

PSICOPATOLOGIA FAMILIAR EN LA INFECCION POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

*Por F. R. JERI y M. L. LUCHO**

RESUMEN

Se describe las perturbaciones psicológicas observadas en las familias de pacientes infectados por VIH y las repercusiones de dichos trastornos en el comportamiento de los descendientes. Se concluye que la infección por el VIH en nuestro medio puede ser condicionada por una constelación de factores, tales como la condición socio-económica, el nivel cultural y educativo, la orientación sexual, el abuso de sustancias, la estructura y dinámica parental, y la psicopatología de la familia nuclear o extendida. También se describe las medidas que deben adoptarse para lograr la prevención de la infección por el VIH en sus tres niveles, especialmente la educación sexual de los adolescentes y la instrucción sanitaria en los pueblos jóvenes, de donde procede la mayor parte de pacientes estudiados en este trabajo.

SUMMARY

In this article we present the psychological disorders observed in the patient's families of HIV-seropositives and the repercussions of those disturbances in the behaviour of the contaminated persons. This work has been done using psychological interviews with patients and relatives and a semi structured research protocol. It is concluded that the infection, in the environment studied, was conditioned by a constellation of factors, such as the socio-economical condition, the educational and cultural level, the sexual orientation, the abuse of substances, the parental psychopathology, and the structure and dynamics of the nuclear

*Servicio Académico Asistencial de Neurología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Apartado 123, Lima 100, Perú

or extended family. The three levels of needed preventive action are described, emphasizing sexual education of adolescents and sanitary instruction in the slum areas of Peru, which were the places of origin of most of the patients.

PALABRAS- CLAVE: Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), psicopatología familiar, psicopatología.

KEY-WORDS: Human immunodeficiency virus (HIV), Familial psychopathology, Psychopathology.

INTRODUCCION

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) fue descrita por primera vez en el Perú hace diez años¹ y desde entonces las cifras de prevalencia han aumentado progresivamente². Nosotros hemos descrito algunas manifestaciones psicológicas³, neurológicas^{4,5} y adictivas⁶ en un grupo de enfermos procedentes de un hospital general dedicado a personas carentes de seguro social, pertenecientes por tanto a los estratos socio-económicos más bajos de nuestra población. Hemos comprobado en ese grupo numerosos factores de riesgo para infectarse con el VIH, especialmente la promiscuidad sexual y las prácticas homosexuales y bisexuales en los varones, así como las uniones de las mujeres con hombres promiscuos o bisexuales. Otros factores de relativa importancia son el desconocimiento de métodos preventivos para evitar el contagio, el hacinamiento de hombres en ambientes cerrados (prisiones, cuarteles), la temprana iniciación de actividad sexual en las mujeres, la escasa educación de la mayoría de los pacientes y los trastornos de personalidad de algunos enfermos³.

En esta oportunidad analizaremos la función de la familia en el condicionamiento de factores predisponentes para infectarse con el VIH.

METODO

Este es un estudio prospectivo de pacientes infectados con el VIH en el Hospital "Dos de Mayo" de Lima. Los enfermos fueron sometidos a investigación médica empleando un protocolo semi-estructurado donde se anotaban datos demográficos, tiempo de enfermedad, manifestaciones clínicas (síntomas y signos) en las siguientes áreas: constantes vitales, trastornos respiratorios, circulatorios, dermatológicos, gastrointestinales, hematológicos, génito-urinarios, reumatológicos, neurológicos y psicológicos.

En secciones especiales se registró antecedentes personales, consumo de sustancias, estructura y dinámica familiar, así como pruebas psicológicas y de laboratorio.

Hasta el 30 de noviembre de 1994 se recibieron 350 enfermos nuevos. De estos pacientes 222 hombres y 22 mujeres fueron hospitalizados. En consultorio externo se atendieron 92 hombres y 14 mujeres que hasta el 30-11-94 no habían sido hospitalizados. En cuanto al sexo, 314 eran hombres y 36 mujeres. Todas las mujeres, menos una, eran amas de casa, casadas o convivientes. La única excepción fue una mujer casada que ejerció la prostitución durante algunos años de su vida.

El seguimiento de los enfermos se hizo en el consultorio externo de la Sala Santa Rosa 2, después de haber sido dado de alta, en otros consultorios (Consejería. Neurología, Salud Mental) del Hospital o en la Sala Santa Rosa 2 durante sucesivas hospitalizaciones. Se llevó un control riguroso de la evolución clínica, enfermedades asociadas y disturbios psicológicos observados en los pacientes, tanto en consultorios externos como en el consultorio de Consejería del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales. En el consultorio de Consejería se atendió también a los familiares, cuando presentaban disturbios psicológicos relacionados con la enfermedad del pariente con infección por el VIH o cuando se suscitaban crisis o problemas en el círculo familiar, practicándose entonces terapias familiares de resolución inmediata, modificación de la conducta, instrucción sanitaria o terapia cognoscitiva. Si se presentaban complicaciones en los pacientes o en sus familiares que no pudieran ser resueltas por la Consejería del Servicio, se hacían las interconsultas pertinentes a los servicios de Salud Mental, Neurología, Capellanía y Asistencia Social del Hospital. Otros problemas eran abordados, cuando estaba indicado, por las organizaciones de auto ayuda o los servicios religiosos voluntarios extrahospitalarios.

RESULTADOS

La función de la familia en la vida de los pacientes fue variable. La mayor parte de los homosexuales varones se ha separado de la familia nuclear durante la adolescencia o al comenzar la edad adulta. Unas veces por hostilidad de los parientes ante su orientación sexual y otras

para tener libertad para asociarse con otros varones homosexuales. Cuando estos sujetos ingresaban a las fases sintomáticas de la enfermedad, muchos de ellos volvían al seno familiar, para ser atendidos. Ocasionalmente eran asistidos por otros homosexuales varones (parejas, amigos o voluntarios). Los varones bisexuales generalmente tenían vinculación con alguna pareja femenina (esposa, conviviente, amante) o recurrían en momentos avanzados de la infección, a miembros de la familia nuclear. Las mujeres habitualmente eran auxiliadas por sus familiares más próximos (madre, hermanas, padre, hermanos) porque los maridos habían fallecido antes que ellas o estaban tan enfermos que se hallaban incapacitados de ayudar en alguna forma, o las habían abandonado.

Es justo mencionar que casi siempre el paciente de uno y otro sexo tenía algún miembro de la familia que lo asistía o acompañaba, colaboraba en el tratamiento, procuraba conseguirle los múltiples medicamentos prescritos y mantenía presencia permanente ante el personal de salud, solicitando curación o alivio sintomático de los padecimientos del enfermo. Se establecía así una estrecha alianza entre los profesionales asistenciales y los parientes, que se extendía muchas veces hasta después de la muerte del paciente, manifestándose por visitas al servicio y colaboración en las actividades de los grupos de autoayuda. Las críticas de los familiares nos sirvieron también para tomar conciencia de expresiones precipitadas o imprudentes de algunos de los miembros del grupo terapéutico, de la falta de dedicación al enfermo demostrada por algunas personas, y del interés utilitario de otras, preocupadas de ventajas personales antes que del bienestar del pa-

ciente. Todas estas observaciones se manifestaron en las sesiones de grupo, realizadas entre los miembros del servicio, los pacientes y los familiares.

En otras oportunidades la familia ha contribuido a desarrollar trastornos de la conducta en los hijos, predisponiéndoles al abuso de alcohol u otras sustancias, adopción de comportamientos sexuales riesgosos y contaminación con el VIH. Los resúmenes de algunas de esas historias clínicas permitirán una mejor comprensión de dichos mecanismos patogénicos.

OBSEVACION 1

Múltiple patología familiar inducida por el comportamiento materno.

Varón de 34 años de edad, 4to. de secundaria, el segundo de 7 hermanos. A los ocho años fue abandonado por la madre, quien se fue a vivir con un amante. Esta mujer era muy alegre, le gustaban las fiestas, frecuentemente concurría a bailes y tenía numerosas aventuras amorosas extraconyugales. Cuando el marido salía a trabajar (era gasfitero), ella introducía hombres en su casa con los cuales mantenía relaciones sexuales. Si el niño preguntaba que hacían esos hombres allí, ella contestaba que eran tíos de él. Una vez que la madre se fue a vivir a otro pueblo con uno de sus amantes, el padre se dedicó a la bebida y abandonó el cuidado material de sus hijos, a tal punto que no tenían alimentos. La hermana mayor tuvo que sustituir a los padres, cuidando a los niños pequeños. El paciente se dedicó a robar comida y dinero para que la familia pudiera sobrevivir. Después de algunos años, el padre comenzó a trabajar, daba algún dinero para la casa pero no le interesaba el estado de sus hijos. La hermana mayor comenzó a tener pretendientes y a los 18 años de edad se casó con un hombre que la llevó a vivir lejos de sus hermanos. El paciente seguía robando y en ese

tiempo comenzó a usar drogas y alcohol. El padre seguía viviendo con ellos, tenía relaciones con diversas mujeres, fuera del hogar, y no le interesaba la conducta de sus hijos. Los maltratos físicos a que era sometida la hermana por parte del marido fueron tan frecuentes y severos que la llevaron nuevamente a la casa familiar, con el bebé que había tenido recientemente. La causa del conflicto conyugal fue la frigidez de la hermana, no tenía deseos sexuales, no deseaba tener frecuentes relaciones y esto enfurecía al marido.

Concluida la última relación amorosa de la madre, ella volvió al pueblo, al encontrar a sus hijos en una situación de abandono total, decidió viajar a Lima y trajo con ella a los más pequeños. La hermana decidió acompañar a la madre porque había tenido un amante, con el cual tuvo un segundo hijo, pero él no tenía disposición de casarse con ella. Carlos permaneció en su casa con su padre y dos hermanos. Uno de ellos es ahora seminarista y el otro profesor de escuela. Carlos dejaba la droga esporádicamente, pero bebía alcohol con frecuencia, concurría a fiestas, tocaba la guitarra y cantaba. En esas circunstancias mantenía relaciones homo- y heterosexuales. Alternaba el trabajo con el robo. Tuvo entonces una chica de la cual se enamoró intensamente, aunque la familia de ella se oponía tenazmente a estos amores por conocer el comportamiento de Carlos (asaltante y drogadicto). Eventualmente la enamorada rompió las relaciones y él se asoció con otra chica, conocida en la parroquia donde ella acudió por estar en gran necesidad económica. El le propuso entonces viajar a Lima y trabajar juntos como vendedores ambulantes. Así lo hicieron y Carlos sedujo a la muchacha, por despecho pues no tenía afecto por ella. Seis meses después de permanecer en dicha ciudad comenzó a tener síntomas (diarrea, fiebre, adelgazamiento). Fue hospitalizado y se le diagnosticó infección por el VIH, verificándose que había mantenido relaciones con homosexuales desde los 16 años de edad, cuando comenzó a usar drogas (pasta de coca y alcohol). Salió de alta y se dedicó a trabajar y a colaborar con el grupo de ayuda

mutua (GAM) tanto materialmente como acompañando a los pacientes y cantando en las reuniones sociales del GAM. Sin embargo, siguió bebiendo alcohol, en cantidad considerable, varias veces por semana. Le había prometido matrimonio a la enamorada pero no cumplió su promesa. Ella, cansada de ese comportamiento se fue a vivir a casa de una hermana, puesto que además la trataba mal, la insultaba, dejaba de trabajar por beber o por concurrir a fiestas, tomaba el dinero o las mercancías obtenidas a crédito y las gastaba o vendía, aparentando ser un comerciante próspero obsequiaba a los amigos frecuentemente.

Mientras tanto la madre se comprometió con un hombre de mejor condición económica, quien alquiló una casa amplia, donde ella dio hospedaje a los hijos que se trasladaban a la capital, Carlos ocupó entonces el 3er. piso del inmueble. La hermana mayor y la subsiguiente obtuvieron trabajo en un hospital de Lima. Posteriormente Carlos se reconcilió con su compañera y la hermana mayor se comprometió con otro vendedor ambulante. Esta mujer siguió sufriendo de frigidez total, la cual se resolvió con tratamiento psicológico. No obstante ha presentado varios episodios conversivos y ansiosos precipitados por problemas con la madre, uno de los hermanos y el conviviente. Ha tenido tres abortos consecutivos y actualmente tiene siete meses de embarazo. Un hermano menor que Carlos desarrolló una franca conducta homosexual pero se ha negado obstinadamente a someterse a las pruebas de detección del VIH, a pesar de presentar varios episodios de linfadenopatías persistentes.

Desde que Carlos se enteró de su diagnóstico ha practicado actividad sexual usando preservativos con su conviviente, la cual hasta ahora ha tenido tres reacciones negativas al VIH, con intervalos de tres meses entre cada una de ellas.

OBSERVACION N° 2

Hostilidad inicial de la mujer y actitud protectora del marido.

Manuel, varón de 23 años de edad, licenciado del Ejército. Cuando estuvo en uno de los cuarteles actuando como centinela en los torreones, los homosexuales se le ofrecían y el tuvo relaciones sexuales con ellos en muchas oportunidades. En esa época Manuel tenía 18 años de edad y éstas prácticas prosiguieron hasta los 19. Fue licenciado al terminar el servicio militar obligatorio y comenzó a trabajar como cobrador de micros. Vivía entonces con el padre y varios hermanos. Terminó 5to. año de secundaria y a los 19 años tuvo relaciones con una enamorada, la cual resultó embarazada. Entonces la llevó a casa de su padre. Después del parto él comenzó a tener síntomas de la enfermedad (diarrea, fiebre, adelgazamiento, linfadenopatía). Se hospitalizó en una sala de medicina general y allí diagnosticaron infección con el VIH. Los exámenes de la conviviente y de la hija resultaron negativos. Manuel fue trasladado entonces a la Sala de Enfermedades infecciosas e informado de la naturaleza de su enfermedad. Esta noticia lo afectó profundamente, estuvo deprimido y con mucho temor a la muerte. El tratamiento médico y la labor de consejería lograron una apreciable mejoría sintomática. El paciente salió de alta y desde entonces no ha tenido ningún tipo de aproximación sexual hacia su mujer pues no ha querido contagiarla. Tres análisis de sangre, con intervalos de tres meses, hechos a la conviviente y a su hija continúan siendo negativos. Posteriormente, Manuel tuvo que ser rehospitalizado, desarrolló sarcoma de Kaposi en las piernas y paulatinamente quedó ciego por retinopatía citomegálica. Nuevamente esta última complicación desarrolló una reacción de ansiedad intensa en el paciente, quien llora con frecuencia y ruega se le de un tratamiento que le permita recuperar la visión. La conviviente tuvo una reacción de ira, celos e impotencia cuando se enteró de la enfermedad de Manuel, pero ahora ha reaccionado positivamente, lo cuida, viene a verlo todos los días y participa en las curaciones de la miasis desarrollada en las piernas del enfermo.

OBSERVACION N° 3*Individuo agresivo y alcohólico que contagió a un niño.*

Félix, varón de 16 años de edad, hijo único, estudiante de educación secundaria, fue infectado por su padrastro, hombre de 55 años de edad, alcohólico, violento y agresivo, quien sometió a Félix a prácticas pederásticas cuando el niño tenía ocho años de edad, mientras la madre salía a la calle para trabajar como lavandera en casa. Tanto este adolescente como el padrastro murieron en el mismo hospital, con diferencia de pocos meses. La madre jamás aceptó que su hijo hubiera estado infectado con el VIH y tampoco sospechó que su segundo conviviente hubiera podido contagiar la enfermedad a Félix. En cuanto al primer marido, abandonó a su familia para ir a vivir con otra mujer. La indiferencia fue total pues nunca más se ocupó de su hijo, no lo visitó en el hospital ni hizo el menor gesto para contribuir con los gastos del sepelio.

OBSERVACION N° 4*Agresividad del padrastro ocasionó fuga y delincuencia de un menor*

Niño de 13 años de edad, ingresó al hospital por movimientos involuntarios de ambos miembros superiores, considerados como coreo-atetósicos. El paciente es el mayor de cuatro hermanos. A los ocho años de edad fugó del hogar por no soportar los violentos castigos físicos del padrastro. Se unió a un grupo de chicos que vivían en las calles, dedicándose a robar con la modalidad del asalto a mujeres que salían del mercado. Desde esa época aprendió a beber alcohol e inhalar Terokal, con el cual experimentaba intensas intoxicaciones confusionales y alucinatorias. Desde los diez años de edad practicó relaciones homosexuales y dos años después numerosos contactos con prostitutas clandestinas. Fue infectado de gonorrea uretral y de sífilis. Acudió a consultorios externos de un hospital donde recibió tratamiento incompleto. Posteriormente tuvo varios

episodios de diarrea y comenzó a notar movimientos involuntarios en los brazos. Al ingreso presentó acarosis generalizada, con reacciones fuertemente positivas para lúes y ELISA reactivo al VIH. Enterada la madre del paradero de su hijo, ofreció recibirlo nuevamente en el hogar (ahora vivía sola con sus demás hijos) y el paciente prometió volver al hospital, una vez terminado el tratamiento antisifilítico. Desde entonces no se le ha vuelto a ver en nuestro hospital.

OBSERVACION N° 5*Trastornos psicológicos en tres hermanos*

Mujer de 21 años de edad, natural de un pueblo de Puno, procedente de un hogar estable, padres convivientes, a los 14 años comenzó a trabajar como lavandera en casas, poco tiempo después fue violada por tres hombres y posteriormente por otro individuo. Un policía la trajo entonces a Lima, como trabajadora doméstica. El patrón pretendió también tener relaciones sexuales, ella le avisó a la esposa y fue despedida. Prosiguió trabajando en diversas casas y estudiando secundaria en la escuela nocturna. Conoció entonces a un hombre joven, quien la enamoró y tuvo relaciones sexuales con él (ella notó que su pareja tenía erupciones en el pene). Poco después tuvo un aborto espontáneo y rápidamente desarrolló síntomas de tuberculosis pulmonar. Fue traída al hospital por su patrona, quién la dejó abandonada y no contribuyó con ninguna de las medicinas prescritas. La paciente desarrolló síntomas de encefalitis y afasia. Falleció en el hospital, a los 24 años de edad, después de cuatro años de enfermedad. Se comprobó el diagnóstico por ELISA. Seis meses después el enamorado murió en el hospital, a los 19 años de edad, por criptococosis meningoencefálica, complicación de la infección por el VIH, después de dos meses de enfermedad neurológica. Diez meses después dos de sus hermanos fueron atendidos por diarrea y la investigación serológica demostró que estaban también in-

fectados con el VIH, uno fue internado, el otro siguió tratamiento ambulatorio. El hermano mayor ignoraba que existía la enfermedad retroviral, no tomó ninguna medida para protegerse, tuvo escasas relaciones con algunas mujeres de fácil acceso y probablemente fue contagiado de esa manera. El hermano menor tenía una conducta psicopática, bebía alcohol en forma excesiva, tenía celos patológicos y maltrataba físicamente a su pareja, quien también estaba infectada. En esta familia cinco personas están contaminadas por el VIH: las dos mujeres y tres hermanos. Han fallecido una mujer y uno de los hermanos, como se describió anteriormente, los otros dos varones están en la fase IV de la enfermedad.

OBSERVACION N° 6

Hostilidad y deserción del marido

Maribel, de padre alcohólico, 25 años de edad, estudió hasta el 3er. año de media, a los 16 años de edad se enamoró de un joven y se fue a vivir con él. Tuvo un hijo. Poco después se enteró que su conviviente bebía alcohol, fumaba cannabis y pasta de coca, prostituyéndose para conseguir las drogas. Entonces se separó de él. Al poco tiempo adquirió otro conviviente y tuvo tres hijos más. El último hijo nació de color verdoso, tenía bronconeumonía y el hígado grande, falleció al cumplir seis meses de edad. Se enteró que su primera pareja estaba hospitalizado y que padecía de infección por VIH. Ella se hizo los exámenes y resultaron reactivos, así como lo de sus otras dos hijas. El segundo marido la abandonó entonces, no aceptó someterse a la prueba para VIH y se llevó a la segunda de las hijas, seropositiva. Actualmente las hijas tienen 5 y 6 años, la mayor de ellas está con SIDA. Maribel trabaja haciendo limpieza de casas, recibe apoyo de su madre. El padrastro ignora el diagnóstico. Ella a veces tiene diarrea, otras, dolor torácico, probablemente tiene siete años de enfermedad.

OBSERVACION N° 7

Erotomanía celotípica hacia una personalidad antisocial

Rosa, 36 años de edad, el progenitor falleció por alcoholismo cuando ella tenía 12 años, a los 18 años tuvo sus primeras relaciones sexuales con un enamorado. Trabajaba como ayudante de oficina en una imprenta. Conoció al marido actual a los 25 años (el tenía 19). Iniciaron intensa relación amorosa, manteniendo relaciones sexuales en cualquier lugar. Al poco tiempo él ingresó al Ejército para hacer el servicio militar obligatorio. A los pocos meses lo internaron en el hospital castrense por granuloma inguinal. La familia se enteró que ese hombre era bisexual y trataron de separarlos. Ella se casó con él cuando tenía 26 años de edad. El marido fue dado de baja en el Ejército y comenzó a trabajar en actividades esporádicas. Era infiel a su esposa tanto con hombres como con mujeres. Como proseguía avanzando la enfermedad venérea fue internado en el hospital por considerable supuración inguinal. Allí se comprobó que era VIH positivo. Curó de la afección genital y al salir de alta prosiguió manteniendo numerosas relaciones amorosas extraconyugales. Posteriormente enamoró a una muchacha de buena conducta y no tomaba ninguna medida preventiva en las relaciones sexuales. La esposa advirtió a la familia de la chica el diagnóstico de su marido. En 1991 Rosa resultó reactiva a la prueba para VIH, las dos hijas (de 9 y 6 años son negativas). El esposo trabajaba al inicio del matrimonio pero posteriormente descuidaba a su familia, conviviendo con mujeres y con homosexuales a cambio de dinero, abusando de alcohol y de drogas, ocasionando profundo sufrimiento a su familia.

OBSERVACION N° 8

Hija de alcohólicos, se casó con bebedor excesivo

Blanca 19 años de edad, hija de padres separados, el padre era alcohólico y no trabajaba, casada, tiene dos hijos. Primeras rela-

ciones sexuales a los 15 años. El esposo la maltrataba salvajemente, era un bebedor excesivo y tenía 25 años de edad. Ella fue infectada por el primer enamorado, con quien reinició relaciones después de una pelea con su marido. Fueron a una fiesta y mantuvieron relaciones sexuales a la salida. A los cuatro meses ella tuvo fiebre, fue internada en el Hospital durante cuatro días, la prueba para VIH fue reactiva. Se le comunicó el diagnóstico. Al enterarse el marido la golpeó severamente. El enamorado era VIH positivo. El marido es seronegativo. En la actualidad blanca se ha separado del marido y vive con su madre. Hace poco resultó embarazada del enamorado. Ha dejado de concurrir al hospital.

OBSERVACION N° 9

Marido explotador, violento y agresivo

Felipa, 23 años de edad, hija de padres casados, padre hipocondríaco, madre ansiosa, casada, un hijo falleció a los dos años de edad, era VIH positivo. Fue secretaria ejecutiva de dos firmas importantes. Primeras relaciones sexuales a los 18 años con dos enamorados. Ella nació en Iquitos pero fue traída a Lima cuando era un bebé. El padre era ingeniero agrónomo. Felipa casó a los 20 años con un hombre de 27 años de edad, fiestero, bebedor de alcohol, de familia de artistas de teatro. Tuvo una vida conyugal desdichada, el marido le pegaba y le obligaba a trabajar en varias actividades (secretaria, tejedora, elaboración de pasteles que dejaba a consignación en varios restaurantes). Finalmente la familia de Felipa la reclamó, pero el marido se la llevó a Chimbote. Allí tuvo un parto eutócico. Siguió maltratándola frecuentemente (le administraba golpes y sexo forzado, a pesar de tener erupciones en el pene). Viajaron entonces a Lima porque el niño enfermó. Los médicos diagnosticaron encefalitis e infección por el VIH, falleció a los dos años de edad. Los exámenes revelaron que ambos padres eran VIH reactivos. Felipa desarrolló rápidamente un síndrome

catabólico y nuevamente fue trasladada a Chimbote.

OBSERVACION N° 10

Hostilidad irreconciliable de la mujer y su familia

Alejandra, 31 años de edad, natural y procedente de Lima, con estudios de contabilidad, casada, tiene un hijo de tres años. Consultó por caída de cabello, micosis en las uñas, inflamación en las encías, agrandamiento de los ganglios cervicales e inguinales y dolor en el oído derecho. En enero de 1994 tuvo fiebre (40°C), malestar general y diarrea. Fue tratada como si padeciera de fiebre tifoidea. Mientras tanto el marido presentaba diarreas intermitentes, adelgazamiento, fiebre, decaimiento y somnolencia. La primera prueba para VIH fue negativa (febrero 1994) pero la segunda resultó positiva (marzo 1994). Estos resultados generaron una reacción hostil hacia el esposo (ella y la familia de ella). Las pruebas de laboratorio señalaron: velocidad de eritrosedimentación 29 mm/hora, CD₄: 1007 células; inmunoglobulinas normales, VDRL no reactiva, leucocitos 4000, linfocitos 16%. En la actualidad Alejandra se ha separado del marido.

OBSERVACION N° 11

Crueldad de parientes, fuga y delincuencia

Roberto, 44 años, natural de Lima, procedente de casma, con tercer año de secundaria, carpintero y predicador evangélico, bisexual, conviviente. Al año y medio de edad fue abandonado por el padre y la madre. Lo crió la abuela materna. Fue tratado duramente. A los 12 años le robaron sus útiles escolares, entró en un estado de pánico y fugó del hogar. Ingresó entonces a una banda de ladrones, fue detenido varias veces e internado en reformatorio de menores ("Casa de los Vagos", Maranga). Al salir prosiguió en la vida delictiva hasta los 42 años de edad.

Estando en prisión fue indultado por el Presidente de la República, decidió entonces no delinquir más, se retiró a una habitación rural en Casma. En cuanto a su hábitos comenzó a beber alcohol desde los 12 años de edad, fumó pasta de coca durante nueve años, inducido por una de sus convivientes. Mantenía relaciones homo o heterosexuales, sin ninguna medida de protección mientras estaba intoxicado. Al presentar fiebre, adelgazamiento y diarreas acudió al hospital. La prueba de ELISA resultó positiva para el VIH. Al examen neurológico era un individuo locuaz pero con déficit cognoscitivo (Folstein 21), presentaba ceguera del ojo derecho, incoordinación bilateral en la prueba talón rodilla, signo de Romberg sensibilizado y meningismo.

DISCUSION

LINN⁷ afirma que la salud o la enfermedad mental de una persona no se mide por sus síntomas sino por la calidad de sus relaciones humanas. La familia constituye el ambiente fundamental donde se puede evaluar la conducta del individuo y las interrelaciones recíprocas establecidas entre ambos. Una familia estable proporciona protección contra los riesgos del ambiente, brindando alimento, techo, seguridad, educación y autoestima. La supervivencia de la familia se mantiene mediante mecanismos protectores, los más importantes son ciertas prohibiciones acerca de la violencia y la actividad sexual en el seno familiar. Cuando uno de sus miembros desarrolla trastornos de conducta, incompatibles con las normas tradicionales, la familia puede expulsarlo o convertirlo en un elemento enquistado permitiendo su presencia en el grupo pero dentro de un patrón especial de conducta (familia sesgada).

Tradicionalmente la familia inicial está constituida por una díada: mari-

do y mujer. Al nacer el primer hijo se constituye una tríada. Con cada nuevo hijo que nace se forma una nueva tríada, diferente a la primera. Todas las tríadas son esencialmente distintas, por cambios ocurridos en los progenitores, diferente disposición genética y constitucional en los vástagos, y modificaciones del medio ambiente. Es así como se establece la familia nuclear (padres e hijos), característica de los países industrializados.

La situación socioeconómica y tradicional de los peruanos favorece la conformación de familias extendidas. Una familia extendida está integrada por padres, abuelos, tíos, sobrinos, hijos, yernos, suegros y primos de ambos sexos.

Estos grupos familiares se aglutinan por la pobreza de las nuevas parejas, el embarazo extraconyugal de las hijas o sobrinas, así como por la tendencia de los parientes provincianos a refugiarse en las habitaciones de los que llegaron primero a la ciudad. La hospitalidad hacia el familiar emigrante se considera como una tradición prácticamente obligatoria.

La familia extendida tiene algunas ventajas. Los abuelos y tíos pueden cuidar de los niños mientras los padres trabajan. Las desventajas probablemente son más considerables: los conflictos interpersonales devienen más graves por el espacio reducido y necesidad de compartir los servicios básicos. El peligro de contagio de las enfermedades transmisibles es mayor y la tendencia a la violación de las normas sobre sexualidad y agresividad, sobre todo por las personas con trastornos de carácter, es más acusada. La repercusión de los trastornos mentales de uno de los miembros habitualmente no sólo afecta a los parientes más próximos, sino que influye nocivamente sobre otros individuos de la familia extendida, creán-

dose un estado psicopatológico colectivo. Así sucedió en la observación N° 1 donde una mujer con rasgos psicopáticos de carácter desencadenó una sucesión de trastornos en los familiares: alcoholismo y depresión en el padre, conversión y frigidez en la hija mayor, delincuencia y abuso de alcohol y drogas en el hijo mayor, bisexualidad en un hermano y homosexualidad en otro. La convivencia en familia extendida, una vez que una porción de ellos se ubicó en la casa de la madre, contribuyó a gestar nuevos conflictos interpersonales.

En cambio en la observación N° 2 un hombre procedente de un hogar desintegrado, infectado por el VIH mientras servía en el Ejército, demostró particular cuidado para no contagiar a su mujer quien después de una reacción inicial de rechazo total hacia el paciente, reconsideró su actitud y terminó por asistirlo con afecto y dedicación.

En ciertas oportunidades (Observación N° 6) el marido abandonó a la mujer, al enterarse del diagnóstico, viéndose ella obligada a retornar al hogar nuclear reconstruido (el padre alcohólico abandonó a su familia). Otra paciente (Observación N° 7), cuyo padre alcohólico murió cuando ella tenía 12 años, se enamoró de un hombre con rasgos de personalidad psicopática, quien la contagió de varias enfermedades de transmisión sexual, incluyendo la infección por el VIH. En este caso la mujer ha tratado de advertir a las enamoradas del marido sobre el peligro del contagio de la infección retroviral.

Al considerar las características generales de los enfermos (Tabla 1) comprobamos los siguientes hechos: los varones excedían en una proporción de 9/1 a las mujeres; la enfermedad se manifestaba

fundamentalmente en adultos jóvenes; la mayoría de los pacientes había nacido en Lima y procedían de los barrios turgurizados del centro de la ciudad o de los cinturones periféricos de la capital, conocidos eufemísticamente con el nombre de "pueblos jóvenes"; más de las dos terceras partes de estas personas tenían instrucción elemental (6 años) o secundaria (11 años), a pesar de haber descendido a las clases sociales V o VI; existía una proporción mayor de homosexuales, pero la suma de los heterosexuales (donde estaban comprendidos todas las mujeres) y de los bisexuales varones, superaba considerablemente a los primeros; predominaban los individuos solteros, generalmente homosexuales, mientras que los heterosexuales y bisexuales habitualmente habían establecido uniones, persistentes o temporales, con personas del sexo opuesto, bajo la modalidad de la convivencia; más de la mitad de los pacientes eran originalmente obreros, a pesar que muchos tenían educación secundaria.

En lo relacionado a la estructura y dinámica familiar (Tabla 2) se comprobó que la mayor parte de enfermos procedía de hogares de padres casados o convivientes, pero más de la cuarta parte crecieron en casas donde quedaba un solo progenitor o pariente próximo, por divorcio o separación de los padres o por ser hijos de madres solteras que nunca establecieron unión de convivencia con alguna pareja. Si bien no pudo examinarse a todos los miembros de las familias remanentes, en muchas ocasiones hubo oportunidad de entrevistar a uno u otro de los progenitores y a los cónyuges, y casi siempre se obtuvo información del propio paciente o de la persona que lo cuidaba (pareja o pariente). En esta forma se reunió datos de las perturbaciones psicológicas de la familia in-

TABLA 1
Características generales de algunos pacientes infectados con el VIH en el Hospital Dos de Mayo (1991 - 1994)

| | n | % | | n | % |
|---------------------------|-----|------|----------------------------|-----|------|
| SEXO | | | LUGAR DE NACIMIENTO | | |
| Varones | 314 | 89.7 | Lima | 218 | 62.2 |
| Mujeres | 36 | 10.2 | Provincias | 130 | 37.1 |
| | | | Extranjero | 2 | 0.5 |
| EDADES EN AÑOS | | | PROCEDENCIA | | |
| 10-15 | 4 | 1.1 | Cercado | 185 | 52.8 |
| 16-20 | 27 | 7.7 | Pueblos jóvenes | 96 | 27.4 |
| 21-25 | 86 | 24.5 | Zona residencial | 24 | 6.8 |
| 26-30 | 65 | 18.5 | Provincias | 23 | 6.5 |
| 31-35 | 61 | 17.4 | Migrantes | 22 | 6.2 |
| 36-40 | 42 | 12.0 | | | |
| 41-45 | 31 | 8.8 | INSTRUCCION | | |
| 51-55 | 9 | 2.5 | Analfabetos | 13 | 3.7 |
| 56-60 | 5 | 1.4 | Elemental | 145 | 41.4 |
| 61-65 | 3 | 0.8 | Secundaria | 157 | 44.8 |
| | | | Superior | 35 | 10.0 |
| ORIENTACION SEXUAL | | | ESTADO CIVIL | | |
| Heterosexuales | 106 | 30.2 | Solteros | 154 | 44.0 |
| Homosexuales | 149 | 42.5 | Convivientes | 122 | 39.8 |
| Bisexuales | 95 | 27.1 | Separados | 34 | 9.7 |
| | | | Casados | 31 | 8.8 |
| CLASE SOCIAL | | | Viudos | 6 | 1.7 |
| III | 33 | 9.4 | Divorciados | 3 | 0.8 |
| IV | 46 | 13.1 | | | |
| V | 210 | 60.0 | | | |
| VI | 52 | 14.8 | | | |

TABLA 2

Ocupación, características familiares y diagnóstico de algunos pacientes infectados con el VIH en el Hospital Dos de Mayo (1991 - 1994)

| | n | % | | n | % |
|-----------------------------------|-----|------|---|-----|------|
| OCUPACION | | | REACCION FAMILIAR ANTE LA ENFERMEDAD | | |
| Profesionales | 10 | 2.8 | Rechazo de la madre | 11 | 3.1 |
| Empleados | 45 | 12.8 | Rechazo del padre | 23 | 6. |
| Obreros especializados | 123 | 35.1 | Rechazo de los hermanos | 10 | 2.8 |
| Obreros no especializados | 65 | 18.5 | Apoyo del padre | 82 | 23.4 |
| Trabajo eventual | 57 | 16.2 | Apoyo de la madre | 221 | 63.1 |
| Desocupados | 29 | 8.2 | Apoyo de la familia en conjunto | 235 | 67.1 |
| Amas de casa | 21 | 6.0 | Rechazo de los suegros | 39 | 11.1 |
| ESTRUCTURA FAMILIAR | | | DIAGNOSTICO INICIAL Y EVOLUCION DE LOS PACIENTES | | |
| Padres casados | 73 | 20.8 | Síndrome pseudomononucleósico | 5 | 1.4 |
| Padres convivientes | 151 | 42.8 | Asintomáticos seropositivos | 46 | 13.1 |
| Padres separados | 89 | 25.4 | Complejo relacionado al SIDA | 85 | 24.2 |
| Madres solteras | 31 | 8.8 | Síndrome inmunodeficiencia | 214 | 61.1 |
| Padres divorciados | 6 | 1.7 | Complejo cognitivo motor moderado | 104 | 29.7 |
| TRASTORNOS MENTALES | | | Complejo cognitivo motor severo | | |
| Patología paterna | 83 | 23.7 | Pacientes fallecidos | 223 | 63.7 |
| Patología materna | 45 | 12.8 | Pacientes perdidos | 39 | 11.1 |
| Patología fraternal | 104 | 29.7 | Pacientes en tratamiento | 88 | 25.1 |
| Patología premórbida del paciente | 136 | 38.8 | | | |
| Patología de la pareja | 52 | 14.8 | | | |

mediata y de los grupos convivenciales establecidos por los pacientes antes de enfermar. Cerca de la cuarta parte de los padres mostraron serias perturbaciones del comportamiento (agresiones, alcoholismo, irresponsabilidad, delincuencia) probablemente relacionados con trastornos de la personalidad. Los trastornos mentales descritos en las madres correspondían más frecuentemente a perturbaciones neuróticas (depresión, ansiedad, conversión, somatización, fobias). Casi la tercera parte de los hermanos de los pacientes presentaban algún tipo de alteración psíquica. En 39% de los pacientes se notó disturbios de la conducta o manifestaciones neuróticas antes de contraer la infección por VIH. Una vez establecida la unión matrimonial o convivencial, entre el paciente y una mujer, ocurrieron trastornos psicológicos en una proporción moderada, también antes de manifestarse la enfermedad retroviral en uno o en ambos miembros de la díada.

En los resúmenes de historias presentados al principio de esta sección se ha descrito algunas reacciones de los miembros de la familia al enterarse de la naturaleza de la enfermedad contraída por el paciente. De los datos extraídos de los protocolos y de las historias pormenorizadas se comprobó una proporción menor de rechazo inicial o persistente por parte de los padres o de los hermanos (12.4%); en cambio predominó considerablemente una actitud muy positiva de apoyo emocional, asistencial y económico, tanto de los padres como de la familia en conjunto, observándose esta reacción también en los familiares de homosexuales que habían vivido lejos de sus parientes por muchos años, así como en los allegados de las mujeres contaminadas por sus enamorados, convivientes o es-

posos. Conducta diferente se observó en los suegros, en los cuales casi eran equivalentes las reacciones de rechazo o de apoyo a los yernos o nueras. En raras ocasiones la pareja fue rechazada por su compañero o compañera; mucho más frecuente, aun cuando no universal, fue la actitud de apoyo emocional y asistencial, a pesar que muchos también estaban contaminados.

En cuanto al diagnóstico de este grupo de enfermos, dos tercios fueron atendidos inicialmente cuando estaban en fase de SIDA y afectados de complejos cognoscitivo-motor moderado o severo. En la fecha de conclusión del trabajo (30-11-94) el 63.7% de los pacientes había fallecido.

Revisando los datos generales de los pacientes estudiados en los últimos años (Tablas 1 y 2) podemos aseverar que se trata de una muestra seleccionada. El hospital Dos de Mayo fue un nosocomio exclusivo para pacientes de sexo masculino durante sus primeros cien años de existencia. En la actualidad es un centro de salud general pues tiene servicios para hombres, mujeres y niños. Sin embargo, todavía predominan los varones, tanto en la hospitalización como en la consulta externa.

La prevalencia del sexo masculino es mucho mayor en nuestra experiencia en dicho nosocomio, posiblemente las cifras sean más numerosas en establecimientos con mayor clientela femenina, como ocurre en el Hospital Loayza, otro centro que tradicionalmente sólo admitía mujeres. Sin embargo, la mayor parte de estudios estadísticos internacionales señalan una mayor incidencia y prevalencia en los varones. Esta es definitivamente una enfermedad de gente joven, más del 75% de los pacientes estaban entre los 21 y 40 años de edad, lo que significa que se infectaron en

la adolescencia o al comienzo de la edad adulta.

En relación a la orientación sexual en los casos atendidos por nosotros predominan ligeramente los homosexuales, pero si sumamos bi y heterosexuales notamos que ese mayor número es superado por sujetos con alta tasa de recambio de parejas sexuales. En cuanto a las mujeres casi todas han sido contagiadas por sus maridos, convivientes o enamorados, salvo una que practicó la prostitución algunos años.

El sector de la población atendido por el Hospital Dos de Mayo está constituido por personas de escasos recursos económicos, carentes de seguridad social estatal o particular, la mayor parte subocupados o comerciantes ambulatorios. Existe correspondencia entre la situación económica, las ocupaciones y la clase social de los enfermos afectados por el VIH (Tabla 1).

Más bien sorprende comprobar el nivel relativamente importante de sujetos que terminaron la instrucción secundaria, lo cual indica que los conocimientos escolares no han servido para proteger a estos sujetos sobre los riesgos de la actividad sexual inicial, el embarazo no deseado en las mujeres solteras y las infecciones venéreas en ambos sexos. Si bien la abstinencia sexual, sería la forma ideal para terminar con la epidemia del VIH en el mundo, en la práctica observamos el desarrollo precoz de inclinaciones eróticas y de actividad sexual en todos los sujetos examinados. Los varones homosexuales comenzaron a experimentar atracción hacia el propio sexo entre los 6 y 8 años de edad e iniciaron sus primeras relaciones homosexuales entre los 12 y 14 años. La atracción hacia el sexo opuesto la notamos en mujeres entre los 10 y 12 años y las primeras relaciones heterosexuales

entre los 14 y los 16 años. Estos datos de nuestra serie revelan que las prácticas sexuales comenzaron cuando los adolescentes estaban en la escuela o comenzaban a trabajar independientemente. La educación sexual en los hogares y en los colegios requiere por tanto revisión y considerable perfeccionamiento.

Los trastornos de conducta de niños y adolescentes también influyen en la actividad sexual precoz o promiscua y en el uso de sustancias por muchos de los sujetos entrevistados (Observaciones 1, 4, 7, 8, 9, 11) y otros (Tablas 1 y 2).

En cuanto a la estructura del hogar durante la infancia o adolescencia de los enfermos, la investigación reveló que sólo la quinta parte de los progenitores estaban casados religiosa o civilmente; en cambio, 42.8% procedían de hogares donde los padres se habían unido en calidad de convivientes, estructura familiar asaz endeble pues podían desintegrarse en cualquier momento, generalmente por nuevos intereses amorosos de uno o de ambos cónyuges, libres de vínculos legales o religiosos. No obstante, durante los primeros años de vida de los pacientes, la mayoría procedía de una unión organizada por el matrimonio o la convivencia. En cambio el 35.9% se crió en casas de parientes o extraños, debido a la desintegración del hogar inicial por separación o divorcio de los padres o por ser hijos o hijas de madres solteras. Una rápida revisión de las observaciones mencionadas en este trabajo nos demuestra el intenso efecto negativo de la ruptura del hogar para el bienestar y la salud del niño. Aun cuando se criaban en casas de parientes, muchas veces fueron sometidos a explotación laboral así como abusos físicos y sexuales.

También influye en el destino de estos enfermos la patología psicológica de

los miembros de la familia. Los trastornos de personalidad y el alcoholismo del padre ocasionan disturbios psicológicos en la mujer y en los hijos, así como carencias económicas y destrucción de la estructura familiar básica, ya sea por expulsión o exclusión del progenitor. Las perturbaciones mentales de la madre correspondían generalmente a trastornos situacionales, reacciones psicofisiológicas o disturbios neuróticos, tal vez menos graves que las alteraciones paternas pero incidiendo considerablemente en la salud de los hijos.

El 38.8% de los pacientes manifestaron definidas anormalidades psíquicas con el VIH. Estas perturbaciones no sólo influyeron nocivamente sobre la vida del enfermo, sino que ocasionaron serios problemas interpersonales y considerable inestabilidad familiar.

Una vez unidas las parejas homosexuales o heterosexuales, la patología de uno ocasionaba generalmente alteraciones psicológicas en el otro o si ambos presentaban trastornos mentales, la unión se perturbaba desde los primeros meses de convivencia, generando rápidas separaciones y considerable promiscuidad en los homosexuales, así como agravación de la psicopatología individual de cada uno de los miembros de la pareja heterosexual. Esto explica la mayor prevalencia de disturbios psicológicos de la familia; la hemos encontrado en los integrantes básicos de la familia nuclear, afectando a más de la mitad de los sujetos, especialmente después de manifestarse las consecuencias neuropsicológicas de la infección por el VIH.

Una vez declarada la enfermedad y conocido el diagnóstico fue evidente la reacción psicológica de los parientes. En proporción moderada hubo rechazo de los padres o de los hermanos, en cambio los familiares en su mayoría adoptaron una

conducta de franco apoyo al familiar enfermo, aun cuando tuviera antecedentes de homosexualidad, delincuencia, alcoholismo o abuso de drogas. Este comportamiento familiar, evidentemente basado en la tradición popular de nuestra sociedad, fue de gran utilidad para colaborar en el tratamiento médico y psicológico de los pacientes, quienes en etapas avanzadas de la enfermedad requieren una acción intensa y agotadora para tratar de aliviar los múltiples síntomas y complicaciones.

El apoyo de la pareja heterosexual fue también importante; en menor proporción se comprobó apoyo de la pareja homosexual. En cambio, los grupos de autoayuda colaboraron positivamente, constituyéndose en verdaderas familias sustitutas, especialmente para los pacientes provincianos o los que carecían de hogar o de familiares.

El rechazo de la pareja, de los suegros o de las suegras no fue nada sorprendente puesto que responsabilizaban de la enfermedad algunas veces al marido, al yerno o a la nuera. Sin embargo, esas actitudes hostiles fueron relativamente menores.

En conclusión podemos decir que en una muestra seleccionada de pacientes, vistos en un hospital general e infectados con el VIH, hemos encontrado que la psicopatología de los padres o sustitutos parentales (36.5%) ha sido factor importante en la conducta y en la salud mental premórbida de estos enfermos. También tuvo relevancia la patología de los hermanos (29.7%), siendo menor la de la pareja (14.8%).

Cuando la afección adquiría francas manifestaciones sintomáticas, la estructura y dinámica familiar seguía teniendo trascendencia en la evolución y tratamiento de la enfermedad, ya sea que se tratara de las familias nucleares iniciales de los pa-

cientes, las familias nucleares establecidas posteriormente por ellos mismos o las familias extendidas, cuando estas últimas intervinieran en el manejo de los individuos seropositivos.

Naturalmente, otros factores también han tenido importancia para la adquisición de la infección, tales como la carencia de programas preventivos en la población, la clase social, el nivel cultural y educativo, la condición económica, la orientación sexual, el abuso de alcohol y otras sustancias, así como los rasgos anormales de personalidad en muchos de los pacientes.

La prevención primaria, secundaria y terciaria de la infección por el VIH en el Perú está aun por establecerse^{9,16}. Cuando menos debería organizarse: 1) sistemas de educación teórica y práctica para los pa-

dres, especialmente en los pueblos jóvenes, donde la infección está adquiriendo proporciones epidémicas; 2) instrucción sexual intensiva, por personal capacitado, en las escuelas, incluyendo métodos profilácticos prácticos para niños y adolescentes de ambos sexos; 3) servicios de guardería en todos los barrios para albergar a los niños cuando ambos padres deben salir a trabajar; 4) es indispensable mejorar la educación y la situación de salud en las prisiones y cuarteles, para proteger a los residentes de la contaminación interna; 5) la creación de programas de prevención y consejería para las personas que conviven con los sujetos infectados, lo que permitiría conocer periódicamente cuáles son las necesidades reales de asistencia en particular del ambiente familiar.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Verfasser hatte die psychopathologischen Symptome bei den Verwandten von Patienten mit HIV untersucht. Man behauptet, dass beim Erwerb dieser Krankheit folgende Faktoren eine Rolle spielen: der finanzielle Status, das Kulturelle und erzieherische Niveau, die sexuelle Orientation, Drogenmissbrauch, Familienstruktur und -dynamik und die Psychopathologie der Kern- und Grossfamilie. Sehr wichtig sind die Preventiven Massnahmen, d.h. sexuelle Orientierung und die sanitäre Entwicklung der Armenviertel, aus denen die untersuchten Patienten kamen.

BIBLIOGRAFIA

1. PATRUCCO, R. (1985): "Síndrome de inmunodeficiencia adquirida en el Perú (SIDA), estudios inmunológicos". *Diagnóstico* 16: 122-135.- 2. MUJICA, O. (1993): "Magnitud de la epidemia del VIH/SIDA en el Perú y en el mundo", III Congreso Nacional de Enfermedades Infecciosas, Lima.- 3. LUCHO, M. L. & JERÍ, F. R. (1993): "Algunas manifestaciones psicológicas en la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana". *Rev. Neuro-Psiquiat.* 56: 220-234.- 4. JERÍ, F. R.; CASTAÑEDA, M. A.; PÉREZ, J. C. *et al.* (1993): "Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-1). Algunos aspectos neurológicos observados en un hospital general". Relato oficial

del XIV Congreso Nacional de Neurología, Lima.- 5. JERÍ, F. R., CASTAÑEDA, M. A.; PÉREZ, J. C. *et al.* (1994): "Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-1). Algunos aspectos neurológicos observados en un hospital general". *Rev. Med. Peruan.* 66: 16-20.- 6. JERÍ, F. R.; RAMÍREZ, J.; CASTAÑEDA, M. A. *et al.* (1994): "Abuso de cocaína no parenteral en pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana". *Rev. Neuro-Psiquiat.* 57: 88-101.- 7. LINN, L. (1980): "Patterns of Human Relationships" en *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, H. J. Kaplan, A. M. Freedman, & B. J. Saddock, (eds.), pp. 1031-1032, Third edition, Williams &

- Wilkins, Baltimore.- 8. HILL, B. A. (1995): "Principles of Medical Statistics", The Lancet Limited, London.- 9. ROUMELIOTOU, A.; PAPAUTSAKIS, G.; KALLINIKOS, G. *et al.* (1988): "Effectiveness of condom use in preventing HIV in prostitutes", *Lancet* 2: 1249.- 10. CLUMECK, N.; TAELEMAN, H.; HERMANS, P. *et al.* (1989): "A cluster of HIV infection among heterosexual people without apparent risk factors". *New Eng. J. Med.* 321: 1460-1462.- 11. EISENBERG, J. (1989): "Health education and the AIDS epidemic". *Brit. J. Psychiat.* 154: 754-767.- 12. DI CLEMENTE, R. J. & PONTON, L. E. (1993): "HIV related risk behaviors among psychiatrically hospitalized adolescents and school based adolescents". *Am. J. Psychiat.* 150: 324-325.- 13. HANENBERG, R. S.; ROJANA-PHITHAYAKORN, W.; KUNASOL, P. *et al.* (1994): "Impact of Thailand's HIV Control Program as indicated by the decline of sexually transmitted diseases". *Lancet* 344: 243-245.- 14. LAGA, M.; ALARY, M.; NZILA, N. *et al.* (1994): "Condom promotion, sexually transmitted diseases treatment, and declining incidence of HIV-1 infection in female Zairian sex workers". *Lancet* 344: 246-248.- 15. DE VINCENZI, I. (1994): "A longitudinal study of HIV transmission by heterosexual partners". *New Eng. J. Med.* 331: 341-346.- 16. ROSENBERG, P. S.; BIGGER, R. J. & GOEDERT, J. J. (1994): "Declining age at HIV infection in the United States". *New Eng. J. Med.* 330: 789.