

RASGOS DE PERSONALIDAD EN 112 MUJERES INFECTADAS CON EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

Por MEDALITH LUCHO*, CLARA BUENDIA** y RAUL JERI***

RESUMEN

En un período de cinco años se han estudiado 112 mujeres infectadas con el VIH. Casi todas eran jóvenes, el 80.3% estaban entre 15 y 35 años de edad; la mayoría eran casadas o convivientes (81.1%) y habían alcanzado un nivel educativo de 6-10 años de estudios escolares (62.5%); menos de la cuarta parte (24.1%) se dedicaban a labores en sus casas, el resto trabajaba fuera del hogar, sólo el 1.7% eran trabajadoras sexuales. Aproximadamente la mitad (48.2%) procedían de un hogar estable pero donde existía alto nivel de psicopatología familiar (35.4%). Prácticamente todas ellas fueron infectadas por el esposo, conviviente o enamorado estable (93.8%). Al llegar al servicio, casi dos tercios (65.0%) estaban en fase avanzada de la enfermedad (SIDA o Síndrome relacionado al SIDA). Después de conocer el diagnóstico, un gran número desarrollaron depresión, ansiedad o síndrome agudo de estrés (84.9%) pero afortunadamente casi todas recibieron apoyo emocional y material de familiares y grupos de auxilio, así como guía profesional. El análisis de temperamento y carácter, previos a la infección, reveló que el 20.5% tenían trastornos definidos de la personalidad; el 53.3% poseían rasgos de personalidad anormal pero no definitivamente patológica y el 24.1% no presentaban alteraciones. En conclusión, este grupo de mujeres tenía trastornos y rasgos de personalidad que excedían las cifras máximas de patología del carácter comprobadas en la población general. Es probable que estos disturbios hayan jugado algún rol en la infección de dichas personas con el VIH.

* Psicóloga a cargo de Consejería en VIH, Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales, Hospital "Dos de Mayo", Lima, Perú.

** Bachiller en Psicología, Voluntaria en el Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales, Hospital "Dos de Mayo", Lima, Perú.

*** Consultoría Neuropsiquiátrica, Hospital Nacional "Dos de Mayo", Lima, Perú.

SUMMARY

One hundred and twelve women infected with the human immuno deficiency virus (HIV) were studied in a general hospital during a five year period. These females were young, 80.3% were between 15-33 years old; most of them were married or living with one man (81.1%) and had 6-10 years of education (62.5%). Less than a fourth (24.1%) were house wives, the others worked in several external activitis and only 1.7% were sexual workers. Approximately half of them came from stable homes but there was a high level of familial psychopatology (35.4%) in those environments. Practically all of them (93.8%) were infected by husband, lover or boy friend. When first seen almost two thirds (65.0%) were in an advanced stage of the disease (AIDS or AIDS related syndrome). After learning about the diagnosis many developed depressive, anxious or acute stress syndromes (84.9%) but fortunately most of them had emotional and material support from relatives and auxiliary groups, under professional guide. The study of pre-infectious temperament and character revealed that 20.5% had definite personality disorders, 53.3% personality traits and 24.1% no disturbances. In conclusion, this group of women had personality disturbances which exceeded the prevalence of the general population. Probably these abnormalities played some part in their contamination with the HIV.

PALABRAS- CLAVE: Infección por virus de inmunodeficiencia humana, SIDA, mujer, personalidad.

KEY WORDS: Human Immunodeficiency Virus Infection, AIDS, woman, personality.

INTRODUCCION

La experiencia recogida en un hospital general de Lima (Hospital Nacional "Dos de Mayo") ha demostrado alta prevalencia de la infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en los ingresos de ese nosocomio. El área de captación de dicho hospital tiene una población aproximadamente de dos millones de habitantes.

En los primeros años de la epidemia por el VIH, la mayor parte de pacientes eran homosexuales masculinos, bisexuales u hombres promiscuos¹. La tercera parte de estos sujetos presentaban consumo excesivo de alcohol y de sustancias estupefacientes (cannabis, pasta de coca, clorhidrato de cocaína, nicotina)². Muchos de estos varo-

nes presentaban perturbaciones de la personalidad y pertenecían a estratos socio-económicos relativamente bajos de la población limeña. El estudio neuropsiquiátrico de nuestros casos reveló trastornos emocionales (depresión, ansiedad, estrés) así como alteraciones orgánicas del sistema nervioso central y periférico; estas dos últimas manifestaciones especialmente en las fases tardías de la enfermedad. Simultáneamente, la literatura de la época daba importancia tanto a la depresión³⁻⁴ como a los aspectos cognitivos y demenciales⁶⁻⁹ a base de los estudios hechos mayoritariamente en varones homosexuales. Si bien algunos investigadores recientemente han estudiado la reserva cognitiva en hombres homosexuales asintomáticos contaminados con el VIH¹⁰,

nosotros no hemos encontrado en la literatura trabajos relacionados con la personalidad de estos pacientes. En cambio, en los hemofílicos infectados por transfusiones sanguíneas¹¹ se hallaron varias características psicosociales susceptibles de influir sobre la salud mental de estos enfermos, especialmente historia de trastornos psiquiátricos previos e historia psiquiátrica familiar.

Si bien en los primeros años de la epidemia acudieron al hospital un número reducido de mujeres infectadas con el VIH, paulatinamente hemos observado un incremento cada vez mayor de personas de sexo femenino contaminadas con dicho virus. Esta observación no sólo ha sido válida para el hospital donde trabajamos, sino que se ha observado asimismo en el Perú y en la mayor parte de países en desarrollo, en contraste con algunas naciones industrializadas donde la incidencia de enfermos tiende ahora a disminuir¹².

La contaminación de la mujer es un hecho bastante grave. Significa que la enfermedad se transforma en un problema social y familiar. Muchas de estas personas están en edad reproductiva y por tanto pueden transmitir la infección a sus hijos por vía placentaria o por amamantarlos. Por otra parte, el rompimiento con el hombre que las infectó, acontecimiento relativamente frecuente, convierte a estas mujeres en portadoras de la enfermedad, con posibilidad de transmitirla a otros varones. Las características psicosociales y del carácter de las mujeres infectadas con el VIH generalmente no han sido estudiadas. Las referencias asequibles han investigado a los hombres homosexuales, los hemofílicos y los psicóticos¹³, decidimos por tanto hacer un estudio de las mujeres atendidas en los últimos años, para tratar de establecer los factores predisponentes y precipitantes

en la adquisición de dicha enfermedad, así como las reacciones psicológicas desarrolladas durante el curso de la infección primaria y las oportunistas; bajo la suposición de que, las características de la personalidad previa al contagio, podían tener alguna importancia en la contaminación inicial y en los disturbios psicológicos o cognitivos post-infecciosos.

METODO

Durante un período de cinco años (1992-1996) hemos hecho un estudio prospectivo de las mujeres que ingresaron a consulta o se hospitalizaron en el Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional "Dos de Mayo" (Sala Santa Rosa II), así como las que fueron atendidas en condición de interconsulta en otros servicios del hospital (Sala Santa Ana, Sala San Andrés) y en las cuales se había diagnosticado infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La evaluación de estas pacientes se hizo mediante historia clínica completa, examen físico a todos los aparatos y sistemas, examen psicológico, repetidas sesiones de consejería y de psicoterapia, diversos exámenes de laboratorio y radiológicos, incluyendo estudio tomográfico computarizado del sistema nervioso central. Las pruebas empleadas para la confirmación del diagnóstico clínico fueron el test de ELISA repetido y el test de Western - Blot. La evaluación de las enfermas se registró mediante notas de los diversos profesionales así como usando el control de las células CD4 en la sangre venosa.

Todas las pacientes fueron entrevistadas personalmente por uno de nosotros quien hizo anotaciones evolutivas de cada una de ellas. Otro investigador hizo el examen psiquiátrico y neurológico de las

enfermas. Durante el último año, la otra autora hizo entrevistas psicológicas y sesiones repetidas de consejería a un buen número de pacientes de sexo femenino. Los datos se registraban individualmente y se tabularon haciendo una revisión pormenorizada de las 112 historias clínicas y de las notas evolutivas. En suma, todas las pacientes fueron entrevistadas personalmente por nosotros en varias oportunidades y se siguió la evolución de su enfermedad en la mayor parte de las observaciones, durante los cinco años que duró el estudio clínico.

Considerando el lúgubre concepto que esta afección tiene para el público en general, fue necesario emplear una técnica sistemática de consejería con el fin de informar objetivamente a las pacientes acerca de la naturaleza de la enfermedad, su larga evolución antes de llegar al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y las considerables posibilidades de curación o de mejoría de las afecciones oportunistas.

Estas entrevistas tenían una duración aproximada de 40 minutos, salvo la primera que podía abarcar más de una hora; se efectuaban una o dos veces por semana para cada enferma, mientras se les atendía en el consultorio externo o en la interconsulta, y cuando estaban hospitalizadas se les visitaba diariamente, generalmente en sesiones de menor duración, antes o después de las rondas hechas por los médicos del servicio o de las intervenciones de los médicos especialistas que concurrían para atender interconsultas de gastroenterología, dermatología, neumología, neurología, psiquiatría, hematología, u otras especialidades.

Sólo después de varias entrevistas era posible disminuir la ansiedad y el temor de la paciente, lograr su confianza, obtener información de su vida íntima y ejercer

terapia individual, grupal o familiar, en coordinación con los demás profesionales del hospital. Para obtener información fidedigna de las características de personalidad de cada enferma interrogamos en todos los casos a los miembros de la familia, amigos, allegados, conocidos y visitantes. Estas últimas entrevistas tenían que ser conducidas también con tacto, paciencia y discreción para vencer la desconfianza, temor, suspicacia, hostilidad, o escepticismo de dichas personas.

Consideramos que el empleo de pruebas psicológicas (test mentales) no tuvo tanta importancia para revelar el temperamento y el carácter de estas mujeres. En cambio, si fueron muy útiles para comprobar el estado de las funciones cognitivas y la evaluación de los trastornos de la afectividad, con este propósito hemos empleado siempre que fue posible el *test minimal* de Folstein & Mc Hugh, la batería de Wechsler-Bellevue para medir la inteligencia del adulto, la prueba de las matrices progresivas de Raven, así como las escalas de Hamilton para evaluar depresión y ansiedad. Conociendo que el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) tiende a dar un número excesivo de resultados positivos falsos, lo hemos usado muy pocas veces.

Con relación al diagnóstico psicológico nos hemos ceñido a los criterios de la IV Clasificación de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana en concordancia con la X Revisión de la Clasificación de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud¹⁴.

Teniendo en cuenta las peculiaridades de la práctica médica y psicológica en el Hospital "Dos de Mayo", establecimos para cada paciente y sus familiares, como ya se ha dicho, un programa de consejería, el cual comprendía las etapas de pre-test y

post - test, así como información acerca del sexo seguro y del sexo peligroso en personas infectadas y en sus posibles contactos sexuales.

En cuanto a las enfermas seropositivas, asintomáticas o sintomáticas, se organizó un curso de psicoterapia, el cual comprendía sesiones de terapia individual y reuniones de terapia de grupo, dirigidas fundamentalmente a cambios de la conducta. También se organizaron sesiones de terapia familiar, donde se entrevistaba en forma aislada o en conjunto a progenitores, cónyuge, hermanos u otros parientes. Así, mientras se ejercía la psicoterapia pudo lograrse un mejor conocimiento de los factores genéticos, constitucionales, ambientales y patoplásticos que configuraron la personalidad de cada una de las pacientes. Confirmando así que la consejería y la psicoterapia no sólo son esenciales para auxiliar a la enferma en los numerosos problemas que debe afrontar en el curso de su afección, sino que resulta indispensable para establecer un diagnóstico psicológico multiaxial.

RESULTADOS

El grupo de mujeres estudiadas era predominantemente joven, el 80.3% tenían menos de 35 años de edad (Tabla 1), la mayoría (81.1%) procedían del centro de la ciudad (El Cercado) y de los barrios marginales (aquí llamados eufemísticamente Pueblos Jóvenes). Una gran proporción de estas mujeres eran casadas o convivían persistentemente con un solo hombre (61.5%), mientras que más de la tercera parte (38.2%) se declararon solteras, separadas o viudas. En cuanto al nivel educativo el 62.5% habían estudiado en la escuela entre 6 y 10 años, mientras que el 16.8% tenían instrucción superior pues habían aprobado entre 11 y 20 años de

estudios: universitarios, escuelas superiores o educación de post grado. Con respecto a la ocupación, el 36.6% trabaja en labores informales, fuera del hogar, sólo se dedicaban a labores domésticas (amas de casa) el 24.1%, mientras que el 7.0% trabajan como servidoras en domicilios de otras personas (trabajadoras del hogar) o como obreras. El 2.6% eran profesionales y el 1.7% estudiantes o trabajadoras del sexo, respectivamente. Cabe mencionar que cuatro pacientes estaban vinculadas con las ciencias de la salud: dos eran técnicas de enfermería y dos eran estudiantes de obstetricia (cursando el 5to. y el 6to. ciclo respectivamente).

La investigación acerca del hogar de estas pacientes, durante la niñez y la adolescencia, demostró que casi la mitad (48.2%) habían tenido una ambiente estable, donde existía la presencia del padre y de la madre. En el 26.7% el padre abandonó el hogar, otras pacientes durante su niñez tuvieron que vivir en un hogar sustituto en el 8.9% de los casos y en el 7.1% la madre se fue de la casa familiar por diversos motivos. En menor proporción la paciente fue criada por sus hermanos mayores (6.2%) o vivió en un domicilio donde los padres estaban separados de cuerpo pero residían en la misma casa, fenómeno no excepcional en nuestro ambiente, motivado por factores económicos y escasez de viviendas.

En sólo 40 casos fue posible determinar la existencia de definida psicopatología familiar en la madre, el padre, ambos o en uno o varios hermanos. Sin embargo, esto significa que cuando menos en el 35.4% de los casos hubo trastornos psicológicos importantes en los familiares más próximos.

Con respecto al estudio patológico de la infección, el 51.7% de las enfermas acudieron al hospital cuando se encontraban

en la fase de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), 25% eran seropositivas sintomáticas, el 13.3% se

hallaban en la etapa del síndrome relacionado al SIDA y sólo el 9.8% eran seropositivas asintomáticas.

TABLA 1

DATOS DEMOGRAFICOS Y CLINICOS DE 112 MUJERES INFECTADAS CON EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

EDADES	n	%	OCUPACION	n	%
15-20	14	12.5	Informales	41	36.6
21-25	39	34.8	Ama de casa	27	24.1
26-30	24	21.4	Técnicas	22	19.6
31-35	13	11.6	Domésticas	10	8.9
36-40	8	7.1	Obreras	5	4.4
41-45	4	3.5	Profesionales	3	2.6
46-50	5	4.4	Prostitutas	2	1.7
51-55	4	3.5	Estudiantes	2	1.7
56-60	1	0.8	HOGAR INFANTIL		
PROCEDENCIA			Hogar estable	54	48.2
Cercado	42	37.5	Padre ausente	30	26.7
P. Jovenes	50	44.6	Hogar sustituto	10	8.9
Distritos	10	8.9	Madre ausente	8	7.1
Z. Residen.	6	5.3	Criada hermanos	7	6.2
Provincias	4	3.5	Padres separados	3	2.6
ESTADO CIVIL			En casa		
Casadas	23	20.5	PSICOPATOL. FAMIL.		
Convivientes	46	41.0	Padre	16	14.2
Solteras	19	16.9	Madre	17	15.1
Separadas	16	14.2	Ambos	6	5.3
Viudas	8	7.1	Hermanos	1	0.8
EDUCACION			ETAPA INFECCION		
(Años)			SIDA	58	51.7
0-5	23	20.5	Posit. Sintomat.	28	25.0
6-10	70	62.5	Sind. Rel. SIDA	15	13.3
11-15	15	13.3	Posit. Asintom.	11	9.8
16-20	4	3.5			

En relación a los trastornos psicológicos observados después de haber adquirido la infección y de conocer el diagnóstico, el 64.2% de estas mujeres desarrolló una reacción de ajuste distímica (depresión reactiva) y el 6.2% un síndrome agudo de estrés, sólo un 4.4% mostraron signos definidos de una

depresión mayor, en cambio el 15.1% ya tenían manifestaciones de trastornos cerebrales al ser entrevistadas por primera vez.

En todos los casos pudo determinarse la forma de contagio (Tabla 2). Sólo en una oportunidad hubo contaminación por transfusión sanguínea y en otra por viola-

ción sexual. En las demás mujeres el contagio lo ocasionó un hombre, mediante actividad genital. De estos sujetos, el 41% fue el conviviente, el 23.2% el esposo, el 19.6% el enamorado y una pareja masculina circunstancial u ocasional en el 14.2% de las observaciones. Ninguna mujer fue contaminada por actividad homosexual femenina. Es por tanto evidente que en este grupo de pacientes, el 98% fueron infectadas por un sujeto de sexo masculino, con el cual mantuvieron relaciones sexuales por vía vaginal o rectal, las cuales fueron aceptadas sin restricciones y sin uso de preservativo.

Una vez que la familia conoció el diagnóstico de infección con el VIH, se observó que ante una primera reacción de sorpresa, incredulidad, rechazo o temor, la mayoría de los parientes cambió de actitud paulatinamente, en parte por el influjo de la consejería y de la psicoterapia, y en parte

por la cohesión familiar, que sigue siendo importante en nuestra sociedad. En esta forma se observó en los familiares un viraje hacia la aceptación de la realidad de la paciente y una conducta de apoyo emocional y material para dichas mujeres. Así pudimos comprobar que en el 87.5% existió ese auxilio ya sea de la pareja, los padres, los hermanos, los hijos o los suegros. Estos familiares fueron guiados repetidamente por uno de nosotros haciéndoles cambiar de actitud después de repetidas entrevistas.

En mínima proporción (0.8%) la propia enferma reaccionó positivamente, cuando no tenía familiares o la habían abandonado, ayudada por los profesionales, o recibió soporte de varios grupos de personas dedicadas voluntariamente a socorrer a pacientes infectadas con el VIH.

El análisis de la biografía de las pacientes, la interpretación de las numerosas

TABLA 2

CONTAGIO, REACCIONES Y APOYO EMOCIONAL Y MATERIAL EN 112 MUJERES INFECTADAS CON EL VIH

PERSONA INFECTANTE	n	%	APOYO EMOCIONAL Y MATERIAL	n	%
Conviviente	46	41.0	Familia	27	24.1
Esposo	26	23.2	Pareja	17	15.1
Enamorado	22	19.6	Madre	16	14.2
Pareja ocasional	16	14.2	Abandono	14	12.5
Transfusión	1	0.8	Hermanos	13	11.6
Violación	1	0.8	Hijos	11	9.8
			Padre - Madre	6	5.3
			Padre	5	4.4
			Suegra	1	0.8
			Si misma	1	0.8
			Grupo de auxilio	1	0.8
REACCIONES POST-INFECCION					
Depresión reactiva	72	64.2			
Síndrome cerebral	17	15.1			
Ansiedad	11	9.8			
Estres agudo	7	6.2			
Depresión mayor	5	4.4			

entrevistas individuales y el interrogatorio de los familiares permitió determinar la peculiaridades de personalidad en todas ellas (Tabla 3). El 24.1% no tenía trastornos del carácter. Seis pacientes (5.3%) presentaron desde la niñez manifestaciones de retardo mental de grado moderado. En un número reducido de observaciones pudo diagnosticarse indiscutibles trastornos de la personalidad, a saber: 9 tenían personalidad fronteriza, 6 personalidad esquizoide, 4 personalidad depresiva, 3 personalidad antisocial y 1 personalidad histriónica. En

total 23 mujeres tenían personalidad definidamente patológica, lo que hace un 20.5% del total de personas de sexo femenino. En cambio un número mucho mayor tenía rasgos depresivos, fronterizos, evasivos, obsesivos compulsivos, narcisistas, paranoides e histriónicos. Esto significa que el 55.3% de las mujeres entrevistadas mostraban rasgos de carácter que se apartaban moderadamente de la normalidad pero que no llegaban a ser trastornos definidos de la personalidad, de acuerdo a los criterios utilizados^{14,15}.

TABLA 3

PERSONALIDAD ANTES DE CONTRAER LA INFECCION
EN 112 MUJERES CONTAMINADAS CON EL VIH

	n	%		n	%
SIN TRASTORNOS	27	24.1	RASGOS DE PERSONALIDAD		
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD			Depresivos	26	23.2
Fronterizo	9	8.0	Fronterizos	24	21.4
Esquizoide	6	5.3	Evasivos	5	4.4
Depresivo	4	3.5	Obsesivos	3	2.6
Antisocial	3	2.6	Narcisistas	2	1.7
Histriónico	1	0.8	Paranoides	1	0.8
			Histriónicos	1	0.8
	23	20.5		62	53.3

NOTA: Seis enfermas tenían retardo mental y dos padecían de Esquizofrenia Paranoide.

DISCUSION

Todas las mujeres estudiadas en este trabajo fueron examinadas en el ambulatorio, en la interconsulta o en el internamiento de un hospital general (Hospital Nacional "Dos de Mayo") y la mayoría

fueron entrevistadas en el Servicio de Enfermedades Infecciosas de dicho nosocomio. El área de captación del Hospital "Dos de Mayo" es la zona de Lima llamada El Cercado, que es un sector extenso que comprende el centro de la ciudad y regiones ubicadas en el Noreste (El Agus-

tino, La Victoria, Manzanilla, Cerro San Cosme). También acuden a dicho hospital pacientes procedentes de los llamados Pueblos Jóvenes (San Juan de Lurigancho, San Juan de Miraflores, Huaycán, Villa El Salvador). En una proporción menor ciertos enfermos concurren desde algunos distritos de Lima (San Miguel, Magdalena, Chorrillos) y aún de provincias (Callao, Pucallpa, Huaraz).

La zona del Cercado antiguamente era habitada por personas de clase socio económica II (empleados de oficina, técnicos). Lamentablemente en la actualidad, ha entrado en un estado de franco deterioro y está poblada por personas de clase social V (obreros, desocupados, vendedores ambulantes, delincuentes). En cambio, en varios pueblos jóvenes ha ocurrido un fenómeno inverso, originalmente estuvieron habitados por invasores que no tenían hogar, quienes construyeron sus viviendas de esteras, pero gradualmente las substituyeron por habitaciones de madera, adobe, quincha y finalmente por ladrillo y cemento. Así fue como las áreas marginales de los sectores más desposeídos de la ciudad paulatinamente se han ido convirtiendo en zonas urbanizadas de clase media. El 82.1% de nuestras pacientes procedían del Cercado y de los Pueblos Jóvenes mencionados, constituyendo por tanto, un grupo especial de modesta condición económica pero que en cierta forma representa a la población mayoritaria de nuestra ciudad capital.

La juventud de nuestras pacientes significa que adquirieron la enfermedad poco después de haber superado la adolescencia, tomando de sorpresa a los padres y educadores, quienes ignorantes de la existencia de la infección por el VIH, a mediados de los años 80, no pudieron tomar medidas para proteger del contagio a estas muchachas.

Con el fin de evitar estos precoces contagios advertimos hace tres años que era necesario intensificar considerablemente los programas de prevención en los hogares, comunidades, clubes de madres, escuelas de primaria y secundaria así como en las universidades¹.

La experiencia lograda en esta investigación indica que no es cierto que la monogamia o el matrimonio proteja contra la enfermedad producida por el VIH. El 68.6% de nuestras enfermas eran casadas, convivían con un sólo hombre o había enviudado. El 83.8% fueron contagiadas por pareja estable. Los maridos o convivientes de las pacientes eran hombres promiscuos o bisexuales.

La educación tampoco protegió a estas mujeres pues el 79.3% tenían educación secundaria o universitaria, completa o incompleta. Algunas interrumpieron los estudios por desintegración del hogar, muerte del progenitor, preñez o fuga de la casa paterna. Sólo registramos dos mujeres analfabetas.

La investigación estructural del hogar infantil reveló que en cerca de la mitad de los casos (48.2%) las enfermas procedían de un hogar estable, donde padre y madre seguían viviendo juntos y manteniendo a los hijos menores. En los demás casos se había desintegrado la estructura familiar. Un hogar estable es por tanto altamente deseable pero no protege a las adolescentes de la infección pues muchas de ellas inician relaciones sexuales discreta y precozmente, como lo demuestra este trabajo. En ese aspecto puede haber contribuido la psicopatología familiar puesto que más del 30% de los parientes presentaban definidas perturbaciones psicológicas condicionantes de graves problemas en el hogar¹⁶ y tendencia a la búsqueda de satisfacciones

substitutorias extradomiciliarias (amoríos, fiestas, polladas, parrilladas, alcohol, drogas). También es bien sabido que la desfloración temprana es riesgo considerable para contraer la infección¹⁷.

La situación de las familias obligó a muchas mujeres a trabajar fuera de la casa. Sólo el 24.1% dedicábase exclusivamente a las faenas hogareñas, el resto laboraba en diversas ocupaciones. A este respecto debemos recalcar que el entrenamiento en las ciencias de la salud tampoco protegió a ciertas personas de sexo femenino, estudiantes de enfermería o de obstetricia. Sólo dos mujeres eran trabajadoras del sexo. De estos datos se infiere que ninguna de las actividades laborales mencionadas defendió a estas personas de la infección con el VIH. Tampoco la educación ni la profesión contribuyó para que acudieran tempranamente a los servicios de salud, pues al atenderlas nosotros por primera vez la gran mayoría estaba en fase avanzada de la enfermedad. Inicialmente ante la presencia de síntomas (tos, diarrea, leucorrea) se habían automedicado o consultaron al farmacéutico o a un médico general, quienes usualmente prescribieron medicación sintomática o paliativa.

Estos datos confirman la importancia de los factores sociales en crear riesgos para contraer la infección con el VIH^{13,18}.

Cuando las pacientes se enteraron de la verdadera naturaleza de su enfermedad desarrollaron reacciones de estrés agudo, bajo la forma de ansiedad o depresiones reactivas. Sin embargo, después de algunas semanas o meses de consejería y psicoterapia pudo lograrse modificar esos trastornos y se consiguió amplia colaboración para proseguir con el tratamiento y aún disposición para ayudar a otros enfermos que padecían la misma infección o sus complicaciones.

Hemos indicado cuán importante es obtener la colaboración de la familia para dar apoyo emocional y material a las mujeres afectadas con el VIH. Todo programa de manejo debe contar con ese tipo de colaboración, aún cuando ante la revelación del diagnóstico algunos familiares pueden adoptar conductas hostiles o agresivas¹⁹ hecho que a veces se revela hasta en las agencias oficiales²⁰.

El estudio de la personalidad reveló que el 20.5% tenía trastornos definidos, predominando las alteraciones fronterizas y esquizoides. En el total de las observaciones la prevalencia supera las cifras conocidas de personalidades anormales en la población general (10-13%)¹⁵, lo que indica que aparte del factor genético en estas enfermas, han contribuido elementos constitucionales y ambientales para producir las perturbaciones del carácter comprobadas. Los disturbios de la personalidad probablemente han sido responsables de un estilo de vida riesgoso, facilitadores para la contaminación con el VIH. En otras latitudes²¹ se ha comprobado que cuando las mujeres tienen síntomas depresivos es difícil lograr en ellas cambios del comportamiento. Ciertos rasgos de las féminas con trastorno fronterizo de la personalidad, como las relaciones interpersonales intensas e inestables, la impulsividad y la inestabilidad afectiva, predisponen a una conducta de variabilidad de pareja, con riesgo de relacionarse con una persona infectada con el VIH. La personalidad esquizoide en cambio por sus características psicológicas tendría pocas posibilidades de contaminarse y sin embargo seis mujeres con ese tipo de personalidad fueron afectadas por el virus. El riesgo que implica tener una personalidad antisocial o disocial es evidente, especialmente si hace abuso de drogas estupefacientes²².

En nuestra serie debe recalarse que el 24.1% no tenía ningún trastorno caracterológico pero el 55.3% presentaba algunos rasgos de personalidad que si bien se apartaban de la normalidad no llegaban a configurar patología definida. A éste respecto debe recordarse que la determinación del riesgo de contaminación se basa no en diagnósticos psiquiátricos determinados sino más bien en síntomas típicos tales como desinhibición, disturbio del juicio y perturbación cognitiva²¹. Esto explicaría como seis mujeres con retardo mental y dos con esquizofrenia constituyeron parte de nuestra casuística. Por otra parte la existencia de trastorno cerebral en el 15.1% de los casos, pudo contribuir a nuevas infecciones o superinfecciones, pero probablemente este desarrollo no fue muy importante pues en las etapas crónicas de la enfermedad se reduce considerablemente la actividad sexual de las pacientes.

Podemos concluir por tanto que si bien los trastornos de la personalidad, los mecanismos defensivos, ciertos síntomas específicos, el retardo mental y las enfermedades psicóticas pueden contribuir a la contaminación con el VIH en el sexo femenino, estas condiciones constituyen un factor importante pero no el único que debe tenerse en consideración para los programas preventivos del futuro. Muchos de los problemas que afrontan las mujeres son de naturaleza social: precoz dedicación al trabajo fuera del hogar, lo que facilita la actividad sexual temprana y el acoso sexual de patronos y compañeros; la asociación con individuos afectos al uso de alcohol y drogas; la necesidad de reemplazar al marido con otro hombre para sobrevivir, cuando el primero abandona el hogar; la violencia doméstica; la pobreza; la carencia de hogar; la detención del conviviente en prisiones y el limitado acceso

a servicios de salud eficientes¹⁸.

En lugar de promulgar leyes que criminalizan las actividades de ciertos grupos de seres humanos, se ha recomendado introducir medidas que protejan los derechos de las personas en riesgo de infección, tales como el derecho a recibir cuidados de salud, incluyendo educación preventiva de salud y de auto-protección; el derecho a tener habitación y refugio; el derecho a obtener empleo sin discriminación; el derecho de las mujeres hacia el respeto a la dignidad de su persona y la protección contra la violencia, incluyendo la conducta sexual no consentida. Finalmente el derecho de la población contra leyes y políticas opresivas del Estado²⁴.

El control de la epidemia de VIH en el Perú sólo puede lograrse por cambios en la conducta de los individuos, evitando permanentemente las situaciones riesgosas. Esos cambios pueden obtenerse mediante consejería impartida por personas debidamente capacitadas^{1,2,16}.

A pesar de que los nuevos tratamientos²⁵⁻²⁷ (uso de interleukina 2 y empleo de múltiples retrovirales simultáneamente asociados a inhibidores de las proteasas del VIH) pueden prolongar la vida de muchos pacientes y reducir la carga viral en forma considerable, esos métodos son inaplicables en nuestra población por inopia del individuo y del Estado. Por tanto el único recurso con que contamos en la actualidad es evitar que nuevas personas adquieran la infección²⁸.

Agradecimiento:

Debemos expresar nuestro sincero reconocimiento a los médicos de las Salas Santa Rosa II, San Andrés y Santa Ana, Drs. Eduardo Ticona, Marcos Navincopa, Jorge Arévalo, Jaime Alvarez, Víctor Chávez, Alejandro Fernández y Jorge Galarreta, por permitimos examinar y aconsejar a las pacientes internadas en sus servicios.

RÉSUMÉ

Pendant 5 ans, 112, femmes avec infection par VIH sont étudiées, 80% étaient entre 15 et 35 ans, 81% étaient mariées ou en concubinage, 62% avaient au moins 6-10 ans des études. Trois quarts travaillent ors la maison et seulement 1.7% étaient prostitués. 93.8% ont été infectés par le mari ou partenaire stable. Les deux troisièmes parties sont arrivés en consultation dans un stade avancé de la maladie. 84% ont fait une réaction aigue d'stress, dépression ou anxiété. 20.5% des femmes avaient une pathologie de la personnalité avant l'infection, 53% avaient une personnalité anormale sans définition pathologique et seulement un 24% n'avaient pas de pathologie. Cette groupe de femmes avaient des traits et une pathologie de la personnalité plus souvent que la population en générale. Les femmes infectées avec le VIH ont une prévalence de psychopathologie en dessus de la population en générale.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wurden währen fünf Jahren 112 Frauen mit VIH Infektion studiert. 80.3% der Frauen waren im Alter vom 15-35 Jahren. 81.1% waren Verheiratet. 62.5% hatten das Gymnasium besucht. 24.1% waren Hausfrauen, 1.7% sexuelle Arbeiterinnen, der Rest waren berufstätige Frauen. 48.2% kamen von stabilen neurotischen Familien. 93.8% wurden vom Ehemann infiziert, 65% kamen schwerkrank ins Krankerhaus. Nachden die Diagnose bekannt wurde, entwickelten 84.9% eine Depression bzw. akute Stress Reaktion. Alle hatten Familien und Gruppentherapie, sowie individuelle Psychotherapie. 53% hatten eine abnorme Personalität, 20.5% Personalitätsbeschwerden, und 24.1% hatten keine Personalitätsbeschwerden. Die Verfasser behaupten, dass solche Beschwerden eine Rolle in der Infektion mit VIH spielen.

BIBLIOGRAFIA

1. LUCHO, ML & JERI, FR. (1993): "Algunas manifestaciones psicológicas en la infección con el virus de la inmunodeficiencia humana". *Rev. de Neuro-Psiquiat.* 56:220-234.-
2. JERI, FR., RAMÍREZ, J., CASTAÑEDA, MA. *et al.* (1994): "Abuso de cocaína no parenteral en pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana", *Rev. de Neuro-Psiquiat.* 57:88-101.-
3. RABKIN, JG., WILLIAMS, JBW., REMIEN, RH. *et al.* (1991): "Depression, distress, lymphocyte subsets and HIV symptoms on two occasions in HIV positive homosexual men", *Arch. Gen. Psychiat.* 48:111-119.-
4. WILLIAMS, JBW., RABKIN, JG., REMIEN, RH. *et al.* (1991): "Multidisciplinary baseline assessment of homosexual men with and without HIV infection", *Arch. Gen. Psychiat.* 48: 124 - 130.-
5. SIDTIS, JJ., PRICE, RW. (1990): "Early HIV infection and the AIDS complex", *Neurol.* 40:323-326.-
6. MILLER, EN., SELNES, OA., Mc ARTHUR, JC., *et al.* (1990): "Neuropsychological performance in HIV infected homosexual men", *Neurol.* 14: 197 - 203.-
7. PERRY, S. (1990): "Organic mental disorders caused by HIV. Update on early diagnosis and treatment", *Am. J. Psychiat.* 147:696-710.-
8. LUNN, S., SKYDSBJERG, M., SCHERLSINGER, H., *et al.* (1990): "A preliminary report on the neuropsychological sequelae of HIV", *Arch. Gen. Psychiat.* 48: 139-142.-
9. MILLER, EN., SATZ, P. & VISSCHEN, B. (1991): "Computerized and conventional assessment of HIV-1 infected homosexual men", *Neurol.* 41:1608 - 1616.-
10. STERN, R., SILVA, SG., CHAISSON, N. *et al.* (1996): "Influence of cognitive reserve on neuropsychological functioning in asymptomatic HIV-1 infection", *Arch. Neurol.* 53:148-153.-
11. DEW, MA., RAGNI, MV. & NIMORWIEZ, P. (1990): "Infection with HIV and vulnerability to psychiatric stress", *Arch. Gen. Psychiat.* 47:757 - 744.-
12. QUINN, TC. (1996): "Global burden of the HIV pandemic", *Lancet* 348: 99 -105.-
13. EMFIELD, M; COUNOS, F; MEYER, I. *et al.* (1993): "Seroprevalence among homeless patients admitted to a psychiatric inpatient unit", *Am. J. Psychiat.* 150:47-52.
14. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, 1994: Fourth Edition, DSM-IV TM, American Psychiatric Association, Washington.-
15. GUNDERSON, JG. & PHILLIPS, KA. (1995): "Personality Disorders", in Kaplan & Sadock (Eds), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6th Ed; Volumen 2, pp. 1425-1461, Williams & Wilkins, Baltimore.-
16. JERI, FR. & LUCHO, ML. (1995): "Psicopatología familiar en la infección para el VIH", *Rev. de Neuro-Psiquiat.* 58:54-70.-
17. BOUVET, E., DE VINCENZI, I., ANGELLE, R. *et al* (1989): "Defloracion as a risk factor for heterosexual HIV transmission", *Lancet*, 1:615.-
18. HORTON, R. (1995): "Women as woman with HIV", *Lancet* 345:531-532.-
19. NORTH, RL, & ROTHEMBERG, KH. (1993): "Partner notification and the threat of domestic violence against women with HIV infection", *New Eng J. Med* 329:1194 - 1196.-
20. EDITORIAL 1995: "Impact of HIV on delivery of health care in Sub-Saharan Africa: a tale of secrecy and inertia", *Lancet*, 345: 1345-1317.-
21. STEFAN, MD., CATALAN, *et al.* (1995): "Psychiatric patients and HIV infection: a new population al risk" *Brit. J. Psychiat.* 167:721-727.-
22. BROOMER, RK., GREENFIELD, L; SCHMIDT, CW. *et al.* (1991): "Antisocial personality disorder among intravenous drug abusers", *Am. J. Psychiat.* 150:53-58.-
23. LUCHO, ML. & JERI, FR. (1996): "Mecanismos psicológicos operativos en un grupo de mujeres contaminadas con el virus de la inmunodeficiencia humana", *Rev. Med. Peruana* en prensa.-
24. KIRBY, M. (1996): "Human rights and the HIV paradox", *Lancet* 348:1217 - 1218.-
25. LIPSKY, JJ. (1996): "Antiretroviral drugs for AIDS", *Lancet* 348: 800-803.-
26. COLLIER, AC., COOMBS, R., SCHOENFELD, DA. *et al.* (1996): "Treatment of HIV infection with Saquinavir, Zidovudine and Zalcitabine", *New Eng J. Med* 334: 1011 - 1017.-
27. KOVACS, JA., VOGEL, S; ALBERT, JM. *et al.* (1996): "Controlled trial of interleukin-2 infusions in patients with HIV", *New Eng J. Med* 335: 1350-1356.-
28. COATES, TJ., AGGLETON, P., GUTZWILLER, *et al.* (1996): "HIV prevention in developed countries", *Lancet* 348:1143-1148.