DE LOS EUTIMIZANTES (Tabla 25)

El litio no es metabolizado en el organismo y se excreta por vía renal sin cambios. Sin embargo, su índice terapéutico es muy bajo y muchos fármacos de uso común, como los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), los Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), los diuréticos etc., pueden incrementar sus niveles y provocar toxicidad. Lo mismo ocurre con todas aquellas situaciones que modifiquen o alteran la función renal, como cuadros de deshidratación secundarios a gastroenteritis⁸⁰, la propia infección por VIH y algunos ARV como el TDF. Por lo tanto, se debe monitorizar de forma periódica midiendo sus niveles plasmáticos.

El uso de carbamacepina no se recomienda en pacientes VIH. Tiene un gran efecto inductor enzimático del CYP 3A4 que puede ocasionar niveles de ARV insuficientes, además de un riesgo añadido de hepatotoxicidad y hematotoxicidad que se suman a las provocadas por la propia infección VIH, a las posibles coinfecciones por VHB y VHC y a las de los ARV.

El valproato, aunque con menos interacciones en el CYP, está sujeto a las modificaciones en la glucuronidación. También debe tenerse en cuenta su asociación con trombopenia y pancreatitis, secundarias asimismo a la infección por VIH y al uso de ARV como el ddl. También puede ser hepatotóxico

Igual ocurre con la lamotrigina, al utilizar la misma vía metabólica que el RTV y el NFV, puede ser inhibida por la administración de estos fármacos. Ha sido asociada con rash muy severo siendo este otro efecto adverso común en algunos ARV, como los NA,

sobre todo NVP, y parte del cuadro de hipersensibilidad al ABC, con el que puede ser confundido.

La gabapentina, por último, no es metabolizada y se excreta vía renal, debiendo monitorizarse el aclaramiento renal.

Tabla 25 Eutimizantes					
	Nombre comercial (Vademécum)	Dosis	Metabolismo	Precauciones	Efectos secundarios
Carb. de litio	PLENUR	Mantener niveles 0,6 – 0,9 mEq/L	Sin metabolismo hepático Elim.. renal	No intera. con ARV Toxicidad en VIH con niveles normales Vigilar f. renal : TDF?	Temblor Diarrea Aumento de peso Alteraciones en ECG
Valproato	DEPAKINE	Mantener niveles 40 – 100 □g/mL	Inhibidor de glucuroni.	↑ de niveles de AZT → no ajuste de dosis toxicidad de la AZT Hepatotoxicidad: VHC	Aumento de peso Aplasia medular Hepatitis
Carbama-zepina	TEGRETOL	Mantener niveles 4 – 10 □g/mL	Inductor de CYP 3A4	Puede ↓ los niveles de ITINAN e IP. RTV: puede ↑ los niveles de CBZ	Aplasia medular Diplopia Ataxia
Lamotrigi-na	CRISOMET LABILENO LAMICTAL	100 - 300 mg	Glucuroni.	Titulación lenta (25 mg/semana)	Rash cutáneo
Topirama-to	TOPAMAX	100 – 400 mg	Inhibidor 2C19	Podría afectar y ser afectado (↑) por RTV y NFV	Pérdida de concentración Alteraciones del comportamiento Ataxia

METABOLIZACIÓN DE LOS ANSIOLÍTICOS

El uso de ansiolíticos puros puede ser necesario de forma transitoria en muchos de los pacientes con infección por el VIH con TAR.

Dentro de las benzodiazepinas el fármaco de elección es el loracepan, metabolizado en el hígado mediante reacciones de conjugación, por lo que tiene menor susceptibilidad de inducción / inhibición que otras benzodiazepinas de uso común, como diazepam, alprazolam o cloracepan, que además de su potencial aditivo, son sustratos del CYP 3A4 y susceptibles de aumentos en sus niveles plasmáticos. Este aumento en sus niveles puede producir toxicidad, que se manifiesta como desinhibición en el comportamiento, delirio y, síntomas que incluyen confusión, desorientación, alteraciones de la memoria, labilidad emocional y agitación.

La buspirona es un ansiolítico de un grupo farmacológico distinto con menor capacidad de adicción, pero metabolizado por el CYP 3A4 con alto riesgo de interacciones, a la vez que efectos secundarios como vértigos y mareos superponibles a los observados con el EFV.

METABOLIZACIÓN DE LAS DROGAS de abuso (Tabla 26)

Las principales interacciones entre los fármacos ARV y las drogas de recreo de uso más frecuente se especifican en la tabla 26.

Respecto a la cocaína, sólo un 10% es metabolizado a través del CYP 3A4, por lo que su uso con IPr o NA tiene un impacto limitado. Sin embargo debe subrayarse que el metabolito obtenido por esta vía metabólica, la norcocaína, es hepatotóxica, este efecto podría minimizarse con los inhibidores del isoenzima (IPR) o aumentarse con los inductores (NA).

Los niveles de heroína (glucuronidación) y metadona (varias isoenzimas del CYP), pueden verse disminuidos con el uso del IPr y sobre todo de NA llevando a un síndrome de privación. El cuadro no suele ser clínicamente relevante con dosis bajas de RTV, pero siempre precisa ajuste de la dosis de metadona cuando se prescribe simultáneamente con NA.

El éxtasis y otros psicoestimulantes son sustratos de varios de los isoenzimas que pueden ser inhibidas por los IPr y cabe esperar un incremento en sus efectos indeseados con el uso concomitante. Dado el consumo lúdico de estas drogas, solo cabe recordar de forma genérica que su toxicidad se incrementa con el alcohol, con la hidratación inadecuada y con el ejercicio extenuante.

Finalmente aunque se han descrito disminuciones de los niveles de algunos IP (NFV e IDV) con el uso tanto terapéutico como lúdico de tetrahidrocanabinol, no se han apreciado evidencias clínicas de fracaso virológico.

Tabla 26 Interacciones potenciales entre ARV y sustancias de abuso/ de placer

Drogas de placer		Otros nombres	Interacciones con antirretrovirales		
		Metabolismo	IP, Efavirenz	Nevirapne, Efavirenz	Comentarios
Cocaína	Coca, crack	Hidrólisis espontánea co linesterasas, N-demethylation (CYP3A4) < 10 %	Puede ↓ el metabolito norcocaine, ↓ hepatotoxicidad	Puede ↑ el metabolito norcocaine, monitorizar hepatotoxicidad	Interacción teórica, relevancia clínica desconocida
Etanol	Alcohol	Alcohol dehidrogenasa, aldehido dehidrogenasa	Aumento de riesgo de pancreatitis con RTV	desconocido	Interacción con ITIAN: ↑ clínicamente insignificante en los niveles de ABC. ↑ de riesgo de pancreatitis con ITIAN
□-hidroxibutirato	GHB, G, Grievous bodily harm	Metabolismo de primer paso (CYP?), expirado como CO ₂	Posible ↑ riesgo de toxicidad de GHB (RTV+++)	Posible riesgo ↓ efecto de GHB	Reacción adversa grado 4 (amenaza vital) documentada en un paciente recibiendo RTV (bradicardia, parada cardíaca)
Heroína		Deacetilasa (formacion 6-monoacetil - morfina), luego glucuronidacion	NFV y RTV ↑ en la eliminación de metabolite activo, → privación de opiaceos	desconocido	Monitorización los signos y síntomas de privación de opiaceos: rinorrea, diaforesis, piloerección, lacrimo, ansiedad, agitación, insomnio, alucinaciones, psicosis, pupilas dilatadas, náusea, vómito, calambres abdominales.
Ácido Lisérgico dietilamida	LSD, ácido, secantes	CYP?	Desconocido, uso con precaución	Desconocido, uso con precaución	Efectos de LSD: agitación, insomnio, alucinaciones, psicosis, flashbacks
Metamfetamina	Cristal meth, Speed	CYP2D6	Esperado incremento de niveles de Ritonavir	desconocido	Monitorizar los signos/síntomas de toxicidad de anfetamina , evitar la combinación ; si se toma, use dosis reducidas de metamfetamina (1/4), abstención de alcohol, descanso, asegure la hidratación
Ketamina	Kit Kat, Special K	CYP2B6 > 3A4, 2C9	EFV, RTV y NFV ↑ del efecto de la Ketamina	EFV↑ del efecto de la Ketamina	Monitorizar los signos y síntomas de toxicidad de la ketamina (depresión respiratoria, arritmias cardiacas. temblores. movimientos tónico- clónicos
Metilendioxi-metanfetamina	MDMA, éxtasis	CYP2D6>1A2, 2B6, 3A4.	RTV↑↑↑sus niveles: un caso de muerte	↑ o ↓ de niveles	Monitorizar para signos y síntomas de toxicidad del MDMA. Evitar alcohol. Hidratación y descanso.
Fenilciclidina	PCP, polvo de ángel	CYP 3A4	RTV↑↑sus niveles	↓ de niveles	Monitorizar los signos y síntomas de toxicidad de la PCP: HTA, convulsiones, rabdomiolisis, hipertermia
Tetrahydro-cannabinol	THC, marihuana, porros	CYP 3A4, 2C9	RTV ↑↑ sus niveles ↓ NFV e IDV?	↓ de niveles	No afecta la eficacia ARV

Adaptado de Sanjay M. Sharma, J. Stephen McDaniel, and Nancy L. Sheehan⁴²

14. 6 RECOMENDACIONES

- Se recomienda el conocimiento de los efectos secundarios neuropsiquiátricos, para el diagnóstico diferencial en los pacientes con tratamientos antirretrovirales (Nivel C).
- Deben tenerse en cuenta las interacciones medicamentosas con los antirretrovirales ya que modifican sustancialmente los niveles plasmáticos de los fármacos y por tanto obligan a ajustar las dosis (Nivel B).

15. Aspectos psicológicos y psiquiátricos en niños y adolescentes

15.1 INTRODUCCIÓN

El tratamiento de las reacciones psicológicas y de los trastornos psiquiátricos asociados con el VIH/sida en niños y adolescentes, sólo puede planificarse de una manera eficaz si antes se ha realizado una adecuada **valoración psiquiátrica** (VP) del niño y del adolescente enfermo. La VP se entiende como un proceso específico, estructurado y bien definido compuesto por una serie de apartados que deberían cumplirse sistemáticamente (Gráfico 16).

De forma general, podemos decir que la VP es una estructura de exploración funcional y dinámica, que comprende un apartado inicial (evaluación clínica) donde el médico se dedica a recoger todos los datos posibles a través de la entrevista (con el niño y/o los padres) de la exploración física, la neurológica y del examen mental adecuado. Además se obtienen datos a través de pruebas complementarias o a través de estudios psicológicos o de la realización de escalas clínicas para valorar específicamente determinados trastornos psiquiátricos (Gráfico 17).

Una vez finalizada esta recogida de datos, el médico debe elaborar un modelo teórico basado en todos ellos y organizándolos según las evidencias científicas actuales. Este modelo debe ser lo más parecido posible a la situación clínica del paciente ya que es sobre él donde vamos a realizar las distintas aproximaciones diagnósticas, etiopatogénicas y terapéuticas. Además debemos tener en cuenta los aspectos personales/comprendivos, es decir aquellas situaciones o características de un paciente que sin estar relacionadas con los síntomas del diagnóstico o con la etiopatogenia de la enfermedad, tienen la suficiente importancia clínica como para ser tenidas en cuenta o para condicionar la actitud terapéutica. Con todos estos datos, el médico obtiene un modelo terapéutico ideal o teórico.

Posteriormente debemos adaptar este modelo ideal a las características propias del sistema social y sanitario en que se desarrolla la asistencia, para definir el tratamiento que vamos a aplicar definitivamente. Una vez obtenido el resultado final, el médico debe realizar un pronóstico evolutivo en el que se compare la posible evolución teórica sin tratamiento con la que suponemos que va a ocurrir cuando apliquemos el plan terapéutico elegido.

La formulación diagnóstica en la psiquiatría de niños y adolescentes se realiza en base a los datos clínicos y debe seguir las directrices y los criterios de una determinada clasificación internacional (DSM-IV-TR o CIE-10).

En algunos casos, sobre todo cuando se realizan exploraciones protocolizadas para profesionales que no son psiquiatras infantiles, y con la finalidad de homogenizar o facilitar los procesos, pueden ser útiles el uso de algunas entrevistas estructuradas o de algunas escalas de valoración. Entre las muchas existentes, citamos algunas de las más útiles:

- ✓ Child Behaviour Checklist (CBCL): Estudio de la presencia de síntomas generales que pueden estructurarse en una serie de grupos sintomáticos.
- ✓ Children Depression Inventory (CDI): Valoración de síntomas depresivos y emocionales. De fácil aplicación. Muy utilizada en la clínica habitual por su fácil aplicación.
- ✓ Yale-Brown Obsessive-Compulsive Disorder Scale (YBOCDS): Para cuantificar y valorar los trastornos obsesivo-compulsivos.
- ✓ Pruebas de función cognitiva: Continuous performance test (CPT): Wisconsin card sorting test (WCST): Modified verbal learning test (MVLTL), Wechsler intelligence scale for children (WISC).

15. 2 Psiquiatría en la adolescencia

Dentro de la patología psiquiátrica del niño y del adolescente, la etapa de la adolescencia es muy parecida a la vida adulta. Por lo tanto, la mayoría de los criterios de adultos descritos en esta guía clínica pueden aplicarse, con mínimas variaciones, a los adolescentes. Esta similitud puede aplicarse tanto a los aspectos relacionados con el diagnóstico como a los relacionados con el tratamiento de los trastornos psiquiátricos.

Por el contrario, la adolescencia difiere mucho de la vida adulta en los aspectos psicológicos asociados con los estilos de vida, en las reacciones psicológicas, en las formas de enfrentarse a la adversidad, o en los problemas de manejo de las conductas de riesgo⁸¹.

El 85% de los adolescentes VIH-positivos, pueden tener, al menos, un diagnóstico con criterios del DSM (el 44% un trastorno depresivo mayor). Alrededor de la mitad de ellos tiene una historia de trastorno psiquiátrico previa a la infección.

Los adolescentes también sufren la ansiedad y los miedos relacionados con la transmisión de la enfermedad, con los sentimientos de culpa y con el hecho de sentirse una carga para la familia⁸²⁻⁸⁴.

El estado del VIH de los padres afectados no parece tener relevancia sobre la psicopatología de los hijos, pero la presencia de un sida aparente puede asociarse con el aumento o la aparición de trastornos externalizantes (alteraciones conductuales) en los adolescentes⁸⁵.

Se ha descrito un aumento del riesgo relativo de suicidio, tanto como una forma de reacción aguda asociada con el conocimiento de la infección, como una consecuencia asociada al padecimiento de un trastorno psiquiátrico grave. Esto es particularmente relevante en los varones adolescentes, ya que, en condiciones normales, el suicidio representa la segunda causa de muerte en el grupo de edad entre 15 y 19 años^{86,87}.

15. 3 Psiquiatría en la infancia/niñez

Como ya hemos visto, el médico que trata a un paciente con VIH/sida debe realizar un modelo teórico del paciente en base a los datos y a las evidencias científicas. Este modelo va a servirle para aventurar un pronóstico y un tratamiento. Para realizar de forma adecuada este modelo debe tener en cuenta, además, una serie de características especiales que definen a la psiquiatría en estas edades y que la diferencia parcialmente de la psiquiatría del adulto:

- Inespecificidad de los síntomas y organización en forma de complejos diagnósticos menos estructurados que los habituales del adulto
- Mayor capacidad de autorregulación, reversibilidad y mutabilidad de la clínica psicopatológica
- Diferencias inter-individuales más marcadas
- Mayor co-causalidad. Los aspectos psicológico-somático-sociales y ambientales están menos diferenciados que en los adultos
- Crono-dependencia de la patología (muchísima dependencia de la edad y, por lo tanto, del periodo evolutivo en que se encuentre el niño)
- Comorbilidad: Muy en relación con la inespecificidad de los síntomas. Al ser más inespecíficos es más probable que varios de ellos aparezcan juntos

El tratamiento de los trastornos psiquiátricos en niños o adolescentes afectados por VIH no presenta más complicaciones que el resto de la patología psiquiátrica del niño, pero sí tiene unas características especiales y específicas:

Hacer un protocolo terapéutico adecuado sólo es posible para los trastornos psiquiátricos que se definen en base a un diagnóstico estructurado y derivado de los criterios de una clasificación internacional. Estos trastornos son, por definición, grupos bastante homogéneos y por lo tanto manejables. En la práctica general, los síndromes claramente definidos son los menos frecuentes y, por el contrario, predominan los denominados trastornos psiquiátricos incompletos, mixtos, atípicos o sub-sindrómicos (Gráfico 18). Hacer un protocolo terapéutico en estos casos es más complicado y requiere el control de variables más complejas.

La utilización de psicofármacos en niños con VIH/sida debe seguir los principios básicos y generales de la psicofarmacología, pero teniendo en cuenta realidades específicas:

- Debe tenerse muy en cuenta el estado físico del paciente, la gravedad de la afectación médica, el uso concomitante de politerapias y sus posibles interacciones medicamentosas
- La presencia de efectos secundarios, adversos y tóxicos va a ser más compleja de lo habitual y deben tenerse en cuenta cuestiones legales y sociales que no son tan importantes en los adultos
- Conocer si elegimos y prescribimos la medicación en función de síntomas o de diagnóstico globales.
- Aumentos progresivos: "Start low & Go slow"
- Invertir tiempo en explicar las razones por las que prescribimos o por las que elegimos una medicación específica
- Obtener consentimiento informado (verbal o escrito)
- Monitorizar regularmente la dosis y la necesidad de continuar con la medicación (evitar la tendencia a suspender demasiado pronto que existe cuando se prescribe a niños)

Psicoterapias: Son siempre útiles y, al igual que cualquier otro tratamiento, deben indicarse según la clínica. Se pueden utilizar una amplia gama de tipos. Exigen un conocimiento adecuado por parte del terapeuta.

15. 4 VIH/SIDA y Psiquiatría infantil. Aspectos Generales

Es conocido que la presencia del VIH puede alterar de forma **puntual** al SNC de los niños infectados, pero sabemos poco todavía de cómo puede afectar al **desarrollo madurativo** del cerebro. Debido a ello debe realizarse un seguimiento (más o menos exhaustivo) de sus funciones cognitivas básicas.

En los casos de afectación del SNC, ésta puede producirse ya desde antes del nacimiento y no solamente por el efecto del VIH sino por otras circunstancias, tales como el consumo de drogas por parte de la madre, la pobreza nutricional y social de la familia y por la presencia de una mayor frecuencia de trastornos psiquiátricos en los padres (sobre todo si el VIH/sida está relacionado con las toxicomanías).

Existen más datos sobre las alteraciones cognitivas y neurológicas inespecíficas que sobre patologías psiquiátricas estructuradas. Por lo tanto, ante la sospecha de una patología psiquiátrica en un niño con VIH/sida, el personal sanitario que le atiende debe en un principio, intentar encuadrar dicha patología dentro de una serie de apartados generales (Gráfico 19), para posteriormente, si fuera necesario, especificar más el diagnóstico.

15.4.1 Niños sin patología psiquiátrica estructurada

Son una serie de problemas psicológicos y/o alteraciones mentales menores que se producen en niños con VIH/sida y que no teniendo la entidad suficiente como para ser derivadas a un psicólogo clínico o a un psiquiatra infantil, sí necesitan atención y la aplicación de medidas específicas para corregirlas.

Todos estos problemas o alteraciones transitorias suelen guardar una relación temporal con la comunicación al niño del hecho de que tiene una enfermedad, que ésta es grave (posiblemente mortal) o que tiene que guardar unas normas muy específicas en lo referente a la posibilidad de contagio.

La mayoría de los niños necesitan una información adecuada sobre su enfermedad. Esta información debe ser clara y, sobre todo, debe ajustarse al nivel madurativo del niño. Determinar la capacidad del niño para entender nuestra información es muy complejo y, en honor a la verdad, sólo pueden darse unas normas tan generales que cuando intentamos aplicarlas nos sirven de poco:

- La primera norma práctica es que debemos disponer de bastante tiempo para planear como vamos a hacerlo y como vamos a resolver las posibles reacciones del niño.
- La segunda es que la información debe darse a primera hora del día para que el niño disponga de mucho tiempo para “re-elaborar” la información.
- La idea de la muerte aparece en la mayoría de los niños alrededor de los 8-9 años, por lo que en edades inferiores difícilmente van a comprender adecuadamente aspectos relacionados con ella.
- En muchos casos puede ser más conveniente educar a la familia sobre la información que hay que transmitir al niño y estar nosotros presentes (sobre todo en medio hospitalario) cuando ellos lo hagan.
- Las familias de los niños con VIH también tienen distintas alteraciones psicológicas. Los sentimientos de culpa por no estar infectados, las sobrecargas familiares por tener que cuidar al hermano enfermo y el miedo a contraer la enfermedad son los motivos más frecuentes de preocupación⁸⁸. Todos estos

factores pueden mejorar o corregirse con un manejo adecuado y con una buena información.

- En la población general, la presencia de síntomas depresivos predice las conductas sexuales de riesgo tanto en niños como en niñas adolescentes⁸⁹ y, esta asociación podría guardar relación con las distorsiones cognitivas y motivacionales que se producen en el estado depresivo. Estas distorsiones cognitivas tienen una especial relevancia en niños y adolescentes con VIH/sida, ya que la presencia de síntomas depresivos intensos es un predictor específico de no uso de condón.

15.4.2 Trastornos psiquiátricos más frecuentes

En la mayoría de los casos a los que nos vamos a tener que enfrentar, la presencia de alteraciones mentales está lo suficientemente estructurada como para producir dificultades en la capacidad de adaptación o para producir malestar o sufrimiento en el niño o en sus cuidadores, pero no para cumplir todos los criterios diagnósticos de la CIE-10/DSM-IV. Además presentan solapamiento entre ellas en muchos aspectos y van a estar muy condicionadas por el ambiente o la situación del niño. Por todo ello van a ser difíciles de evaluar adecuadamente.

Estas alteraciones mentales deberían clasificarse dentro de los apartados de “trastornos mentales mixtos, atípicos o no especificados”. Obviamente, existen pocos datos científicos de calidad que se hayan realizado con esta población tan compleja y tan heterogénea, ya que la mayoría de los estudios, escasos, se han realizado con muestras diagnósticas muy homogéneas y muy bien especificadas. La extrapolación de los ensayos clínicos a la práctica cotidiana, se hace bastante compleja.

Estos casos mixtos o atípicos van a necesitar una aproximación terapéutica basada en la definición de uno o varios síntomas diana. Además a la hora de realizar una valoración etiopatogénica debemos tener en cuenta que la predominancia de los factores biológicos y somáticos (en el caso del enfermo con VIH/sida) va a ser la norma, y que los factores psicológicos y sociales (también demasiado frecuentes en la mayoría de los pacientes) van a condicionar mucho la aplicación del tratamiento.

En estudios sobre morbilidad psiquiátrica en niños menores de 15 años, infectados perinatalmente e hijos de madres con consumo de tóxicos, comparados con niños sero-revertidos y niños sin VIH pero expuestos a abuso maternal de tóxicos, se encuentra que el **trastorno por déficit de atención/hiperactividad** (TDAH) suele ser el trastorno más importante entre los niños perinatalmente infectados. Dado que la frecuencia era también más alta en el grupo control, es de suponer que el consumo de tóxicos por parte de la madre, así como factores genéticos y ambientales pueden también ser importantes para explicar la etiopatogenia de TDAH en niños con VIH⁹⁰. En este mismo estudio, los niños VIH-positivos y sus padres, también presentaban más síntomas de **ansiedad** que los controles⁹⁰. También se ha sugerido que los **problemas conductuales** de estos niños pueden no ser debidos exclusivamente al VIH, sino que pueden estar relacionados con otras variables tales como la pobreza⁹¹.

Un pequeño estudio de pacientes infectados por el VIH en la adolescencia reveló que el 44% de ellos había presentado síntomas de **depresión** en los 6 meses siguientes al diagnóstico de VIH⁹².

Se ha descrito una frecuencia más alta de **hospitalizaciones psiquiátricas** entre niños infectados perinatalmente que en la población general no infectada por el VIH⁹³.

Los **trastornos psiquiátricos más frecuentes** en niños con VIH/sida son los trastornos psicossomáticos (28%), trastornos del aprendizaje (25%), hiperactividad (20%) alteraciones hiperactivo/impulsivas (19%), trastornos de conducta (16%) y de ansiedad (8%)⁹⁴. Los niños con recuentos de CD4 <660 cel por mm³, tenían más probabilidades de ser diagnosticados de alteraciones de conducta. Además, se ha visto que las alteraciones conductuales no se asocian con la presencia de alteraciones en las pruebas de neuroimagen.

15.5 Déficit neurocognitivos, delirium y psicosis orgánicas.

- La **encefalopatía** del VIH se caracteriza por la presencia de microcefalia, atrofia cerebral, anormalidades motoras y retrasos cognitivos. En los niños mayores y en los adolescentes es cuando se observan claramente los fallos evolutivos y, cuando se hacen manifiestas las malformaciones cerebrales, displasias corticales, encefalopatías hipóxico-isquémicas y la leucoencefalopatías multifocales progresivas. El **delirium** suele ser la alteración del SNC más frecuente⁹⁵. Factores de riesgo adicional para que el niño desarrolle encefalopatías precozmente son la enfermedad maternal avanzada, la encefalopatía maternal y una posible co-infección con citomegalovirus.
- Como en los adultos, los síndromes orgánicos causados por el VIH pueden **mimetizar** un cuadro depresivo⁹⁶, una psicosis esquizofreniforme o paranoide⁹⁷, una manía⁹⁸ o un trastorno obsesivo-compulsivo⁹⁹⁻¹⁰¹. Debido a ello es necesario evaluar siempre el estado somático del paciente, a pesar de que haya una clínica claramente psiquiátrica.
- Los pacientes adolescentes y con largo tiempo de enfermedad pueden tener problemas cognitivos (sobre todo en la memoria y en la atención), que pueden diagnosticarse por quejas clínicas sobre el rendimiento académico o, de una manera más selectiva, con algunos tests de funciones cognitivas tales como el Continuous Performance Test (CPT) que puede ser útil para detectarlos¹⁰²⁻¹⁰⁴. En muchas ocasiones las alteraciones cognitivas pueden estar precedidas de un deterioro del lenguaje¹⁰⁵.
- Las **psicosis** (esquizofrenias y trastornos bipolares) pueden aparecer en niños con VIH pero son más frecuentes en adolescentes mayores, ya que es en esta edad donde suelen aparecer por primera vez también en la población general. Algunos niños pueden presentar síntomas tales como interpretaciones delirantes, alucinaciones o euforias excesivas que pueden sugerir una psicosis grave. En estos casos suele ser necesaria una interconsulta al psiquiatra infantil, pero siempre después de que se haya descartado la posibilidad inicial de una lesión cerebral o de un posible efecto adverso producido por otras medicaciones.
- Existen pocos datos sobre la frecuencia de los **trastornos obsesivo-compulsivos** (TOC) en niños con VIH. Por el contrario, los contenidos sobre miedo al contagio del VIH sí son frecuentes en los pacientes con TOC¹⁰⁶. Algunos rasgos obsesivos y algunas manías pueden ser frecuentes en niños con VIH y ser predominantes en momentos de sobrecarga de tensión. Ello es debido a que los comportamientos obsesivos y los rituales pueden ser utilizados para controlar la ansiedad relacionada con esa situación. En el caso de que estos comportamientos sean más duraderos o incapacitantes, debe realizarse una interconsulta a psiquiatría infantil para diagnosticar la presencia de un verdadero TOC que necesite tratamiento específico: clorimipramina, ISRS o psicoterapia cognitivo conductual de exposición-inhibición de respuesta^{107,108}.

15.6 Trastornos internalizantes

- Los trastornos internalizantes son los trastornos depresivos y los ansiosos. De una manera general y global podemos decir que la presencia de sintomatología

depresiva, de ansiedad y de problemas sociales, puede oscilar entre el 12 y el 44% de la población infantil infectada^{91?}.

- Tenemos pocos datos sobre las características específicas de ambos diagnósticos cuando aparecen en niños con VIH/sida. El diagnóstico debe basarse en la presencia de ansiedad y tristeza patológicas (entendido este concepto como aquella ansiedad o tristeza que es excesiva y que no está relacionada solamente con la situación médica actual del niño) y, además, deben cumplirse los criterios específicos del DSM/CIE para cada diagnóstico (teniendo en cuenta las especificaciones propias que estas clasificaciones establecen para niños y adolescentes: menos síntomas y menor duración).
- Como ya hemos visto en la población general, la presencia de síntomas depresivos predice las conductas sexuales de riesgo tanto en niños como en niñas adolescentes⁸⁹. Este comportamiento tendría especial relevancia en niños y adolescentes dado que ello aumenta el riesgo de contagio y, una vez infectados, el riesgo de contagiar a otros⁸¹. Aunque la psicoterapia de apoyo o la psicoterapia específicamente estructurada debe ser utilizada en los niños con trastornos depresivos y ansiosos, algunos niños pueden necesitar el uso de fármacos ansiolíticos. En este caso, serían más adecuados los fármacos ansiolíticos de acción corta^{82,109}.
- El tratamiento de los episodios depresivos se basa en el uso conjunto del tratamiento cognitivo-conductual y, en los casos necesarios, del farmacológico^{82,109}. Los antidepresivos son uno de los grupos farmacológicos más prescritos en otras poblaciones infantiles con enfermedades graves¹¹⁰. Fluoxetina es el antidepresivo con aprobación en las depresiones infantiles¹¹¹:
 - ✓ El CHMP ha emitido un dictamen favorable para ampliar la indicación de fluoxetina a niños de 8 años de edad o más y adolescentes con depresión moderada a severa que no responden a psicoterapia (nota pública de la EMEA, <http://www.amed.es/actividad/alertas/docs/dir-serfv.df>).
 - ✓ El CHMP ha concluido que el balance beneficio/riesgo de fluoxetina en esta indicación es favorable.
 - Fluoxetina muestra un efecto positivo en los estudios en depresión mayor en niños y adolescentes.
 - Fluoxetina únicamente debe utilizarse, conjuntamente con psicoterapia, en pacientes que no responden a psicoterapia sola después de 4-6 sesiones.
 - La dosis inicial es de 10 mg/día, pudiéndose incrementar a 20 mg/día después de una a dos semanas de tratamiento.
 - Si no se obtiene beneficio clínico al cabo de 9 semanas, se debe reconsiderar el tratamiento.
 - Se deben investigar con mayor profundidad los efectos de fluoxetina sobre el desarrollo sexual, el comportamiento emocional y la toxicidad testicular.

15.7 Trastornos externalizantes

- En este apartado se engloban los TDAH, los trastornos de conducta y los trastornos por abuso de sustancias.
- Los trastornos por déficit de atención serían los más frecuentes y, guardan relación tanto con aspectos genéticos como con los déficits sociales asociados a los padres. El propio VIH/sida puede actuar como desencadenante o mantenedor del trastorno debido a sus efectos sobre el SNC. Los niños con VIH que están clínicamente estabilizados, tienen más problemas de conducta que los habituales para su rango de edad⁹⁴. La hiperactividad asociada con encefalopatía podría ser tratada con metilfenidato y con clonidina con buenos resultados^{82,109}.

Gráfico 17. Valoración psiquiátrica en niños y adolescentes

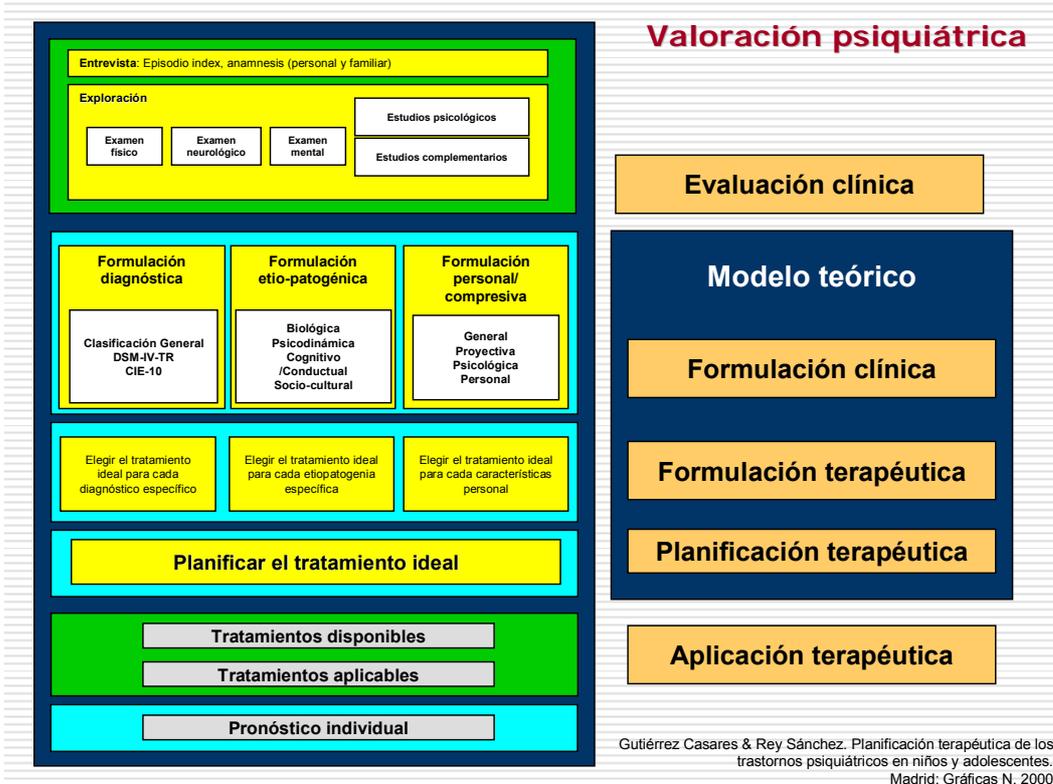


Gráfico 18. Modelo detallado de evaluación clínica en psiquiatría de N&A

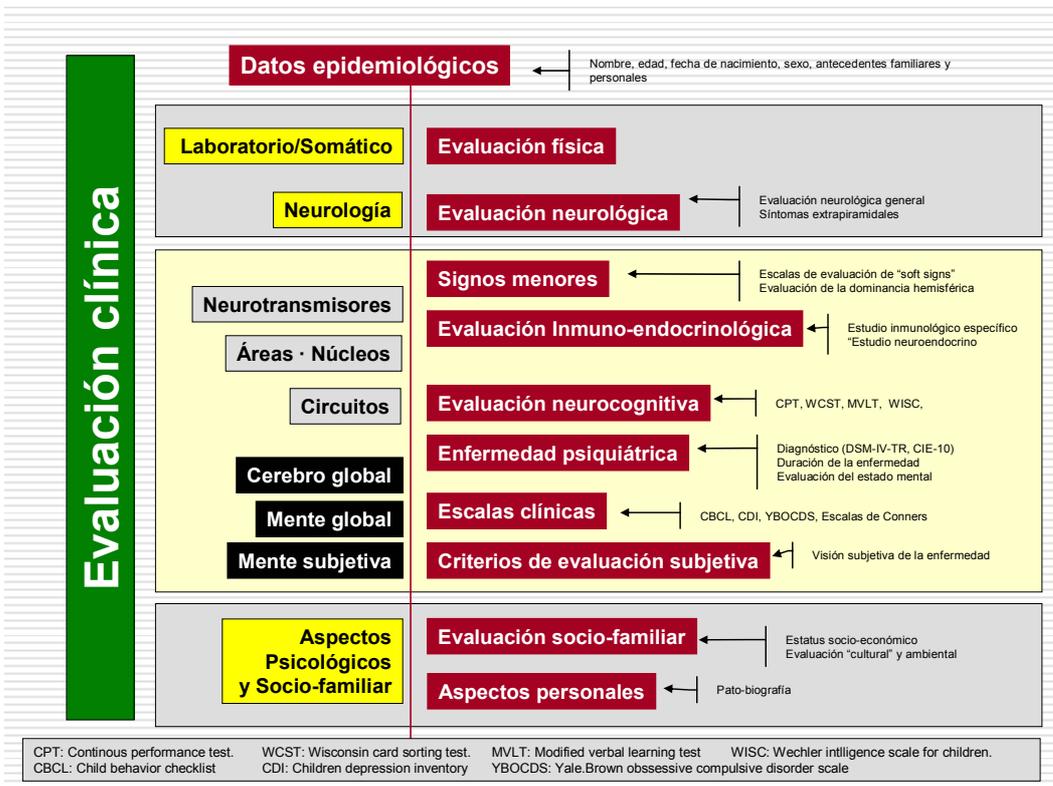


Gráfico 19. Distintas situaciones clínicas en la práctica cotidiana

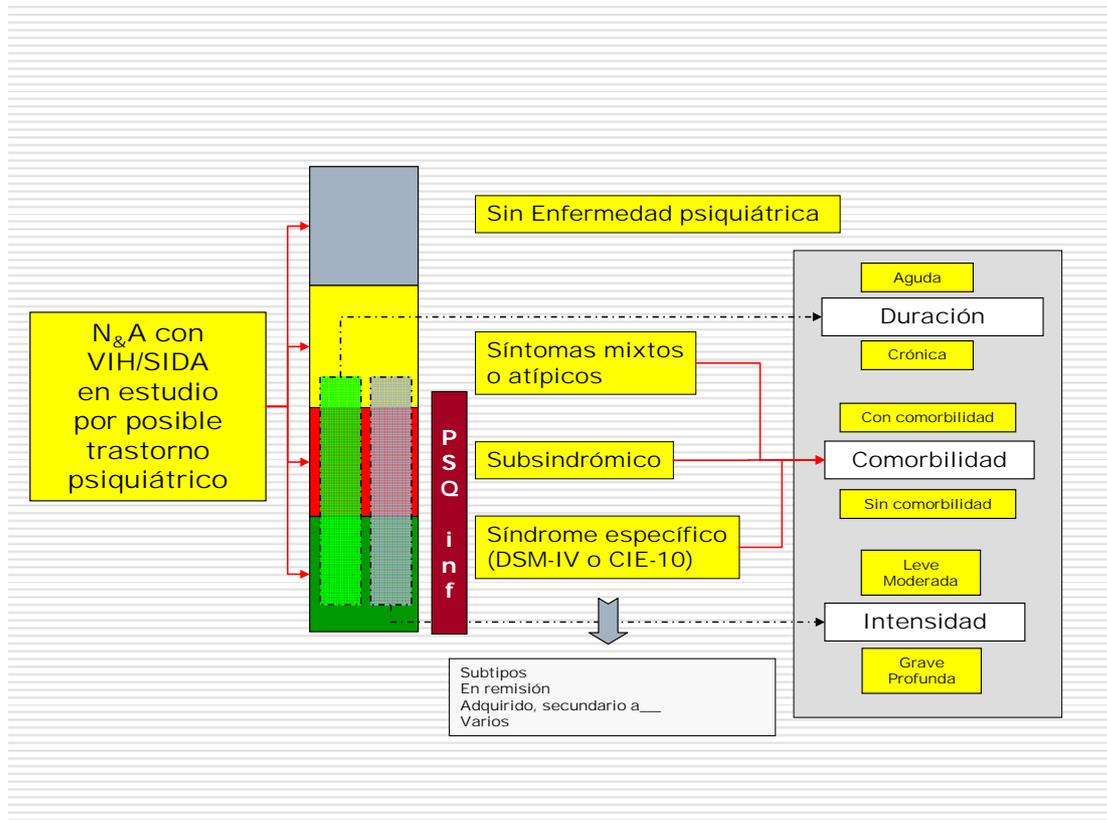
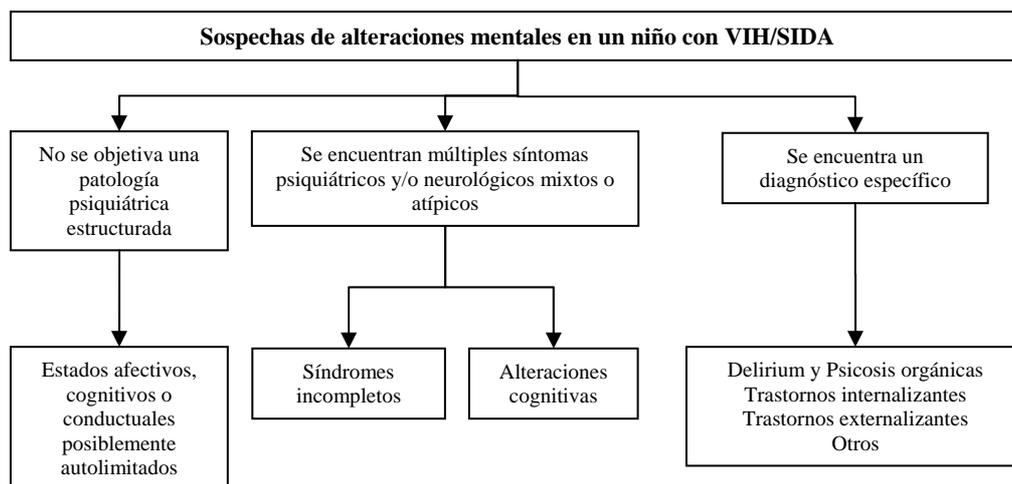


Gráfico 20. Problemas psicológicos y trastornos mentales en N&A con VIH/SIDA



15.8. Recomendaciones

- Ante un déficit neuro-cognitivo, o de una psicopatología grave, es preciso hacer una interconsulta a psiquiatría infantil para descartar la presencia de delirium, psicosis o trastornos obsesivo-compulsivos. (Nivel C).
- El tratamiento de los episodios depresivos se debe basar en el uso conjunto del tratamiento cognitivo-conductual y, en los casos necesarios, del farmacológico, siendo la fluoxetina el antidepresivo aprobado en las depresiones infantiles. (Nivel B).

16. Impacto emocional en el equipo asistencial

16.1 INTRODUCCIÓN

Los notables avances clínicos y farmacológicos han hecho que todos los colectivos implicados -pacientes, entorno personal del afectado y profesionales sociosanitarios- hayan visto modificadas sus actitudes, emociones y roles a lo largo de estos últimos veinte años.

16.2 EL EQUIPO SOCIOSANITARIO ANTE LA INFECCIÓN POR EL VIH

La persona con infección por el VIH se ha convertido en una figura activa, informada, que demanda y es poco conformista. El equipo sociosanitario, y muy en especial el médico, ha dejado de ser tratado como "padre" para ser considerado un "consultor" en el seguimiento de la enfermedad.

Estos cambios repercuten sin duda en las emociones que el tratamiento de los pacientes provoca en el equipo. La impotencia, frustración, tristeza e indefensión, presentes ante la muerte de los pacientes, se convirtieron en esperanza y renovadas ganas. Los efectos secundarios de difícil manejo, la lipodistrofia, la toxicidad a largo plazo que parece hasta ahora inevitable, el nuevo auge de las prácticas sexuales de riesgo, entre otros, parecen el precio a pagar por la cronicidad conseguida. El médico en ocasiones siente que ha de tener respuesta para todo y eso no siempre es posible, apareciendo entonces de nuevo la frustración.

Otro cambio fundamental derivado de los avances clínicos ha sido la necesidad del trabajo multidisciplinar. La presencia de otros profesionales, además del personal de enfermería, como los de la salud mental (psicólogos y psiquiatras), trabajadores sociales y dietistas requiere de flexibilidad, capacidad de derivación y comunicación entre los profesionales.

El conocido síndrome de *burnout* afecta principalmente a las personas que trabajan al servicio y en contacto con otras personas y, muy especialmente, a los profesionales sociosanitarios^{112,113}.

16.3 EL SÍNDROME DEL *BURNOUT*: DEFINICIÓN

A lo largo de las últimas tres décadas, se han elaborado múltiples definiciones del concepto *burnout* (síndrome del "quemado"). La primera de ellas se debe a Freudenberg, que describió en 1974 el *burnout* como "una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador".

Posteriormente, en 1980 Cherniss enfatizó por primera vez la importancia del trabajo como antecedente en la aparición del *burnout*, definiéndolo como "cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en trabajadores con trabajos frustrantes o con demandas excesivas". En la definición de Cherniss, destacan tres aspectos fundamentales:

1. Desequilibrio entre la demanda de trabajo y los recursos del trabajador.
2. Respuesta emocional a corto plazo ante el desequilibrio, caracterizada por ansiedad, tensión fatiga y agotamiento.
3. Cambios conductuales.

Por último, Maslach y Jackson describieron en 1981 el *burnout* como "un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal". Para estos autores, el *burnout* consta de tres dimensiones:

- **Agotamiento emocional:** Sobreesfuerzo físico y hastío emocional que se producen como consecuencia de las interacciones entre trabajadores y los clientes.
- **Despersonalización:** Desarrollo de actitudes y respuestas clínicas hacia las personas a las que se presta el servicio.
- **Reducida realización personal:** Pérdida de confianza en la realización personal y presencia de un negativo autoconcepto como resultado de situaciones ingratas.

Diferenciación del concepto *burnout*

En ocasiones, el concepto *burnout* se confunde con otros fenómenos como depresión, ansiedad, fatiga o tedio. Sin embargo, es fundamental diferenciarlo para comprender mejor su idiosincrasia y desarrollar estrategias para afrontarlo.

Uno de los conceptos que resultan más confusos es el de *estrés*. El estrés es la respuesta del cuerpo ante alguna demanda. Existe el "estrés positivo" (eustrés), asociado con sensaciones de alegría, plenitud y el "estrés negativo" (distrés), que ocasiona un exceso de esfuerzo con relación a la carga. El distrés va acompañado siempre de un desorden fisiológico y de reacciones corporales, hiperactividad y somatizaciones.

Fases del *burnout*

Según Cherniss, el síndrome del *burnout* se desarrolla en las siguientes fases:

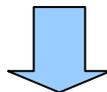
1. **Fase de entusiasmo:** El trabajo se experimenta como algo estimulante.



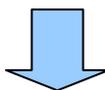
2. **Fase de estancamiento:** Se empiezan a plantear dudas sobre el trabajo, las expectativas no se logran, los objetivos son poco definidos. Aparecen los primeros síntomas físicos (cefaleas, dolor de estómago...).



3. **Fase de frustración:** Si no existen estrategias de afrontamiento adecuadas desde la persona o la organización, la situación va cronificándose y la irritabilidad aumenta.



4. **Fase de apatía:** Imposibilidad de decir no a las propuestas, cinismo en la relación con los otros, aumento de bajas laborales.



5. **Fase de quemado:** Colapso físico e intelectual.

Desencadenantes del *burnout*

Las variables desencadenantes del *burnout* pueden dividirse en tres categorías:

1. **Organizacionales:** Entre ellas, destacan la dinámica del trabajo, inadecuación profesional, sobrecarga de trabajo, contenidos, ambiente físico, turnos de trabajo, conflicto y ambigüedad de rol, estresores relacionados con nuevas tecnologías, estructura organizacional, estresores económicos y clima organizativo.
2. **Sociales:** Nivel de comunicación, actitud de familia y amigos, problemas familiares, estrategias de afrontamiento familiares y cultura.
3. **Personales.** Locus de control (mayor locus de control externo), personalidad resistente, sexo (aunque no está del todo comprobado la mujer parece presentar más niveles de *burnout* por su mayor rol familiar), edad (mayor experiencia implica generalmente más recursos), estado civil (los sujetos solteros son más susceptibles de padecer *burnout*), estrategias de afrontamiento, autoeficacia, patrón de personalidad tipo A (competitivo, agresivo, impaciente) y expectativas personales.

Medición del *burnout*

La tabla 27 recoge algunos de los instrumentos de medición más utilizados:

Tabla 27

<u>Instrumento de medida</u>	<u>Autor/es</u>
Staff Burnout Scale	Jones (1980)
Indicadores del Burnout	Gillespie (1980)
Tedium Measure (Burnout Measure)	Pines, Aronson y Kafry (1981)
Maslach Burnout Inventory	Maslach y Jackson (1981)
Burn-out Scale	Kremer y Hofman (1985)
Efectos Psíquicos del Burnout	García Izquierdo (1990)
Escala Variables Predictoras Burnout	Aveni y Albani (1992)
Holland Burnout Assessment Survey	Holland y Michael (1993)
Rome Burnout Inventory	Venturi, Dell'Erba y Rizzo (1994)

Destacamos a continuación el cuestionario Maslach Burnout Inventory por ser el que ha suscitado mayor número de estudios e investigaciones y cuyo uso se ha extendido a todo tipo de profesionales.

Maslach Burnout Inventory (MBI)

Este cuestionario generado por Maslach y Jackson en 1981 es un instrumento en el que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo.

Consta de 22 ítems que se valoran con una escala tipo Likert, con 7 niveles de respuesta. La factorización de los 22 ítems arroja tres factores que constituyen las tres subescalas del MBI:

- Subescala de **agotamiento emocional (AE)**: describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome.

- Subescala de **despersonalización (DP)**: describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención. También su puntuación guarda proporción directa con la intensidad del *burnout*.
- Subescala de **realización personal en el trabajo (RP)**: describen sentimientos de competencia y realización. En este caso, la puntuación es inversamente proporcional al grado de *burnout*; es decir, a menor puntuación más afectado está el sujeto.

La relación entre puntuación y grado de *burnout* es dimensional. No existe un punto de corte que indique si existe o no existe tal entidad. Se distribuyen los rangos de las puntuaciones totales de cada subescala en tres tramos: *burnout* bajo (AE <18; DP <5; RP >40), medio (AE 19-26; DP 6-9; RP 34-39) o alto (AE >27; DP >10; RP <33).

Actuaciones frente al *burnout*

Las actuaciones frente al *burnout* deben realizarse a tres niveles:

Desde el individuo. El cambio individual siempre es necesario ¹¹⁴. Las mejoras individuales implican el planteamiento de objetivos más realistas, aprender a establecer límites (número de pacientes, compromisos...), el aprendizaje de la derivación a otros profesionales más expertos en otras áreas, la dedicación a áreas personales que no están relacionadas con el trabajo (familia, amigos, actividades placenteras...) y la búsqueda de ayuda en otros (buscar supervisor, ayuda psicológica, etc). En cualquier profesión, y más en la medicina, es fundamental aprender a manejar las emociones ¹¹⁵.

Desde el equipo. Se recomienda también la formación de grupos de reflexión dentro del equipo.

Desde la empresa. Establecer una agenda máxima de trabajo, minimizar imprevistos, minimizar y facilitar la burocracia, favorecer la derivación, coordinar con especialistas, crear formación continuada, facilitar el acceso a gerencia y establecer feedback con superiores ¹¹⁶.

16. 4 RECOMENDACIONES

- Se recomienda que los profesionales de la salud de forma individual como los equipos sociosanitarios se autoevalúen de forma periódica, con el fin de detectar posibles situaciones de *burnout*. (Nivel C).
- Se aconseja el entrenamiento en el manejo de las emociones como elemento fundamental para conseguir proporcionar una asistencia óptima (Nivel C).

17. La infección por el VIH en los mayores

17.1 INTRODUCCIÓN

La infección por el VIH en los mayores representa en torno a un 10-15% del total, e irá en aumento gracias a las nuevas terapias, y al hecho de que muchos mayores pueden contraer la enfermedad por encima de los 65 años.

17.2 LA INFECCIÓN POR EL VIH EN LOS MAYORES

Existe un incremento progresivo del número de personas mayores con infección por VIH, el cual continuará creciendo en el futuro ^{117,118}.

Las relaciones heterosexuales sin protección constituyen el riesgo predominante para la adquisición de la infección por el VIH en los mayores, seguido de las relaciones sexuales no protegidas entre varones¹¹⁷.

La infección por el VIH se diagnostica más tarde en los mayores por no tener en cuenta que también tienen prácticas de riesgo; no pensar en la posibilidad de una infección, y confundir los síntomas de la infección por el VIH o de las infecciones y neoplasias asociadas con ella, con los de otras enfermedades más frecuentes en los pacientes mayores o con los de los trastornos asociados al envejecimiento.

17.2 PECULIARIDADES FARMACOLÓGICAS E INMUNOLÓGICAS DE LOS MAYORES

Diferencias Farmacocinéticas y Farmacodinámicas

Absorción, Metabolismo, Distribución y Excreción (ADME) son los pasos básicos que cualquier fármaco tiene en el organismo; estos cuatro niveles constituyen la cadena de acontecimientos que siempre hay que analizar en FC. En la Tabla 28 se exponen los principales cambios del ADME que ocurren en los mayores.

Tabla 28. Cambios farmacocinéticos en los mayores

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Retraso en vaciamiento gástrico• ↓ Niveles Prot. Plasmáticas (albúmina)• ↓ Volumen circulatorio• ↓ Perfusión cerebral• ↓ Síntesis / Actividad enzimas hepáticas• ↑ Tejido adiposo• ↓ Agua corporal• ↓ Flujo renal• ↓ Filtración glomerular / aclaramiento renal |
|---|

- La absorción está por lo general retardada, lo que sin embargo no tiene un gran significado clínico.
- El metabolismo hepático es también más lento, y el sistema de los citocromos funciona de manera reducida; esto hará que muchos fármacos alarguen su Vida Media (VM), y que se metabolicen, en todo caso, más lentamente.
- La distribución de los fármacos se ve también afectada en los mayores por varios cambios: el menor volumen circulatorio, la menor perfusión cerebral, el aumento del tejido graso (que frecuentemente conllevará que el fármaco se deposite más a este nivel), la hipoproteinemia relativa que frecuentemente se da en los mayores que conllevará una mayor fracción de fármaco libre (y es la verdaderamente responsable de los efectos farmacológicos).
- En cuanto a la excreción, mayoritariamente renal, se verá afectada en los mayores por un aclaramiento renal reducido, lo que hará que el fármaco se elimine más lentamente.

Todo esto tiene en la clínica como consecuencia fundamental, el que sea posible prescribir dosis de fármacos menores para lograr iguales concentraciones plasmáticas y en consecuencia los mismos efectos. En Psicofarmacología Geriátrica hay una regla de oro que conviene recordar: **“Empezar por dosis bajas y aumentar lentamente”**. Por

supuesto si no se obtienen con las dosis más bajas los resultados esperados, habrá que aumentar hasta llegar a la dosis ideal.

17.2.2. Interacciones farmacológicas en los mayores

La administración concomitante de antirretrovirales y psicofármacos es una cuestión de suma importancia. Las principales interacciones farmacocinéticas de los antirretrovirales son las que tienen lugar a nivel del metabolismo hepático a través del citocromo P450 y pueden ser debidas tanto a inducción como a inhibición enzimática. Las interacciones de los antirretrovirales con los psicofármacos y con otros numerosos medicamentos pueden verse con detalle en distintos portales de Internet, como, por ejemplo: <http://www.interaccionesvih.com> y <http://www.hivdruginteractions.org>.

Tabla 29. Principales interacciones entre antirretrovirales y psicofármacos

<p>Antipsicóticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pimozida está absolutamente contraindicada con todos los IP y efavirenz (EFV) . • Pueden utilizarse otros como clorpromacina, haloperidol, etc.
<p>Benzodiacepinas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Midazolam y triazolam están absolutamente contraindicados con los IP y EFV. • Pueden utilizarse otras como loracepam, alprazolam, etc.
<p>Antiepilépticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carbamacepina, fenitoina y fenobarbital están contraindicados con saquinavir/r e indinavir y se precisa reducir sus dosis si se administran junto a otros IP. • Pueden utilizarse otros como lamotrigina, valproato (requiere reducción de dosis junto con didanosina), clonacepam, etosuximida, etc.
<p>Antidepresivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bupropion está contraindicado con nelfinavir y ritonavir y se precisa reducir sus dosis si se administra junto a otros IP y NA. • Pueden utilizarse otros ADT como imipramina, etc. • Pueden administrarse los ATD inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, preferiblemente Citalopram, Escitalopram.

Los cambios renales descritos antes (reducción del flujo sanguíneo y del aclaramiento renal) tienen especial importancia en pacientes en tratamiento con Litio, que se indica esencialmente en pacientes con trastorno afectivo bipolar; en general es posible manejar dosis menores alcanzándose niveles plasmáticos adecuados.

Los mayores son también más susceptibles de desarrollar un síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética, lo que tiene especial importancia si se usan inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o carbamacepina, ya que los mayores están en una situación de riesgo mayor de desarrollar el mismo.

17.4 TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LOS MAYORES CON VIH/SIDA. PECULIARIDADES EN SU EXPRESIVIDAD CLÍNICA

17.4.1. Trastornos neurocognitivos en mayores con infección por VIH

La edad parece actuar como un factor de riesgo significativo para el desarrollo de deterioro neurocognitivo asociado a la infección por el VIH¹¹⁹. La concurrencia de edad avanzada y enfermedad por VIH, más si es avanzada, es particularmente problemática. No se ha demostrado que las personas mayores con infección por el VIH tengan mayores niveles de estrés emocional a causa de los problemas relacionados con el envejecimiento y con la enfermedad¹²⁰.

17.4.2. Trastornos depresivos en los mayores con infección por VIH

El trastorno depresivo mayor es más prevalente entre individuos con infección por el VIH que en la población general¹²¹. Las cifras pueden variar en función del estadio de la enfermedad.. Existen peculiaridades en la expresividad clínica del trastorno depresivo en el mayor:

- La “presentación característica típica” con hipocondría excesiva, mayor agitación, mayor frecuencia de delirios, un cuadro más endógeno y un aumento de presentación como síndrome confusional está discutida en la actualidad¹²².
- La irritabilidad, el sentimiento de no saber hacer las cosas correctamente, la pérdida de interés, son más frecuentes en los ancianos.
- Alta prevalencia de alexitimia por lo que muchos síntomas se relacionan con el envejecimiento normal.
- Más de dos tercios tienen quejas somáticas que en el 30% de los casos supone el inicio de la depresión¹²³: desórdenes gastrointestinales, malestar general, dolores osteoarticulares y musculares, trastornos cardiovasculares.
- Con frecuencia niegan sentimientos de depresión y tristeza, lo que dificulta el diagnóstico.
- Es frecuente la sintomatología delirante: temas de persecución, celos o perjuicio, más que los propiamente depresivos de culpa, ruina o hipocondría.
- Los mayores depresivos a menudo manifiestan irritabilidad y hostilidad: rehúsan comer, no retienen la orina, gritan sin cesar, se muestran agresivos, o abusan del alcohol.
- Expresión como síndrome constitucional: alteración franca del estado general, pérdida del apetito, rechazo de la comida, adelgazamiento rápido y deshidratación.
- En cuanto al tratamiento¹²², es conveniente tener en cuenta algunas consideraciones: a) requieren siempre dosis inferiores a las del adulto, b) tardan más en responder a los antidepresivos (6-8 semanas), c) los mejores resultados se obtienen al combinar tratamiento farmacológico e intervención psicosocial, d) los estudios publicados sugieren que los nuevos fármacos son tan eficaces como los antiguos, e) la elección de un fármaco se basa en el perfil de efectos secundarios y en las interacciones con otros fármacos, más que en el grado de eficacia terapéutica y f) la Terapia Electroconvulsiva (TEC) sigue siendo un tratamiento efectivo: es eficaz y bien tolerada en los “muy ancianos”; es el tratamiento de elección para pacientes cuyas vidas se ven amenazadas por el rechazo a comer y beber, una inhibición grave o conductas suicidas; es muy eficaz en depresiones delirantes y los pacientes con demencia y depresión pueden ser tratados con TEC, pero con mayor riesgo de delirium post-TEC.

17.4.3. Manía en los mayores

Con mayor frecuencia aparece en las etapas avanzadas de la enfermedad por VIH, complicadas con alteración neurocognitiva¹²⁴.

Las características clínicas de la manía en los sujetos de edad avanzada no difieren de las que se presentan en jóvenes, excepto por la alta prevalencia de disfunción cognitiva².

Los pacientes maniáticos mayores presentan altas tasas de morbilidad como reflejo de la patología fundamental del SNC (alta prevalencia de enfermedad cerebrovascular) encontrada en asociación con estos síndromes¹²⁵.

En cuanto al tratamiento² es conveniente tener en cuenta las siguientes consideraciones: a) El litio debe usarse con cautela porque se elimina sólo por el riñón, y debería prescribirse la mitad de la dosis empleada en los adultos; b) aunque no hay aún ensayos controlados de su uso en mayores, parece que el valproato es un eutimizante efectivo y bien tolerado en esta población, y c) tampoco hay ensayos con carbamacepina, pero se ha observado que la población geriátrica es menos vulnerable a este fármaco, aunque puede ser altamente neurotóxico en mayores.

17.4.4. Trastornos de ansiedad en los mayores

En los pacientes con infección por VIH/sida son especialmente frecuentes: el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), el trastorno por estrés postraumático (TEPT) y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

Los síntomas somáticos de ansiedad son similares a los que se presentan en otras edades y con frecuencia se atribuyen a enfermedad física. Esto podría explicar que el estudio ECA no identifique el trastorno por somatización en el mayor.

Las características clínicas del TOC son iguales que en el adulto. Puede desencadenarse en la vejez por hechos vitales adversos (por ejemplo, infección por el VIH). Lo mismo sería aplicable para el TEPT.

En cuanto al tratamiento es conveniente tener en cuenta algunas consideraciones: a) No son aconsejables las benzodiazepinas porque los mayores son muy sensibles a los efectos adversos; b) el TAG, el pánico y el TOC responden bien a los ISRS; c) la ansiedad grave puede tratarse con neurolépticos, y siempre son preferibles los atípicos.

17.4.5 Trastornos psicóticos en los mayores

En orden de frecuencia de presentación, un síndrome psicótico en un paciente con infección por el VIH haría pensar en delirium, complejo demencia asociado al sida y por último, enfermedad psiquiátrica primaria. Ésta última reviste algunas peculiaridades en el mayor:

- La esquizofrenia de inicio tardío (entre los 40 y los 59 años) se presenta con menor aplanamiento afectivo y un curso más benigno. El trastorno formal del pensamiento sólo se observa en un 5% de los casos y los síntomas de primer rango de Schneider son más atenuados. La inserción, interceptación o robo del pensamiento son extraordinarios¹²⁶.
- Los delirios más frecuentes son los de persecución y en menor frecuencia, los de referencia, control, capacidad sobrehumana y de naturaleza hipocondríaca.
- En cuanto al tratamiento de síntomas psicóticos en los mayores es preciso tener en cuenta algunas consideraciones:
 - a) La respuesta a la medicación antipsicótica en la esquizofrenia de origen tardío es menor que en la de comienzo temprano
 - b) los neurolépticos atípicos son de primera elección; la risperidona ha demostrado mejorar la función cognitiva y producir menor incidencia de discinesia tardía¹²⁷
 - c) la elección del fármaco se debe hacer en función de las enfermedades físicas concomitantes, otros fármacos recibidos y el perfil de efectos secundarios.

17.4.6. Trastorno por abuso de sustancias en los mayores

El problema no sólo se limita al consumo de drogas y conductas de riesgo asociadas, previo a la infección por VIH, sino también al abuso de drogas una vez contraída la enfermedad, como forma de combatir la depresión y ansiedad¹²⁴.

El tabaco, el alcohol, los hipnóticos y los sedantes son por orden de frecuencia los problemas de dependencia más prevalentes en los mayores. Los casos de abuso de alcohol exceden a los de abuso de drogas por un margen significativo¹²³. Las cifras de prevalencia de abuso de alcohol en los mayores oscilan entre 5 y 10% aunque hay estudios que sugieren que más del 50% de los pacientes psiquiátricos mayores beben en exceso¹²⁸.

En el mayor, el abuso de drogas o de alcohol puede presentarse como síntomas inespecíficos: aseo inadecuado, depresión, cambios de humor, incontinencia urinaria y fecal, debilidad muscular o miopatía franca, problemas de la marcha, caídas recurrentes, quemaduras o traumatismos craneales.

La toxicidad crónica por dosis bajas de benzodiazepinas, que es lo más habitual en el mayor, puede manifestarse como ataxia con caídas, estado de ánimo depresivo, sedación extrema, alteraciones en la memoria y otras disfunciones cognitivas hasta demencia franca.

Existen datos de que el alcoholismo “de inicio tardío” a menudo comienza como reacción a tensiones de la vida. Obviamente, la infección por el VIH supone un acontecimiento vital estresante.

En cuanto al tratamiento de abuso alcohólico en el mayor, parece que el uso de disulfiram es arriesgado, pero la naltrexona es segura en Geriatria.

17.4.7. Trastornos de la personalidad en los mayores

En general todos los estudios concluyen que hay una estabilidad de la personalidad con el envejecimiento. Sólo se admite un incremento de la introversión¹²⁹. Los últimos estudios no confirman que la senectud exagere las tendencias psicopatológicas, previamente leves o moderadas. Sin embargo sí se ha visto que la presencia de trastornos de la personalidad deteriora las estrategias de afrontamiento, de que disponemos para adaptarnos a los acontecimientos vitales estresantes, incluyendo la recuperación de una enfermedad.

Es de utilidad conocer cómo afectan los trastornos de la personalidad en las diferentes patologías psiquiátricas de los mayores:

- La presencia de trastorno de personalidad *histriónico, borderline, narcisista y antisocial* empeora el pronóstico del *trastorno depresivo mayor* en el anciano, así como la respuesta al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.
- Se sabe que la demencia se ve afectada ostensiblemente por los factores de la personalidad. Se han identificado algunos patrones comunes de personalidad en pacientes con demencia enfrentados a situaciones estresantes que obligaban a conductas adaptativas: 1) Patrón de rechazo de ayuda y pseudoindpendencia; 2) Reacciones paranoides; y 3) Restricción de contactos y reducción de actividades.

17. 5 RECOMENDACIONES

- **Se recomienda valorar la posibilidad de infección por el VIH en los mayores. (Nivel C)**

- **Se recomienda incluir en la anamnesis de los mayores aspectos relacionados con la sexualidad y el uso de sustancias. (Nivel C)**
- **Es necesario tener en cuenta los cambios farmacocinéticos que aparecen con la edad, tanto cuando se administran psicofármacos (dar dosis menores en general) como antirretrovirales, por las interacciones. (Nivel B)**

18. BIBLIOGRAFÍA

- 1.-American Psychiatric Association. Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders. Compendium 2006 .1612 p.
- 2.- .-Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan-Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. 9ª edición. Barcelona: Waverly Hispanica, SA; 2004. 1459 p.
- 3.- Mac Clain-Jacobson C, Rosenfeld B, Kosinski A, Pessin H, Cimino JE, Breitbart W. Belief in an after life, spiritual well-being and end-of-life despair in patients with advanced Cancer. Gen Hosp Psychiatry 2004 Nov-Dec; 26 (6): 484 – 486
- 4.- Bobes García J, Saíz Martínez P-A, García-Portilla Mª Paz, Comportamientos Suicidas (Prevención y Tratamiento) Psiquiatría Editores S.L.. 2004
- 5.- Kupfer D.J, Frank E. Comorbidity in depression. Acta Psychiatr Scand Suppl.2003 (418): 57 – 60
- 6.-Tsao J., Dobalian A, Moreau Ch, Dobalian K. Stability of Anxiety an Depression in a National Sample of adults with Human Immunodeficiency virus. J. Nerv Ment Dis 2004 Feb; 192 (2): 111 – 8
- 7.-Kopinsky KL, Katy L, Stoff D, Rausch DM,. Workshop report: The effects of psychological variables on the progression of HIV-1 disease. Brain Behav Immun. 2004 May;18 (3):246-61
- 8.-Treisman GJ, Angelino AF. The Psychiatry of AIDS: A Guide to Diagnosis and Treatment. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2004.217 p.
- 9.-Menchón JM, Vidal S, Cardoner N. Los grandes síndromes. En Rojo JE, Cirera E, editors. Interconsulta psiquiátrica. Barcelona: Masson, 1997; p. 59-108.
- 10.-Wyszynski A, Bruno B, Ying P, Chuang L, Friedlander M, Rubenstein B. The HIV-Infected Patient. En Wyszynski AA, Wyszynski B editors. Manual of psychiatric care of the medically ill. Washington DC: APA, 2005; p. 171-200.
- 11.- Stolar A, Catalano G, Hakala SM, Bright RP, Fernández F. En HIV and Psychiatry: Training and Resource Manual. 2nd edition. UK: Cambridge University Press 2005. Chapter 4, Mood disorders and psychosis in HIV; p. 88-109.
- 12.-Catalan J. En HIV and Psychiatry: Training and Resource Manual. 2nd edition. UK Cambridge University Press 2005. Chapter 5, Suicidal behaviour and HIV infection; p.110-119.
- 13.- Report of a Working Group of the American Academy of Neurology AIDS Task Force. Nomenclature and research case definitions for neurologic manifestations of human immunodeficiency virus-type 1 (HIV-1) infection. *Neurology*.1991; 41: 778 -85.
- 14.-Reger M, Welsch R, Razani J, et al. A meta-analysis of the neuropsychological sequelae of HIV infection. J Int Neuropsychol Soc. 2002 Mar;8 (3): 410-24.

- 15.-Baldewicz TT, Leserman J, Silva SG, et al. Changes in neuropsychological functioning with progression of HIV-1 infection: results of a 8-year longitudinal investigation. *AIDS Behav.* 2004 Sept; 8 (3): 345-55.
- 16.-McBride A y Fernandez F. Cognitive Disorders. En: *Psychiatric Aspects of HIV/AIDS*. F Fernandez y P Ruiz eds. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2006. Chapter. Cognitive Disorders.p. 111-8.
- 17.-Power C, Selnes OA, Grim JA, et al.: "HIV Dementia Scale: A Rapid Screening Test" *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1995 Mar;8(3):273-278.
- 18.-Dubé B, Benton T, Cruess DG, Evans DL. Neuropsychiatric manifestations of HIV infection and AIDS. *J Psychiatry Neurosci.* 2005 Jul;30(4):237-46. Erratum in: *J Psychiatry Neurosci.* 2005 Sep;30 (5): 365.
- 19.-Basu S, Chwastiak LA, Bruce RD. Clinical management of depression and anxiety in HIV-infected adults. *AIDS* 2005 Dec;19 (18): 2057-2067.
- 20.-Cruess DG, Evans DL, Repetto MJ, Gettes D, Douglas SD, Petitto JM. Prevalence, diagnosis and pharmacological treatment of mood disorders in HIV disease. *Biol Psychiatry* 2003 Aug; 54 (3): 307-16.
- 21.- Pence BW, Miller WC, Whetten K, Eron JJ, Gaynes BN. Prevalence of DSM-IV defined mood, anxiety, and substance use disorders in an HIV Clinic in the Southeastern United States. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006 Jul;42 (3): 298-306.
- 22.-Blanch J. Cuadernos multidisciplinarios de SIDA. Aspectos psiquiátricos. Madrid: SANED; 2006.
- 23.-Soler A, Deig E, Ribell M, Pérez M, Pedrol E. Consultas urgentes por efectos secundarios del tratamiento antirretroviral y su manejo. Sarró A, Alberto M, Ramírez N, Arranz B, Sánchez JM. *Urgencias Psiquiátricas*. En: Pedrol E y Soler A editores. *Urgencias y VIH*. Granollers: FHAG; 2006.
- 24.-Himelhoch S, Medoff DR. Efficacy of antidepressant medication among HIV-positive individuals with depression: A systematic review and meta-analysis. *AIDS Patient Care and STDS* 2005 Dec;19 (12):813-22.
25. Blalock AC, Sharma SM, McDaniel S. En *HIV and Psychiatry: Training Resource Manual* 2nd edition. UK Cambridge University Press 2005. Chapter 6, Anxiety disorders and psychosis in HIV; p 120-7
- 26.-Brief D, Bollinger EAR, Vielhauer M, Berger-Greenstein J, Morgan EE, Brady SM, Buondonno LM, Keane TM & HIV/AIDS Treatment Adherence, Health Outcomes and Cost Study Group. Understanding the interface of HIV, trauma, post-traumatic stress disorder, and substance use and its implications for health outcomes. *AIDS Care*..2004;16 Suppl 1:S97-120..
- 27.-Sledjeski EM, Delahanty DL, Bogart LM. Incidence and impact of posttraumatic stress disorder and comorbid depression on adherence to HAART and CD4+ counts in people living with HIV. *AIDS Patient Care STDS*.2005 Nov; 19 (11): 728-36..
- 28.-Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, Bandelow B, Bond A, Davison JR, den Boer JA, Fineberg NA, Knapp M, Scott J, Wittchen HU, British Association for Psychopharmacology. Evidence- based guidelines for the pharmacological treatment of

anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. J. Psychopharmacol. 2005 Nov; 19 (6) : 567-596.

29.-Bisson J and Andrew M. Tratamiento psicológico del TEPT (Revisión Cochrane traducida). En : La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 nº 3. Oxford: Update Ltd

30.-Almqvist F, Dahl AA, Hoglend P, Rosenberg R: Treatment of anxiety disorders: A systematic Review, en SBU Report. Nov 2005.

31.-Stein DJ, Ipser JC, Seedat S. Tratamiento farmacológico para el trastorno por estrés postraumático (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en :<http://www.update-software.com>.

32.-American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with HIV/AIDS. Arlington: A.P.A. 2000.

33.-Disney E, Kidorf M, Kolodner K, King V, Peirce J, Beilenson P, Brooner RK. Psychiatric comorbidity is associated with drug use and HIV risk in syringe exchange participants. J Nerv Ment Dis. 2006 Aug;194 (8):577-83

34.-Wagner EE, Miller AL, Greene LI, Winiarski MG. Dialectical behavior therapy for substance abusers adapted for persons living with HIV/AIDS with substance use diagnoses and borderline personality disorder. Cognitive & Behavioral Practice 2004. 11 (2): 202-12.

35.-Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorders: A multiwave study. Am J Psychiatry. 2007 Jun;164 (6): 922-8. .

36.-American Psychiatric Association. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. 1ª edición. Barcelona: Edit. Ars Médica. 2004. 210 p.

37.-Simeon D, Baker B, Chaplin W, Braun A, Hollander E. An open-label trial of divalproex extended-release in the treatment of borderline personality disorder. CNS Spectrum 2007. 12 (6): 439-443.

38.- Loew TH, Nickel MK, Muelbacher M, Kaplan P, Nickel C et al. Topiramate treatment for women with borderline personality disorder. J Clin Psychopharmacology 2006; 26 (1): 61-66.

39.- Rojo JE, Soler V, Morillas L, Mora D, Fumaz C. Trastornos psiquiátricos y problemática psicológica en pacientes con infección por VIH. En: Gatell JM, Clotet B, Podzamczar D, Miró JM, Mallolas J editores. Guía práctica del SIDA. 8ª edición. Barcelona: Masson; 2005. p. 483-497.

40.-Alciati A, Fusi A, D'Arminio Monforte A, Coen M, Ferri A, Mellado C. New-onset delusions and hallucinations in patients infected with HIV. J Psychiatry Neurosci 2001 May;26 (3):229-34.

41.- Macías E, Murcia L., Pérez. Trastornos psiquiátricos en la infección por VIH. En: Catalan J, Macías E, Pérez P editores. VIH psiquiatría. Valencia: Sanofi Aventis; 2007. p.97-116.

- 42.-Sharma SM, McDaniel JS, Sheehan NL. En HIV and Psychiatry: Training and Resource Manual. 2nd edition. UK: Cambridge University Press 2005. Chapter 3, General principles of pharmacotherapy for the patient with HIV.;. p.56-87.
- 43.-Wynn GH, Zapor MJ, Smith BH, Wortmann G, Oesterheld JR, Armstrong SC, Cozza KL.. Antiretrovirals, part 1: overview, history, and focus on protease inhibitors. Psychosomatics 2004 May-Jun;45 (3):262-70.
- 44.-Zapor MJ, Cozza KL, Wynn GH, Wortmann GW, Armstrong SC. Antiretrovirals, Part II: focus on non-protease inhibitor antiretrovirals (NRTIs, NNRTIs, and fusion inhibitors). Psychosomatics. 2004 Nov-Dec;45 (6):524-35.
- 45.-Dolder CR, Patterson TL, Jeste DV. HIV, psychosis and aging: past, present and future. AIDS. 2004 Jan;18 (Suppl 1):S35-42.
- 46.- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edn, Text Revision. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2000.
- 47.- World Health Organization: The ICD Classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Ginebra, W.H.O, 1992.
- 48.- Angelino AF, Treisman GJ. Management of psychiatric disorders in patients infected with human immunodeficiency virus. Clinical Infect Dis 2001 Sept; 33 (6):847-56.
- 49.- Metzger DS, Navaline H, Woody GE. Drug abuse treatment as AIDS prevention. Public Health Rep 1998; 113 Suppl 1:S97-106,
- 50.- Mc Iellan Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD.. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation.. JAMA 2000; 284: 1689-95.
- 51.- Ferri M, Amato L, Davoli M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD005032. DOI: 10.1002/14651858.CD005032.pub2
- 52.- Norcross, J. C. and Prochaska JD . Psychotherapy: Theory, research and practice. 1982; 19: 276-288
- 53.-Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Meditor. Madrid. 1992.
- 54.-Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Editorial Masson, 2003.
- 55.-Tromble-Hoke SM, Langkamp-Henken B, Reid K, Hoffinger R, Uphold CR. Severe stress events and use of stress-management behaviors are associated with nutrition-related parameters in men with HIV-AIDS. J Am Diet Assoc 2005 Oct; 105(10):1541-8.
- 56.-Corless IB, Nicholas PK, McGibbon CA, Wilson C. Weight change, body image, and quality of life in HIV disease: a pilot study. Appl Nurs Res 2004 Nov;17(4):292-6.
- 57.-Burgoyne R, Collins E, Wagner C, Abbey S, Halman M, Nur M, Walmsley S. The relationship between lipodystrophy-associated body changes and measures of quality of life and mental health for HIV-positive adults. Qual Life Res 2005 May; 14 (4):981-90.

- 58.-Collins E, Wagner C, Walmsley S. Psychosocial impact of the lipodystrophy syndrome in HIV infection. *AIDS Read* 2000 Sept; 10 (9):546-50.
- 59.-Johns K, Beddall MJ, Corrin RC. Anabolic steroids for the treatment of weight loss in HIV-infected individuals. *Cochrane Database Syst Rev* 2005 Oct; (4):CD005483.
- 60.-American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders, 2 edition: diagnostic and coding manual. Westchester,IL: American Academy of Sleep Medicine; 2005.
- 61.-Navarro JF. Alteraciones del sueño en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Área de Psicobiología. Facultad de psicología. Universidad de Málaga. *Revista Psiquiatría Biológica* 2002; 9 (6): 219-22.
- 62.-Morin C.M. *Insomnio, Asistencia y Tratamiento Psicológico*. Editorial Ariel Psicología 2003.
- 63.-Amy E. Colson, MD, and Paul E. Sax, MD: Sexual Dysfunction and HIV Infection. *AIDS Clinical Care*, 2000 May (501): 1-1
- 64.-Goldmeier D, Kocsis A, and Wasserman M. Sexual dysfunction in women with HIV. *Sex. Transm. Inf.* 2005 August; 81 (4): 284.
- 65.-Kaiser DR, Billups K, Mason C, et. al. Impaired brachial artery endothelium-dependent and independent vasodilation in men with erectile dysfunction and no other clinical cardiovascular disease. *JACC*. 2004:179-84.
- 66.-Carroles, J.A. y Sanz, A. *Terapia sexual*. Madrid. Ed. Fundación Universidad-Empresa.1998.
- 67.-Glina S. Testosterone and erectile dysfunction. *J Men's Health Gend.* 2004; 1(4): 407-12.
- 68.-Martin-Morales A., Meijide R., Garcia G., Regadera A., Manero F. Repercusiones psicológicas de la disfunción eréctil sobre la autoestima y autoconfianza. *Actas Urol Esp.* 2005; 29 (5):493-8.
- 69.-Florence E, Schorooten W, Dreezen C, Gordillo V, Nilson Schonnesson L, Asboe D, Koitz G, Colebunders R, Eurosupport Study Group. Prevalence and factors associated with sexual dysfunction among HIV-positive women in Europe. *AIDS Care* 2004; 16 (5): 550-7.
- 70.-Carrasco, MJ. *Disfunciones sexuales femeninas*. Madrid. Editorial Síntesis.2001.
71. Fornstein Marshall. *What You Need to Know about Treatment of HIV-related Disorders(I and II)*. Committee on AIDS/Office of Psychiatry. Center for Mental Health Services of SAMHSA.APA,2004.
72. Cheer SM, Wagstaff AJ. CNS Quetiapine. A review of its use in the management of schizophrenia.*Drugs*. 2004; 18 (3):173-99
- 73.- Karch FE, Lasagna L. Toward the operational identification of adverse drug reactions. *Clin Pharmacol Ther* 1977; 21:247-54.

- 74.- Vargas, E, Terleira A, Portolés A. En Velázquez. Farmacología Básica y Clínica 17ª edición. Madrid; Eds Lorenzo P., Moreno A, Leza JC, Lizasoain I, Moro MA. Edit Medica Panamericana; 2004 Capítulo Reacciones adversas a los medicamentos.
- 75.- Lumbreras C., Rubio R. En Velázquez. Farmacología Básica y Clínica 17ª edición. Madrid; Eds Lorenzo P., Moreno A, Leza JC, Lizasoain I, Moro MA. Edit Medica Panamericana; 2004 Capítulo Fármacos antiviricos.
- 76.-Terleira A., Portolés A., García-Arenillas M.M, En Velázquez. Farmacología Básica y Clínica 17ª edición. Madrid; Eds Lorenzo P., Moreno A, Leza JC, Lizasoain I, Moro MA. Edit Medica Panamericana; 2004 Capítulo Interacciones medicamentosas, fármacos-alimentos y fármacos-pruebas de laboratorio.,
- 77.- Stahl S. M. Psicofarmacología esencial. Ariel Neurociencia, 2002.
- 78.- Caballero J, Nahata MC. Use of Serotonin Reuptake inhibitors in the treatment of depression in adults with HIV. Ann Pharmacotherapy 2005;39 (1):141-5
- 79.- Parlc-Wyllie LY and Antoniou T. Concurrent use of bupropion with CYP286 inhibitors, nelfinavir, ritonavir and efavirenz: a case series. AIDS 2003; 17 (4):638
- 80.- Tuset Preusa M, López Cortés F, Escobar Rodríguez I, Ribera Pascuet E, Peralta Fernandez FG (por el Grupo de Estudio del Sida (GeSIDA) Interacciones que pueden comprometer la respuesta al tratamiento antirretroviral. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2006; 24 Suppl. 2: S19-28
- 81.-Houck CD, Lescano CM, Brown LK, Tolou-Shams M, Thompson J, Diclemente R, Fernandez MI, Pugatch D, Schlenger WE, Silver BJ. "Islands of Risk": subgroups of adolescents at risk for HIV. J Pediatr Psychol. 2006: 31 (6):619-29
- 82.-Brown L, Lourie K, Pao M. Children and adolescents living with HIV and AIDS: A Review. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2000: 41:81-96
- 83.-Aronson, S. The bereavement process in children of parents with AIDS. Psychoanalytic Study of the Child, 1996: 51:422-35
- 84.-Moss H, BaseS, Wolters P, Brouwners P. A preliminary study of factors associated with psychological adjustment and disease course in school-age children infected with the Human Immunodeficiency Virus. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 1998: 19:18-25
- 85.-Pilowshy DJ, Zybert PA. Hsieh PW, Vlahov D, Susser E. Children of HIV-positive drug-using parents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2003 Aug; 42 (8):950-6
- 86.-Brent DA, Perper IA, Goldstein CE, et al. Risk factors for adolescent suicide: a comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. Arch Gen Psychiatry 1988: 45:581-8
- 87.-Shaffer D. The epidemiology of teen suicide: an examination of risk factors. J Clin Psychiatry 1988 Sept; (49 Suppl):S36-41
- 88.-Mellins CA, Ehrhardt AA: Families affected by pediatric acquired immunodeficiency syndrome: Sources of stress and coping. J Dev Behav Pediatr. 1994 Jun; 15 Suppl 3: S54-60

- 89.-Lehrer D, Shrier LA, Gortmaker S, Buka S. Depressive symptoms as a longitudinal predictor of sexual risk behaviors among US middle and high school students. *Pediatrics* 2006; 118:189-200
- 90.-Havens J, Whitaker AH, Feldman JF, Ehrhardt AA (1994), Psychiatric morbidity in school-age children with congenital human immunodeficiency virus infection: a pilot study. *J Dev Behav Pediatr*, 1994 Jun; 15 Suppl 3:S18–25
- 91.-Mellins CA, Smith R, O'Driscoll MS et al. NIH/ HIAID/ NICHD/ NIDA Sponsored Women and Infant Transmission Study Group. High rates of behavioral problems in perinatally HIV-infected children are not linked to HIV disease. *Pediatrics* 2003; 111:384–93
- 92.-Pao M, Lyon M, Angelo LJD, Schuman WB, Tipnis T, Mrazek DA (2001), Psychiatric diagnoses in adolescents seropositive for the human immunodeficiency virus. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2001; 154:240–4
- 93.-Gaughan DM, Hughes MD, Oleske JM, Malee K, Gore CA, Nachman S, Pediatric AIDS Clinical Trials Group 219C Team. Psychiatric hospitalizations among children and youths with human immunodeficiency virus infection. *Pediatrics* 2004 Jun; 113 (6):e544–51
- 94.-Nozyce ML, Lee SS, Wiznia A, Nachman S, Mofenson LM, Smith ME, Yogev R, McIntosh K, Stanley K, Pelton S. A behavioral and cognitive profile of clinically stable HIV-Infected children. *Pediatrics* 2006 Mar; 117(3):763-70
- 95.-Scharko AM, Baker EH, Kothari P, et al.. Case Study: Delirium in an adolescent girl with human immunodeficiency virus–associated dementia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2006 Jan; 45 (1):104–8
- 96.-Faulstich ME. Psychiatric aspect of AIDS. *Am J Psychiatry* 1987 May; 144 (5):551-6
- 97.-Thomas CT, Szabaldi E: Paranoid psychosis as the first presentation of a fulminating lethal case of AIDS. *Br J Psychiatry* 1987; 151:693–5
- 98.-Gabel RH, Barnard N, Noriko M,O'Connell RA. AIDS presenting as mania. *Compr Psychiatry* 1986 May-June; 27 (3): 251-4
- 99.-Fenton TW. AIDS-related psychiatric disorder. *Br J Psychiatry* 1987;151:579-88
- 100.-Nurnberg HG, Prudic J, Fioro M, et al. Psychopathology complicating acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Am J Psychiatry* 1984; 141:95-6
- 101.-Perry S, Jacobsen P. Neuropsychiatric manifestation of AIDS spectrum-disorders. *Hosp Community Psychiatry* 1986 Feb; 37 (2):135-42
- 102.-Watkins JM, Cool VA, Usner D et al. (2000), Attention in HIV-infected children: results from the Hemophilia Growth and Development Study. *J Int Neuropsychol Soc* 2000 May; 6 (4):443–54
- 103.-Armstrong FD, Seidel JF, Swales TP. Pediatric HIV infection: a neuropsychological and educational challenge. *J Learn Disabil* 1993 Feb; 26 (2):92–103
- 104.-Cohen J, Reddington C, Jacobs D et al., The Massachusetts Working Group on Surveillance of HIV in Children, Massachusetts Department of Public Health, Centers for

Disease Control and Prevention (1997), School related issues among HIV-infected children. *Pediatrics* 100:E8

105.-Coplan J, Contello KA, Cuning CK, Weiner LB, Dye TD, Roberge L, Wojtowycz MA, Kiriwood K: Early language development in children exposed to or infected with human immunodeficiency virus. *Pediatrics* 1998; 102:8

106.-Fisman SN, Walsh L. Obsessive-compulsive disorder and fear of AIDS contamination in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994Mar-Apr; 33 (3):349-53

107.-Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team. Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *JAMA* 200,Oct;292(16):1969-76

108.-Piacentini J, Langley AK. Cognitive-behavioral therapy for children who have obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychol* 2004 Nov; 60 (11):1181-94

109.-Forsyth BW. Psychological aspects of HIV infection in children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2003 Jul;12(3):423-37.

110.-Pao M, Ballard ED, Rosenstein DL, Wiener L, Wayne AS. Psychotropic medication use in pediatric patients with cancer. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006 Aug; 160 (8):818-22

111.-Notas informativas 2005/09, 2004/06 y 2004/14 de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y del Comité de Medicamentos de Uso Humano EMEA.

112. Bakker AB, Van der Zee KI, Lewig KA, Dollard MF. The relationship between the Big Five personality factors and burnout: a study among volunteer counselors. *J Soc Psychol* 2006 Feb;146 (1):31-50.

113. Demmer C. Burnout: the health care worker as survivor. *AIDS Read* 2004 Oct;14 (10):522-3, 528-30.

114. Gerbert B, Caspers N, Moe J, Clanon K, Abercrombie P, Herzig K. The mysteries and demands of HIV care: qualitative analyses of HIV specialists' views on their expertise. *AIDS Care* 2004 Apr;16 (3):363-76.

115. Hyrkas K, Appelqvist-Schmidlechner K, Haataja R. Efficacy of clinical supervision: influence on job satisfaction, burnout and quality of care. *J Adv Nurs* 2006 Aug;55 (4):521-35.

116. Lindblom KM, Linton SJ, Fedeli C, Bryngelsson IL. Burnout in the working population: relations to psychosocial work factors. *Int J Behav Med* 2006;13 (1):51-9.

117.-Grabar S, Weis L, Costagliola D. HIV infection in older patients in the HAART era. *J Antimicrob Chemother* 2006; 57:4-7.

118.-Casau NC. Perspective on HIV infection and aging: emerging research on the horizon. *Clin Infect Dis* 2005 Sept; 41 (6):855-63.

119.-Hinkin CH, Castellon SA, Atkinson JH, Goodkin K. Neuropsychiatric aspects of HIV infection among older adults. *J Clin Epidemiol.* 2001 Dec; 54 Suppl 1: S44-52.

- 120.-Dew MA, Becker JT, Sanchez J, Caldararo R, Lopez OL, Wess J, et al. Prevalence and predictors of depressive, anxiety, and substance use disorders in HIV-infected and uninfected men: a longitudinal evaluation. *Psychol Med.* 1997Mar; 27 (2):395-409.
- 121.-Regier D, Farmer ME, Rae DS, Myers FK, Myers JK, Kramer M, et al. One month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: the Epidemiologic Catchment Area Study. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 88: 35-47.
- 122.-Heckman TG. Heckman BD, Kochman A, Sikkema KJ, Sur J, Goodkin K. Psychological symptoms among persons 50 years of age and older living with HIV disease. *Aging Ment Health* 2002; 6 (2): 121-8.
- 123.-Baldwin R. En *Psiquiatría en el anciano*. 1ª edición.Barcelona: Jacoby J, Oppenheimer C. Masson. 2005. Capítulo 27,Trastornos depresivos; p 563-604.
- 124.-Climent JP, Paulin S, Léger, JM. Troubles de l'humeur. En Léger JM, Climent JP and Wertheimer J (eds). *Psychiatrie du sujet âgé*. París: Flammarion, 1999: 112-132.
- 125.-Shulman KI, Herrmann N.En *Psiquiatría en el anciano*. 1ª edición.Barcelona: Jacoby J, Oppenheimer C. Masson. 2005. Capítulo 20, Síndromes maníacos en la edad avanzada; p 611-22.
- 126.-Berrios JE, Bakshi N. manic and depressive symptoms in the elderly: Their relationships to treatment outcome, cognition and motor symptoms. *Psychopathology* 1991; 24: 31-8.
- 127.-Howard R, Cluckie A, Levy R. Phenomenology, demography and diagnosis in late paraphrenia. *Psychol med* 1994; 24: 397-410.
- 128.-Atkinson RM. En *Psiquiatría en el anciano*. 1ª edición.Barcelona: Jacoby J, Oppenheimer C. Masson. 2005. Capítulo 34, Abuso de sustancias en el anciano, p 717-47.
- 129.-Bergmann K. En *Psiquiatría en el anciano*. 1ª edición.Barcelona: Jacoby J, Oppenheimer C. Masson. 2005. Capítulo 31Aspectos psiquiátricos de la personalidad en la edad avanzada. p 647-65.