



El nuevo perfil de los trastornos mentales en personas que viven con VIH

► La relación bidireccional entre los trastornos mentales y la infección por el VIH ha sido ampliamente estudiada en la última década. Por ejemplo, la relación entre trastornos mentales y uso de sustancias en las personas que viven con VIH (PVVIH) es cinco veces mayor que en la población general. Al inicio de la epidemia del VIH, la esperanza de vida de las PVVIH era baja; pero, desde unos 20 años aproximadamente, con el surgimiento y evolución de los nuevos esquemas de tratamiento antirretroviral, se ha mejorado la calidad y cantidad de vida de las PVVIH de tal forma que es ya muy cercana al resto de las personas. Este nuevo perfil clínico también ha traído la incidencia de padecimientos asociados con enfermedades crónicas, tales como los trastornos mentales.

Aún se debate si la activación inmunológica persistente en las PVVIH, la exposición prolongada a medicamentos, las vivencias relacionadas con la estigmatización y discriminación, o el incremento de uso de sustancias son los responsables de la alta prevalencia de trastornos mentales en las PVVIH. Las cifras reportadas de estos trastornos van de 5%-60% debido a los distintos diseños metodológicos, la época de estimación, los instrumentos de medición, los análisis o las poblaciones estudiadas. Por lo tanto, al igual que ha cambiado el perfil de evolución del VIH en las personas, los tipos de trastornos mentales también.

Por ejemplo, en la última década, el chemsex (combinación de la palabra en inglés chem: químico; y sex: sexo), práctica que consiste en el consumo de sustancias (activadoras principalmente) antes o durante la actividad sexual para facilitar, prolongar o potenciar el placer sexual ha ido incrementando principalmente entre la población de hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH). Aunque hay reportes diferentes, internacionalmente se reconocen algunas sustancias relacionadas con el chemsex: cristal, metanfetamina, mefedrona, gamma-hidroxibutirato (GHB) y, en menor medida, la ketamina y cocaína. La vía de consumo más común de estas sustancias es por vía oral o inhaladas, pero también por vía intravenosa (práctica conocida como slamming o slamsex), especialmente para el cristal metanfetamina. En ocasiones, también se agrega el consumo de medicamentos potenciadores de la erección, el alcohol o los poppers (nitritos de amilo, butilo o isobutilo). La prevalencia del chemsex va de 3%-29%, aunque la confiabilidad de estas cifras es baja porque se tra-

ta de un fenómeno reciente, muy particular en cada país o región y la metodología de medición ha sido muy diversa.

Además, el chemsex se ha asociado a la presencia de síntomas depresivos, ansiosos o somatomorfos, aunque no lo suficiente para ser clínicamente significativos en muchas ocasiones. Sin embargo, sí se reporta con frecuencia episodios de pérdida del estado de alerta, sobre todo al combinar sustancias depresoras, lo que expone a la persona a ser víctima de violencia sexual, sobre todo entre varones jóvenes (prevalencia: ~12.5%). Socialmente, el chemsex puede desencadenar un abandono de las actividades laborales, académicas, relaciones familiares, amistosas o de pareja. En las PVVIH que practican el chemsex pueden tener interacciones graves de los antirretrovirales con las sustancias de consumo, o también presentar mala adherencia al medicamento antirretroviral, abandono de seguimiento médico o deterioro general del estado de salud. Por otro lado, también se ha documentado que el consumo de sustancias fuera del contexto del chemsex entre las PVVIH es mayor que la población general. Las prevalencias van de 5.5% al 82.4%, siendo los poppers (56.2%), cannabis (41.9%), cocaína (38.2%), potenciadores de la erección (32.9%), éxtasis (anfetaminas) (24.2%) y GHB (18.9%) las de mayor consumo.

El segundo padecimiento mental más frecuente entre las PVVIH es el trastorno depresivo mayor (TDM) con prevalencias reportadas de 30%-61%. El TDM en las PVVIH tiene una etiología compleja (Figura 1). Un factor etiológico es la neuroinflamación crónica, producto de una activación inmunológica sistémica persistente por niveles residuales de viremia, o por disbiosis causada por el virus en la mucosa intestinal, o por un efecto tóxico acumulado de ciertos antirretrovirales. Esto induce neurotoxicidad, especialmente en las neuronas dopaminérgicas, lo que reduce la comunicación interneuronal. Además, se agregan los factores psicosociales como el estigma y la discriminación a los que se ven expuestas las personas desde que reciben el diagnóstico, o incluso antes, debido a que pertenecen a una minoría sexual o de género, como los GBHSH o las mujeres trans.

Ante el aumento de la esperanza de vida de las PVVIH, la aparición de las alteraciones cognitivas también aumentó. Conocidas también como trastornos neurocognitivos asociados al VIH (HAND, por sus siglas en inglés), su diagnóstico oportuno es crítico para las PVVIH. Las formas asintomáticas o leves de los HAND, que son las más frecuentes, se deben a disfunciones corticales y, por lo tanto, tienen manifestaciones clínicas más sutiles que pueden tener un impacto leve o moderado en el funcionamiento de las PVVIH. La prevalencia reportada de estas alteraciones va de 30%-50%, independientemente de la eficacia del tratamiento antirretroviral o la supresión virológica. Incluso, se ha descrito que la infección por VIH por sí misma puede disminuir el umbral clínico para la aparición de deterioro neurodegenerativo asociado a la edad, resultado en una disfunción neurocog-

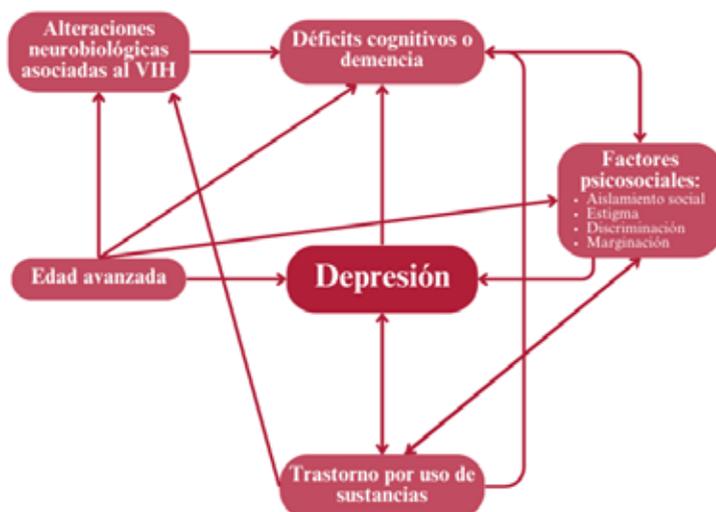


Imagen modificada de: Deike, L. G. et al. (2023). *AIDS Reviews*, 25(1), 41-53.

Figura 1. Factores asociados a la comorbilidad de depresión y VIH.

Nota: las flechas indican la dirección de asociación entre los factores ilustrados.

nitiva a edades tempranas. Incluso, se ha identificado que la enfermedad cerebral de pequeños vasos, presente hasta el doble en las PVIH, está asociada a este deterioro cognitivo prematuro, sobre todo cuando hay afectaciones en las funciones ejecutivas, el lenguaje o la construcción visual. La manifestación más grave de los HAND es consecuencia de una disfunción subcortical y se puede presentar como déficits en la atención o concentración, fallas en la memoria, disminución en el funcionamiento ejecutivo, en la velocidad psicomotora o la precisión ejecutiva, enlentecimiento mental, apatía, falta de motivación, irritabilidad, alteraciones en el sueño, pérdida de peso, inquietud y ansiedad y, en casos graves, síntomas psicóticos o maniatiformes.

Por último, y no menos importante, la marginación, el estigma y la discriminación que experimentan las PVIH desde el diagnóstico, o incluso antes de adquirir la infección, tiene un impacto importante en su salud mental. El estigma hacia las PVIH puede condicionar aislamiento social, baja red de apoyo, rechazo del núcleo primario de apoyo (familia) y limitaciones en las oportunidades de desarrollo personal o profesional. Es bien sabido que el aislamiento social tiene impacto en la salud general de cualquier persona; por ejemplo, aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares, de hiperactivación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, inflamación crónica, aumento de la presión arterial, alteraciones metabólicas o mala salud mental y, por lo tanto, aumentan las probabilidades de muerte prematura. En las PVIH se ha reportado una asociación de hasta 50% más

probabilidad de muerte prematura cuando está presente el aislamiento social, independientemente de cualquier otra comorbilidad. Además, si las PVIH cursan también por un padecimiento mental, la estigmatización o posibilidades de rechazo se potencian, ya que la enfermedad mental por sí sola también se acompaña de estigma.

En resumen, en la actualidad es imperativo identificar y tratar los padecimientos mentales en las PVIH para garantizar una vida plena y libre de estigma y discriminación. Incluso, aunque de forma indirecta, si quisiéramos aumentar el número de PVIH en control virológico (indetectables) para disminuir de transmisión del virus (intransmisible), se podría lograr a través de intervenciones tempranas para padecimientos mentales que condicionan mala adherencia al tratamiento antirretroviral o abandono del seguimiento médico. Por lo tanto, la integración de servicios de VIH y de salud mental en todos los países es indispensable, así como la dirección de recursos para la investigación e implementación de medidas que faciliten la identificación y tratamiento oportunos de los padecimientos mentales en las PVIH.

E. Hamid Vega Ramírez

Bibliografía

Deike, L. G., Barreiro, P., & Reneses, B. (2023). The new profile of psychiatric disorders in patients with HIV infection. *AIDS reviews*, 25(1), 41-53. <https://doi.org/10.24875/AIDSRev.22000030>

Kriadex®

clonazepam

UN REGRESO QUE NO PODRÁ RECHAZAR

¡VARIEDAD DE PRESENTACIONES NUEVAMENTE DISPONIBLES!



Agradable sabor a plátano

Birranurada

Adefaxin® XR

Venlafaxina

MÁS TIEMPO EN ACCIÓN



150mg con 20 cápsulas: Presentación única en el mercado.



La marca de venlafaxina más accesible.¹



Cápsula de liberación prolongada

SSA 2309022002C00037

Referencia:

1. Precios promedio de Adefaxin XR y otras marcas de venlafaxina en Farmacias San Pablo, Del Ahorro e Yza a febrero 2023.

ARQUERA®

Duloxetina

ESTÁ DE SU LADO

CUANDO EL OBJETIVO ES CLARO



La marca de duloxetina más accesible del mercado.¹



Hasta un 60% por debajo del precio de otras marcas.¹



Desde \$28 pesos costo día de tratamiento.¹



Cápsula de liberación retardada



49 años psicofarma contigo en mente

SSA 2309082002C00132

Referencia:

1. Tomado de precios promedio de Arquera y otras marcas de duloxetina en Farmacias San Pablo, Del Ahorro y Guadalajara a febrero 2023.



www.contigoenmente.com®