



NOTA DE PRENSA

Ha sido promovido por el Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA), perteneciente a la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), en colaboración con la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA, la Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Infectología Pediátrica

PRIMER DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE ALTERNACIONES PSIQUIÁTRICAS Y PSICOLÓGICAS EN PACIENTES CON VIH

- Su objetivo es influir en la mejora de la práctica clínica mediante recomendaciones sobre las estrategias de tratamiento más adecuadas a cada paciente
- Con los progresos en el tratamiento antirretroviral y la mayor esperanza de vida están aumentando las complicaciones psiquiátricas en los pacientes con VIH, no sólo por la acción del virus sobre el sistema nervioso central sino también por la cronicidad o el estigma social.
- Por otro lado, en personas con trastornos mentales existen con más frecuencia conductas que facilitan el contagio, que tienen que ver principalmente con la impulsividad de estos pacientes y el frecuente abuso de sustancias asociado como comorbilidad
- Los autores de este trabajo subrayan la importancia de que la atención al paciente VIH incluya la atención psicológica y psiquiátrica, y señalan que los principios bajo los que esta debe desarrollarse son los de escucha y apoyo, confidencialidad, psicoeducación, coordinación y adaptación de los distintos contextos asistenciales. Asimismo, insisten en la importancia de la detección y el tratamiento precoz de estos trastornos psiquiátricos y psicológicos

Madrid, 14 de septiembre de 2015.- Expertos del Grupo de Estudios del SIDA (GeSIDA) de la SEIMC, la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA, la Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Infectología Pediátrica han elaborado el primer consenso que se publica en nuestro país para un abordaje diferenciado de las alteraciones psiquiátricas y psicológicas en pacientes con VIH. *“La importancia de las*

alteraciones psiquiátricas y psicológicas y su repercusión en los pacientes con infección por el VIH requiere de un estudio particularizado y de una colaboración muy estrecha con psiquiatras y psicólogos debido a su complejidad y a la necesidad de una actualización continuada”, sostienen los autores de este documento cuyo objetivo último es “aportar información práctica desde el punto de vista asistencial, relativo a los principales cuadros y síndromes clínicos que se producen en la infección por el VIH con el fin de proporcionar estrategias de tratamiento adecuadas a cada paciente y servir de herramienta de consulta para todos los profesionales que atienden a pacientes con infección por el VIH”.

Está demostrado que en sujetos con trastornos mentales existen con más frecuencia conductas que facilitan el contagio, que tienen que ver principalmente con la impulsividad de estos pacientes y el frecuente abuso de sustancias asociado como comorbilidad. Asimismo, con los progresos en el tratamiento antirretroviral y la mayor esperanza de vida están aumentando las complicaciones psiquiátricas en los pacientes con VIH, no sólo por la acción del virus sobre el sistema nervioso central, sino también por la cronicidad o el estigma. *“El aumento de la complejidad de los tratamientos antirretrovirales, sus efectos secundarios psiquiátricos y sus interacciones con psicofármacos obligan a que el psiquiatra deba estar muy informado sobre la infección por VIH y trabajar de forma muy cercana al infectólogo”,* señalan los autores de este consenso, que subrayan que los psiquiatras y psicólogos, como expertos en el campo de la conducta y las consecuencias psicológicas de las enfermedades crónicas, *“tienen un papel importante en el asesoramiento de los especialistas que las tratan”.*

Hay que tener en cuenta además que se trata de una población muy vulnerable, en la que parece existir un infradiagnóstico. Además, la falta de conciencia de enfermedad hace que la adherencia a los tratamientos psiquiátricos sea baja, lo que viene a complicarse con la indicación del tratamiento antirretroviral. Hay que tener en cuenta también que algunos de estos pacientes están en situación de precariedad social y económica y pertenecen a poblaciones vulnerables. Por estos motivos, la atención tiene que ser multidisciplinar, implicando a especialistas de salud mental, infectólogos y a distintos servicios de apoyo. Además es fundamental la existencia una relación adecuada entre el paciente, la familia y el equipo asistencial.

El documento de consenso empieza analizando los diferentes contextos de actuación en la atención a los pacientes VIH con estas alternaciones psicológicas y psiquiátricas, señalando que se extienden desde la Atención Primaria a las Instituciones Penitenciarias, pasando por la atención especializada ambulatoria en Salud Mental, Urgencias, Atención Hospitalaria, Atención Hospitalaria de Larga Estancia y Cuidados Paliativos y ámbitos institucionales. Al respecto, los especialistas subrayan la importancia de que la atención al paciente VIH incluya la atención psicológica y psiquiátrica. Asimismo, insisten en la importancia de la detección y el tratamiento precoz de estos trastornos psiquiátricos y psicológicos.

Reacciones normales

Tras este repaso de los ámbitos de actuación, el documento identifica las reacciones psicológicas normales en los pacientes a los que se les comunica la infección por VIH.

Catastrofismo, auto-reproche, confusión, depresión, rabia, rebeldía, miedo al rechazo y negación son algunas de las reacciones más frecuentes. Asimismo, el aislamiento personal o la percepción de falta de soporte social, a mediano o largo plazo, pueden provocar estados de depresión crónica, muy prevalente entre las personas con VIH si se la compara con la población general. Asimismo, la creencia de la dificultad de conseguir y mantener una pareja estable que sea comprensiva y acepte su seropositividad se hace presente en un primer momento del diagnóstico de la infección por el VIH. A esto se añade que una de las mayores dificultades que expresan las personas con VIH es no saber cómo ni en qué momento comunicar su estado serológico a las potenciales parejas estables. Por todo ello, los autores recomiendan *que* en la atención al paciente recién diagnosticado con el VIH se incluya la atención psicológica, *“en la que los principios fundamentales sean la escucha y apoyo, la confidencialidad, la psicoeducación, la coordinación y adaptación en los distintos contextos asistenciales”*.

Síndromes psicopatológicos

El documento repasa los diferentes síndromes psicopatológicos que pueden darse en pacientes con VIH, dividiéndolos en trastornos adaptativos, del estado de ánimo, de ansiedad, de personalidad, psicóticos, alteraciones de las funciones fisiológicas y las manifestaciones neuropsiquiátricas.

Sobre los trastornos adaptativos asociados al conocimiento de la infección, los autores advierten que *“una de las complicaciones más graves es la aparición de ideación suicida, por lo que se debe estar alerta ante todo pensamiento suicida y remitir al paciente a una unidad de psiquiatría”*. Asimismo, señalan que el tipo de psicoterapia que ha mostrado ser más eficaz es la cognitivo-conductual, y que los psicofármacos a utilizar serán ansiolíticos o antidepresivos según predomine ansiedad o depresión, evitándose en el caso de los primeros que el tratamiento sea superior a dos meses.

Por su parte, los trastornos del estado de ánimo incluyen la depresión y la distimia (diferenciándose básicamente en la intensidad y duración de la sintomatología), la manía (exaltación del ánimo) y el trastorno bipolar (cuando ha aparecido un episodio maníaco con o sin episodio depresivo previo). Al respecto, el consenso recomienda *“interrogar siempre la presencia de sintomatología depresiva e iniciar el tratamiento correcto en caso de episodio depresivo”, “el uso de antidepresivos y psicoterapia para el tratamiento de la depresión y distimia, en caso de asociación de ansiedad o insomnio, añadir una benzodiacepina u optar por un antidepresivo sedativo y en caso de presentación de sintomatología maniforme, y tras descartar su posible origen orgánico, remitir al paciente al psiquiatra de referencia con carácter urgente”*.

Sobre los trastornos de ansiedad, el consenso recomienda el tratamiento farmacológico *“cuando hay comorbilidad con depresión moderada o severa”* y señala que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o (ISRS) *“son los fármacos de primera línea en el tratamiento para trastornos de ansiedad generalizada, fobia social, trastornos obsesivo-compulsivos y por estrés postraumático”*, pero su eficacia sólo puede ser valorada cuando se mantiene durante doce semanas y si ha habido respuesta positiva, debe continuarse durante seis meses más. Los autores señalan que *“los*

tratamientos psicológicos también son de utilidad como tratamiento único o complementario”.

De los tres tipos de trastornos de personalidad (trastornos de grupo A o excéntricos, como paranoide, esquizoide y esquizotípico; de grupo B, o caracterizados por la dramatización excesiva y las alteraciones graves de conducta, antisocial, límite, histriónico y narcisista; y de grupo C o de la personalidad ansiosa (evitador, dependiente y obsesivo-compulsivo), el consenso señala que son los del grupo B los más frecuentes en pacientes con VIH, especialmente el antisocial y límite. En relación al tratamiento, los autores recomiendan que se combine psicoterapia y farmacoterapia, reservando esta última para el manejo sintomático. Asimismo, subraya que en pacientes con VIH hay que considerar especialmente la hospitalización si existe riesgo suicida o autolesivo.

De cara al manejo del paciente con VIH que refiere sintomatología psicótica (alucinaciones, delirios...), el consenso establece que lo más importante es el diagnóstico diferencial y *recomienda tener presente el posible origen orgánico de los síntomas psicóticos. “Si no hay patología orgánica se debe pensar en origen farmacológico o por tóxicos. Una vez descartados los anteriores se pensará en patología psiquiátrica”, señalan los autores, que indican que “en un paciente que presenta por primera vez un episodio psicótico es aconsejable la realización de una prueba de imagen cerebral (TC craneal o RM cerebral) y que ante la presencia de sintomatología psicótica es necesario iniciar inmediatamente tratamiento con fármacos antipsicóticos. También es aconsejable ingresar al paciente para realizar un correcto diagnóstico diferencial y ajustar bien el tratamiento. Y recomienda ser cauto con el tratamiento farmacológico: comenzar a dosis bajas, mantenerlo el menor tiempo posible, vigilar las interacciones y efectos secundarios”.*

Las alteraciones de las funciones fisiológicas incluyen, por su parte, los trastornos nutricionales, del sueño y sexuales. En relación con las primeras, el documento recomienda la derivación al psicólogo clínico y al psiquiatra para su valoración y tratamiento. En relación con los trastornos del sueño, el documento establece que 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. También apunta que en pacientes en tratamiento con Efavirenz, el insomnio puede ser una causa justificada de retirada de este fármaco. Finalmente, el documento establece que si se detecta que existen trastornos sexuales, es recomendable la derivación al sexólogo, psicólogo clínico o al psiquiatra para su adecuado diagnóstico e intervención, siempre de forma coordinada.

Finalmente, el efecto del VIH y/o de los trastornos y fármacos asociados a la infección por el VIH en el Sistema Nervioso Central puede dar lugar a síndromes que requieren la atención del psiquiatra, como el síndrome confusional o la agitación y/o conducta violenta. En estos casos, el consenso recomienda buscar la etiología del trastorno neuropsiquiátrico antes de usar psicofármacos en los pacientes VIH. Asimismo, en los estados de agitación y delirium que precisen sedación recomienda el uso inicial de antipsicóticos.

Tipos de intervención psicoterapéutica y farmacológica y exploración neuropsicológica

El documento establece asimismo recomendaciones en relación con los diferentes tipos de intervención psicoterapéutica y farmacológica. Sobre los primeros, señala que *“el apoyo psicológico puede ser realizado por diferentes profesionales de la salud y debe realizarse desde el momento del diagnóstico”* y que las *“intervenciones psicológicas, particularmente las que incorporan técnicas cognitivo-conductuales (reestructuración cognitiva y técnicas de manejo del estrés), han mostrado ser efectivas tanto para disminuir la sintomatología depresiva y ansiedad, como para mejorar el afrontamiento a los estresores asociados a la infección por VIH”*. En cuanto a las intervenciones dirigidas a temas específicos de la infección VIH como reducción y prevención del riesgo y adherencia al tratamiento antirretroviral, los autores señalan que los resultados son *“prometedores aunque no concluyentes”*.

En relación al manejo psicofarmacológico, el consenso recomienda de forma general la *“administración de dosis iniciales más bajas e incremento más lento, la programación de la posología lo menos compleja posible, tener en cuenta el perfil de efectos secundarios para evitar sucesos adversos innecesarios, y considerar vías metabólicas y de eliminación del fármaco para reducir a mínimos tanto las interacciones entre medicamentos como las lesiones en el órgano diana”*, entre otras pautas. Los autores subrayan que *“hay que evitar la utilización de benzodiazepinas en pacientes con antecedentes de trastorno por consumo de alcohol y de sustancias”* y desaconsejan *“la administración simultánea de hierba de san Juan y inhibidores de la proteasa o inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa para el tratamiento de la depresión”*. El documento incluye asimismo un capítulo entero, con recomendaciones para evitar las interacciones de los fármacos antirretrovirales con los psicofármacos.

El estudio establece que *“ante la sospecha de síntomas de alteración neurocognitiva debería realizarse un screening neurocognitivo validado en población con VIH, y, en caso de un resultado positivo, y descartadas otras comorbilidades, se aconseja realizar una exploración neuropsicológica completa”*. Esta, señala el consenso, *“debe ser realizada por un profesional especializado, el cual principalmente llevará a cabo una batería de pruebas neuropsicológicas validadas y estandarizadas con las que podrá determinar la existencia de alteración neurocognitiva”*. Los dominios cognitivos recomendados en la exploración neuropsicológica son los siguientes: atención/memoria de trabajo, velocidad de procesamiento de la información, memoria verbal, aprendizaje, función ejecutiva, fluencia verbal y función motora. Los resultados en estos dominios deben ofrecer siempre puntuaciones estandarizadas, según la disponibilidad de datos normativos, y principalmente de acuerdo a la edad, sexo y nivel educativo. Los expertos subrayan que es *“necesario diferenciar entre la existencia de alteración cognitiva por la propia acción del virus o, en cambio, por la acción de otras condiciones de riesgo, o de ambas situaciones”*, aunque apuntan que *“esto a veces puede ser difícil dependiendo de la clínica del paciente”*.

Aspectos psicopatológicos y psicosociales en niños y adolescentes con VIH

El consenso contiene un capítulo específico dedicado a la atención de niños y adolescentes con VIH. Al respecto, y entre las recomendaciones, señala que *“en la*

consulta pediátrica será útil contar con un instrumento de screening que permita detectar de forma rápida psicopatología para derivar a salud mental". Asimismo, establece que "el manejo global de la salud de los adolescentes VIH debe incluir una valoración de la salud mental, estresores ambientales y sistemas de apoyo". Asimismo, advierte que "en la adolescencia la existencia de psicopatología no tratada impedirá una correcta adherencia al tratamiento" y subraya que "es importante incluir la valoración del estado neuropsicológico en el seguimiento pediátrico". Los autores recomiendan que la revelación del diagnóstico se inicie precozmente, antes de la adolescencia y que la explicación sobre la enfermedad se adapte a la edad y madurez cognitiva del paciente.

Para más información:

Gabinete de comunicación de GeSIDA: Manuela Hernández (95 462 27 27 / 651 867 278) y Tomás Muriel (95 462 27 27 / 605 603 382)