

COMPORTAMIENTO DE RIESGO PARA VIH/SIDA EN PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES

Por YOLANDA ROBLES, JOHANNA PELLA**, PATRICIA
HUACHILLO**, PAOLA ROGGERO** y ANA M. SONO***

RESUMEN

Se estudia el comportamiento de riesgo de infección VIH/SIDA en una muestra de 93 pacientes con trastornos mentales atendidos en una institución de salud mental, utilizando una entrevista estructurada. Se identificó 32 pacientes con comportamiento de riesgo, especificado con el mantenimiento de relaciones sexuales sin protección. La previa presentación de ETS, las relaciones sexuales con la pareja estable no confiable y el número de parejas sexuales en los últimos seis meses, se asociaron a la probabilidad de presentación de riesgo. Se discute diversas implicancias, particularmente la exploración de la conducta de riesgo como práctica rutinaria y el desarrollo de acciones preventivas.

SUMMARY

The study examined HIV/AIDS risk behavior among 93 mentally ill patients of a public mental health institution, with an structured interview. Risk behavior was specified as the presence of sexual intercourse without protection and 32 patients with risk behavior were identified. Previous sexually transmitted diseases, sexual intercourse with the non confident stable sexual partner, and the number of sexual partners over the last six

* Servicio de Psicología. INSM "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", Lima, Perú.

** Internas de Psicología.

months, were associated to the probability of the presence of risk. Discussion about risk behavior exploration as a routine practice and the development of preventive actions, among others, were considered.

PALABRAS-CLAVE: Comportamiento de riesgo, VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual.

KEY WORDS: Risk behavior, HIV, AIDS, sexually transmitted diseases.

La epidemia por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) muestra un creciente avance. En nuestro medio no se ha investigado suficientemente el efecto de esta pandemia en los pacientes con trastornos mentales. Estudios de otros lugares reportan 7% de prevalencia seropositiva de VIH en diversos grupos de pacientes psiquiátricos. SACKS¹ en el análisis sanguíneo de 350 pacientes encontró una prevalencia de 7%; VOLAVKA² en un subgrupo de 352 pacientes de la muestra estudiada encontró 7%; EMPFIELD³ en 203 pacientes sin hogar, recogidos de las calles, encontró 6.4%. Conviene indicar que el consumo de drogas por vía intravenosa era un factor común en dichas muestras, aunque el contagio por vía sexual era dominante; dos de estos estudios fueron realizados en áreas poblacionales de alta incidencia de infección VIH/SIDA.

Si bien es posible encontrar disminución de la actividad sexual en pacientes con trastornos mentales, ya sea por efecto de la medicación o por síntomas inherentes a la alteración como en la depresión, también se ha descrito hipersexualidad y actividad sexual indiscriminada e impulsividad sexual, asociadas a trastornos esquizofrénicos, enfermedad bipolar y personalidad límite, y a trastornos del comportamiento en adolescentes^{4,8}. Esto, sumando a los déficits en el juicio y a la disminución de la capacidad de resolver pro-

blemas, tornan a estos pacientes vulnerables a relaciones sexuales casuales o coercitivas.

Diversos comportamientos sexuales de riesgo han sido asociados a la población de pacientes mentales, que desde luego no son exclusivos de ella: aumento de la actividad sexual, múltiples parejas sexuales, coerción de otros para tener sexo, abuso sexual, actividad homosexual, nulo uso de condón, sexo anal receptivo, actividad sexual poco controlada después de drogas o alcohol, trueque de sexo por dinero o drogas. El comportamiento de riesgo ha sido estudiado por diversos medios: entrevistas estructuradas, cuestionarios, revisión de historias clínicas. Los hallazgos varían ampliamente. Desde el 10.8% en el ya mencionado estudio de EMPFIELD³ hasta el 83% en el reporte de KELLY⁴.

El presente estudio descriptivo pretende conocer los comportamientos de riesgo de una muestra de pacientes atendidos en el INSM "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", que atiende a la población del cono norte de la ciudad de Lima, y que incluye predominantemente al nivel socioeconómico medio-bajo.

METODO

Muestra

Se entrevistó a 102 pacientes internados y tratados ambulatoriamente en el

INSM. De ellos fueron descartados nueve pacientes por considerar la información no confiable, dado su estado mental. La muestra se compone de 93 pacientes, provenientes 55 (59.1%) del servicio de hospitalización y 38 (40.9%) de consulta externa; 55 varones (59.1%) y 38 mujeres (40.9%). La edad promedio fue 29.7 años (DS: 9.78; rango: 14-65). De ellos, 67 eran solteros, 19 casados, 5 convivientes y 2 divorciados (72%, 20.4%, 5.4% y 2.2%, respectivamente). El nivel educativo fue: 9 de primaria, 55 de secundaria, 4 de técnica y 25 de superior (9.7%, 59.1%, 4.3% y 26.9%, respectivamente). Los diagnósticos psiquiátricos de estos pacientes fueron: esquizofrenia en 57 (61.3%), psicosis afectiva en 18 (19.4%), otras psicosis en 3 (3.2%), trastornos neuróticos en 12 (12.9%), y otros diagnósticos en 3 (3.2%). En los casos en que el paciente tuvo más de un diagnóstico, se eligió el más reciente o el principal (primer eje). La muestra no incluyó pacientes con diagnóstico de dependencia a drogas.

Procedimiento

Obtención de la muestra

Se solicitó el consentimiento de los pacientes para una entrevista de investigación, obteniéndose la colaboración de todos. Se entrevistó a pacientes hospitalizados en el curso de aproximadamente tres meses y a pacientes de consulta externa durante un mes aproximadamente. Las entrevistas fueron realizadas por cuatro de las autoras del trabajo. Luego de obtenida la información se proporcionó información acerca de prevención de VIH/SIDA cuando fue necesario.

Obtención de datos

Se utilizó la Ficha ETS-VIH elaborada por el Comité de SIDA del INSM, obteniéndose los datos a través de una entrevista estructurada. La ficha incluye datos de filiación, exploración de antecedentes, como ETS y TBC; de procedimientos tales como cirugía; de situaciones de riesgo como prisión, y de comportamientos sexuales para determinar el riesgo. Se revisó las historias clínicas para registrar el diagnóstico psiquiátrico y los resultados de exámenes de laboratorio para ETS y VIH.

Establecimiento de riesgo

Se estableció como criterio suficiente de riesgo de infección el mantener relaciones sexuales sin protección (no usar condón o usarlo a veces) en los últimos seis meses, ampliándose luego a un año (pues así lo sugirieron las entrevistas al encontrarse los mismos indicadores en los meses recientes), con prostitutas, pareja estable no confiable, conocidos e indeterminados, independientemente del número de parejas sexuales.

Análisis de datos

Se utilizó el análisis de frecuencias y el chi cuadrado para la comparación de los datos.

RESULTADOS

Antecedentes y procedimientos

El 23.7% de los pacientes había tenido por lo menos una ETS. El 5.4% tuvo tuberculosis en algún momento de su vida. En los últimos trece años 15.1% había

tenido por lo menos una intervención quirúrgica y el 5.4% recibió transfusión sanguínea. El 65.6% reportó tratamiento odontológico; 3.2% estuvo recluido en prisión y el mismo porcentaje sufrió agresión con arma blanca; 6.5% se había sometido a acupuntura. Ninguno había consumido drogas por vía intravenosa. El 19.4% había presentado deambulaci6n/fuga del hogar, por períodos variables, desde horas hasta dos meses; 46.2% tenía exámenes de laboratorio para ETS y 12.9% había sido examinado con ELISA para VIH; en todos los casos los resultados habían sido negativos.

Comportamiento sexual

Del total de la muestra, el 80.6% (n=75) había tenido alguna vez relaciones sexuales, 48 de ellos varones y 27 mujeres; 9 (9.7%) reportaron experiencia de violaci6n en el pasado y 17 (18.3%) tuvieron algùn periodo de múltiples parejas sexuales. Veintiocho pacientes (30.1%) tenía una pareja sexual estable a la fecha del estudio.

De los 75 pacientes que habían tenido relaciones, (5.3%) varones, refirieron relaciones bisexuales en el pasado, y un var6n relaciones homosexuales exclusivas.

Los pacientes sexualmente activos fueron 19 en el último mes y 41 en los últimos seis meses. El número de parejas sexuales en los últimos seis meses variaba entre cero y más de cuatro, siendo éstos la pareja estable (n=22), un conocido (que incluía ex-pareja estable) (n=5), prostitutas (n=13) y desconocidos (n=1).

Quince pacientes de los 28 que tenían pareja estable señalaron que su compañero era confiable, en el sentido de ser su pareja sexual exclusiva. Los que lo

calificaron de no confiable tuvieron diversos argumentos: hijos u hogar paralelo; ETS en su pareja y contagio, entre otros.

De los 75 pacientes que tuvieron relaciones sexuales, 71 reportaron relaciones vaginales (47 hombres y 24 mujeres); 15 relaciones anales insertivas; 12 relaciones anales receptivas (1 var6n y 11 mujeres), y 30 relaciones orales (14 varones y 16 mujeres). De los 75 pacientes, reportaron usar cond6n siempre; 17.3% en relaciones vaginales; 1.3% en relaciones anales insertivas; 0% en relaciones anales receptivas y 0% en relaciones orales; estos datos se muestran en la Tabla 1.

Riesgo

Siguiendo el criterio establecido, se identificó 25 pacientes con comportamiento de riesgo en los 41 activos sexualmente en los últimos seis meses. Es de notar que al criterio de prácticas sexuales sin protecci6n (no usa cond6n o lo usa a veces) en relaciones sexuales con prostitutas, pareja estable no confiable, "conocido" y "desconocido", se agregaban otros factores como ETS en el pasado, período de múltiples parejas sexuales, deambulaci6n. Además se identificó 7 pacientes con riesgo, que no siendo activos sexualmente en los últimos seis meses, presentaban combinaci6n de varios de los factores mencionados. El riesgo identificado según diferentes categorías se muestra en la Tabla 2.

En relaci6n a la categoría diagn6stica, se identificó 19 pacientes en riesgo de 57 con diagn6stico de esquizofrenia, 6 de 18 con diagn6stico de psicosis afectiva, 1 de 3 con diagn6stico de otras psicosis, y 6 de 15 con trastornos

TABLA N° 1
Conducta Sexual en la Muestra de Pacientes con Trastornos Mentales (n= 75: 48
varones y 27 Mujeres)

	Nro	% (n=75)	% del total (n=93)
Relaciones sexuales	75		80.6
Compañero sexual			
Sólo hombres	28	37.3	
Sólo mujeres	43	57.3	
Ambos	4	5.3	
Violación	9	12	9.7
Múltiples parejas sexuales	17	22.7	18.3
Pareja estable	28	37.3	30.1
Pareja confiable	15	53.9 (de 28)	
Tipo relación sexual			
Vaginal (47 h. y 24 m.)	71	94.6	
No condón	33	44	
A veces condón	25	33.3	
Siempre condón	13	17.3	
Anal insertivo	15	20	
No condón	10	13.3	
A veces condón	4	5.3	
Siempre condón	1	1.3	
Anal receptivo (1 h. y 11 m.)	12	16	
No condón	11	14.6	
A veces condón	1	1.3	
Siempre condón	0	0	
Oral (14 h. y 16 m.)	30	40	
No condón	28	37.3	
A veces condón	2	2.6	
Siempre condón	0	0	
Nro. parejas sex./último mes			
Activos	19	25	20.4
1	18	94.7 (de 19)	19.4
2	1	5.2 (de 19)	1.1
Nro. parejas sex./6 meses			
Activos	41	54.6	44.1
1	29	70.7 (de 41)	31.2
2	3	7.3 (de 41)	3.2
3	2	4.8 (de 41)	2.2
4	1	2.4 (de 41)	1.1
?	6	14.6 (de 41)	6.5
Compañero. sex./6meses			
Conocido	5	12.2 (de 41)	
Pareja estable	22	53.7 (de 41)	
Prostituta	13	31.7 (de 41)	
Desconocido	1	2.4 (de 41)	

TABLA N° 2
Riesgo

	Total (n=93)	Riesgo Nro
Total identificado		
Según sexo		32
Varones	55	18
Mujeres	38	14
Según edad		
Hasta 20 años	16	1
de 21 - 30 años	37	14
de 31 - 40 años	28	13
Más de 40 años	12	4
Según estado civil		
Solteros	67	19
Casados	19	10
Convivientes	5	2
Divorciados	2	1
Según diagnóstico		
Esquizofrenia	57	19
Ps. afectiva	18	6
Otras psicosis	3	1
Otros diagnósticos	15	6
Según ETS (1)		
Sin ETS previa	71	19
Con ETS previa	22	13
Según deambulación		
Sin deambulación	75	24
Con deambulación	18	8
Según violación		
Sin violación	84	28
Con violación	9	4
Según múlt. par.sex (de 75)		
Sin múlt.par.sex.	58	22
Con múlt.par.sex.	17	10
Según pareja estable confiable (de 28) (2)		
PE confiable	15	2
PE no confiable	13	11
Según el Nro. de parejas/6 meses (de 75) (3)		
0	34	7
1	29	16
2	3	3
3	2	2
4	1	1
?	6	3
Según tipo de parejas/6 meses (de 41)		
Conocido	5	4
Pareja estable	22	11
Prostituta	13	9
Desconocido	1	1

(1) $X^2 = 7.78$ ($p= 0.00528670$)

(2) $X^2 = 14.23$ ($p= 0.00016201$)

(3) $X^3 = 16.82$ ($p= 0.00484676$)

neuróticos y otros. No se encontró relación significativa entre el riesgo y el diagnóstico.

Los pacientes con previa ETS tenían mayor posibilidad de presentar comportamiento de riesgo ($X^2 = 7.78$, $p = 0.005$). Fue significativa la relación entre el riesgo y el mantenimiento de relaciones sexuales con la pareja estable no confiable ($X^2 = 14.23$, $p = 0.0001$). Como era de esperar, la probabilidad de riesgo aumenta a mayor número de parejas sexuales (para los últimos seis meses $X^2 = 16.82$, $p = 0.004$). Otras estimaciones no fueron significativas.

DISCUSION

Se debe señalar algunas limitaciones del presente estudio. En primer lugar, el predominio de pacientes con trastornos psicóticos y la ausencia de pacientes con trastorno de personalidad, especialmente límite, así como la no inclusión de pacientes con dependencias a drogas, siendo mayor el riesgo en estos dos últimos casos según reportes de otros países. En segundo lugar, la carencia de información sobre el comportamiento sexual de un grupo de control o de la población normal. Estas limitaciones señalan la necesidad de mayores estudios.

La presente investigación encontró que 34.4% de la muestra presenta conducta de riesgo para VIH, porcentaje menor, pero no por ello menos preocupante, que el encontrado en estudios en otros lugares. Si bien la comparación sólo podría ser relativa, en tanto en varios de los estudios mencionados el comportamiento de consumo de drogas intravenosas está presente como factor de riesgo, otros comportamientos asociados al riesgo serían predominantes en nuestra muestra.

Uno de los hallazgos es significativo al respecto: la probabilidad de tener conducta de riesgo en relaciones sexuales con la pareja estable calificada de no confiable (11 mujeres en riesgo de 13 con pareja estable no confiable y 2 de 15 con pareja estable confiable). Se puede cuestionar la calificación de la pareja como confiable, en el sentido de ser una apreciación subjetiva. Si bien ello puede ser así, en los casos estudiados, varias pacientes mujeres señalaron evidencias de ello, como el haber sido contagiadas de una ETS por su pareja estable, o el que tuviera hijos con otra persona. Este criterio no deja de ser muy importante, pues es conocida la tendencia en la epidemiología del VIH/SIDA a un incremento de la vía de transmisión heterosexual cuando existe una alta tasa de recambio de parejas. aún más, la práctica por mujeres del sexo anal receptivo sin condón (8 mujeres en riesgo de 11 que lo practican), es una vía de infección especialmente riesgosa.

Aún cuando no se ha encontrado diferencia en el riesgo según el sexo, estos dos factores de riesgo (pareja estable no confiable y sexo anal receptivo sin condón) determinan un mayor riesgo para las mujeres, ambos señalando el papel pasivo en la conducta de riesgo. Sería muy conveniente conocer si este es un patrón particular de la población estudiada o es una característica más amplia.

El 23.7% de la muestra tuvo por lo menos una enfermedad de transmisión sexual. Este dato es significativo en relación a la presencia de riesgo (13 personas con riesgo de 22 que tuvieron ETS previamente). Comparativamente, en una muestra de 60 pacientes, KELLY⁴ halló 33% de ETS previa. En la mayoría de los casos, la ETS indica promiscuidad sexual, pero, aunque no se pudo cuantificar, se

obtuvo información de mujeres contagiadas por su pareja estable.

De los 32 pacientes identificados en riesgo, sólo 12 (37.5%) fueron sometidos a un ELISA, siendo los resultados negativos. Esta situación es importante de tener en cuenta a la luz de los hallazgos de Sacks¹: el 51% de pacientes de un subgrupo de 77 que habían presentado conducta de riesgo según sus historias clínicas, salió del hospital sin haber tenido examen serológico; y en ese porcentaje se encontró cinco personas que eran seropositivas sin saberlo. De otro lado, los disturbios conductuales y cognoscitivos pueden ser las primeras manifestaciones de SIDA, buscándose entonces atención psiquiátrica o psicológica⁹.

Desde luego, la decisión sobre el ELISA y el manejo de los resultados no están exentos de problemas éticos^{10,11}, pero la exploración de la conducta de riesgo para la acción preventiva, y el trato a todos los pacientes siguiendo las normas universales de control de enfermedades infecciosas, son los mecanismos más eficaces.

Contrariamente a lo que generalmente se cree, los pacientes no tuvieron dificultad en brindar información acerca de su comportamiento sexual; y, más importante aún, en recibir información. Esto es más significativo si se tiene en cuenta que la mayoría de los pacientes estaban hospitali-

zados con el consiguiente compromiso de sus mecanismos de control. Una reciente investigación da cuenta de la confiabilidad de las respuestas de los pacientes acerca de su comportamiento sexual y del no hallazgo de perturbaciones asociadas a la exploración de esta información¹².

Como información adicional cabe mencionar la gran variación de conocimientos acerca del VIH/SIDA y en general acerca de la sexualidad, que mostraron los pacientes, además de la variación en la adopción de comportamiento de protección. Algunos de los pacientes entrevistados describieron cambios en su comportamiento sexual: desde la abstinencia de relaciones sexuales hasta el uso apropiado de condón cuando tenían relaciones sexuales con prostitutas. Otros, sin embargo, continuaban con comportamientos de riesgo, ya sea que carecieran de la información conveniente o que teniéndola no cuidaran su salud.

Se espera que los resultados del presente estudio contribuyan al conocimiento de un área de la problemática de los pacientes con alteraciones mentales en relación a su riesgo de infección ETS/VIH, para las acciones de prevención, ya sea a nivel individual o grupal. En este sentido los modelos psicoeducativos grupales con estos pacientes han resultado provechosos.^{13,14}

RÉSUMÉ

Le comportement en risque pour le VIH/SIDA est étudié dans un échantillon de 93 patients avec maladies mentales suivis dans une institution de santé mentale, en utilisant une entrevue non-structurée. Trente et deux patients ayant un comportement en risque, c'est à dire, rapports sexuels non protégés. L'antécédent des maladies par transmission sexuel, les rapports sexuels avec un partenaire stable mais peu fiable, le nombre de partenaires sexuels pendant les 6 derniers mois, sont associés à la probabilité de risque. Les implications, en particulier l'exploration du comportement en risque routinnaire et le développement des actions de prévention sont discutés.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wurden 93 Patienten mit psychischen Symptomen und Gefahr von einem VIH-AIDS, die in einem psychiatrischen Krankenhaus waren, mit einem Fragebogen untersucht. 32 Patienten waren in Gefahr, weil sie keine prophylaktischen Massnahmen hatten; ausserdem zeigte die Freundin (Freund) auch das selbe Verhalten, oder einige hatten mehrere Partner in den letzten 6 Monaten. Schliesslich hatten die Verfasser über präventive Massnahmen diskutiert.

BIBLIOGRAFIA

1. SACKS, M., DERMATIS, H., LOOSER-OTT, S. *et al.* (1992): "Undetected HIV infection among acutely ill psychiatric inpatients", *Am. J. Psychiatry*, 149: 544-545.-
2. VOLAVKA, J., CONVIT, A., O'DONNELL, J. *et al.* (1992): "Assessment of risk behaviors for HIV infection among psychiatric inpatients", *Hosp. Comm. Psychiatry*, 43: 482-485.-
3. EMPFIELD, M., COURNOIS, F., MEYER, I. *et al.* (1993): "HIV seroprevalence among homeless patients admitted to a psychiatric inpatient unit". *Am. J. Psychiatry*, 150: 47-52.-
4. KELLY, J., MURPHY, D., BAHR, R. *et al.* (1992): "AIDS/HIV risk behavior among the chronic mentally ill", *Am. J. Psychiatry*, 149: 886-889.-
5. Mc DERMOTT, B., SAUTTER, F., WINSTEAD, D. *et al.* (1994): "Diagnosis, health beliefs, and risk of HIV infection in psychiatric patients", *Hosp. Comm. Psychiatry*, 45: 580-585.-
6. PERKINS, D., DAVIDSON, E., LESERMAN, J. *et al.* (1993): "Personality disorder in patients infected with HIV: A controlled study with implications for clinical care", *Am. J. Psychiatry*, 150: 309-315.-
7. BAKER D. & MOSSMAN D. (1991): "Potential HIV exposure in Psychiatrically hospitalized adolescent girls", *Am. J. Psychiatry*, 148: 528-530.-
8. DI CLEMENTE, R. & PONTON, L. (1993): "HIV-related risk behaviors among psychiatrically hospitalized adolescents and school-based adolescents", *Am. J. Psychiatry*, 150: 324-325.-
9. HORWATH, E., KRAMER, M., COURNOIS, F. *et al.* (1989): "Clinical presentations of AIDS and HIV infection in state psychiatric facilities", *Hosp. Comm. Psychiatry*, 40: 502-506.-
10. AMERICAN PSYCHIATRY ASS. (1992): "AIDS Policy: Guidelines for outpatient psychiatric services and Guidelines for inpatient psychiatric units." *Am. J. Psychiatry*, 149: 721-722.-
11. HAIMOWITZ, S. (1989): "HIV and the mentally ill: an approach to the legal issues", *Hosp. Comm. Psychiatry*, 40: 732-736.-
12. Mc KINNON, K., COURNOIS, F., MEYER-BAHLBURG, H. *et al.* (1993): "Reliability of sexual risk behavior interviews with psychiatric patients", *Am. J. Psychiatry*, 150: 972-974.-
13. LAUER-LISTHAUS, B. & WATTERSON, J. (1988): "A psychoeducational group for HIV positive patients on a psychiatric service", *Hosp. Comm. Psychiatry*, 39: 776-777.-
14. STEINER, J., LUSSIER, R., MAUST, G. *et al.* (1994): "Psychoeducation about sexual issues in an acute treatment setting", *Hosp. Comm. Psychiatry*, 45: 380-381.