

## PERSONALIDAD EN PACIENTES INFECTADOS CON EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)\*

Estudio controlado en 612 enfermos residentes en áreas deprimidas de la ciudad de Lima

Por MEDALIT L. LUCHO\*\* y F. RAUL JERI\*\*\*

### RESUMEN

**Objetivo:** La prevalencia de psicopatología es más alta en los barrios pobres de las ciudades, donde también se concentran la mayor parte de pacientes infectados con el VIH. Este trabajo investigó el trastorno de la personalidad como factor de riesgo para adquirir dicha enfermedad.

**Método:** Se hizo una evaluación prospectiva de la personalidad en 612 pacientes infectados con el VIH procedentes de áreas empobrecidas de la ciudad de Lima comparándolos con la prevalencia de psicopatología en la población general. La evaluación comprendió: 1). entrevista clínica con los autores, 2). administración de un cuestionario semiestructurado, basado en los criterios diagnósticos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 3). entrevistas complementarias con los parientes y amigos y los pacientes y 4). evaluación del comportamiento del enfermo mientras era atendido en el Hospital (1997-1999).

**Resultados:** Los rasgos atípicos del carácter, algunos normales y otros patológicos, resultaron más frecuentes que los trastornos definidos de la personalidad. En el sexo masculino la prevalencia de los trastornos fue: disocial 18.3%, inestable 5.2%, evasivo 4.9%, paranoide 4.2%, histriónico 2.2%, esquizoide 0.9% y anancástico 0.3%. En las mujeres: disocial 7.6%, inestable 4.6%, dependiente 3.6%, esquizoide 2.6%, histriónico 1.6%, evasivo 1.0%, anancástico 0.6% y paranoide 0.3%. Es decir que el 27.7% de los pacientes infectados con el VIH tenían trastornos de la personalidad en comparación con el 19.7% de la población general (Chi cuadrado Mantel Haenzel 7.8, P=0.05).

**Conclusiones:** 1. Los trastornos de la personalidad tienen alta prevalencia en pacientes infectados con el VIH, residentes en áreas depauperadas de la ciudad de Lima, 2. En ambos sexos los trastornos de la personalidad sugieren ser factor de riesgo para adquirir la enfermedad, especialmente en el sexo masculino. 3. En consecuencia, los esfuerzos preventivos deben dirigirse preferentemente a adolescentes y jóvenes con rasgos anormales de carácter o con trastornos de la personalidad.

---

\* Trabajo expuesto en el XIII Congreso Internacional del SIDA (N° 2620), Durban, Sud Africa.

\*\* Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales. Hospital Nacional Dos de Mayo.

\*\*\* Consultoría de Neuropsiquiatría. Hospital Nacional Dos de Mayo.

## SUMMARY

**Background:** Psychopathology prevalence is higher in deprived areas of large cities and most cases of HIV infection are nowadays seen in the lower socioeconomic strata of human settlements. We hypothesize that personality disorders may be a risk factor to acquire the HIV infection.

**Method:** A controlled prospective personality assessment was done in a group of 612 infected patients (360 men and 306 women), living in deprived area of the city of Lima (Peru) who were compared with 612 persons of the general population, using the following procedure: 1) clinical interview by the authors, 2) administration of a semistructured questionnaire based on the diagnostic criteria of the ICD-10; 3) interviews with the patient's relatives and friends; 4) behavior assessment during out patient and in patient treatment.

**Results:** Traits were commoner than full disorders, however in males the disorders were: paranoid 4.2%, schizoid 0.9%, dissocial 18.3%, unstable 5.2%, histrionic 2.2%, evasive 4.9%, dependent 1.3% and anancastic 0.3%. In females the disorders were paranoid 0.3%, schizoid 2.6%, dissocial 7.6%, unstable 4.6%, histrionic 1.6%, evasive 1.0%, dependent 3.6% and anancastic 0.6%. These results mean that before acquiring the HIV infection 37.5% of the men and 21.8% of the women had personality disorders. However abnormal traits were much higher (men 50.6%, women 63.8%), thus personality disorders in both sexes are more prevalent than in the general population (square chi 7.8,  $P=0.05$ ).

**Conclusions:** 1. Abnormal personality traits and personality disorders are highly prevalent in patients infected with the HIV who live in deprived areas of the city of Lima (Peru). 2. In both sexes personality disorders seem to be a definitive risk to acquire the disease, especially in men. 3. Preventive efforts should be preferably directed to adolescents and young individuals who have abnormal personality traits or personality disorders.

**PALABRAS-CLAVE:** Personalidad, VIH, SIDA, factores de riesgo.

**KEY WORDS :** Personality, HIV, SIDA, Risk factors.

## INTRODUCCION

La epidemia de infección por el VIH sigue extendiéndose por todas las ciudades y áreas rurales del Perú.<sup>1</sup> En el Hospital Nacional Dos de Mayo (HN2M) cotidianamente se atienden casos nuevos de dicha afección, prácticamente en todas las salas y consultorios. El Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales (SEIT) de dicho nosocomio está casi

completamente ocupado en sus áreas de internamiento por enfermos infectados con el VIH en fases avanzadas de la enfermedad. En los consultorios de dicho Servicio se atiende un promedio de 20 pacientes diarios, contaminados con el VIH, en diferentes etapas de la afección, desde la seroconversión hasta el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Las demás salas del Hospital también albergan diariamente de uno a tres pacientes con

dicha infección. Estos enfermos proceden de todas las regiones del país, así como de Europa, Estados Unidos de América y del Japón, estos últimos cuando han sido deportados o ellos mismos se exilian de dichos países por el agravamiento de la enfermedad. Además muchos pacientes atendidos inicialmente en forma particular, terminan acudiendo al HN2M cuando se les agotan los recursos.

El Servicio de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) cuenta con una sección de consejería donde se entrevista a todos los enfermos seropositivos del VIH, tanto de ese Servicio como de todas las otras dependencias del HN2M, aun antes de ser examinados por los médicos de SEIT.<sup>2</sup> Esta experiencia ha demostrado cuán importantes son los aspectos psicológicos y sociales en la evaluación de la enfermedad, desde el shock inicial al enterarse de la seroconversión hasta las distimias y depresiones condicionadas por las complicaciones del SIDA. Si a estos trastornos sumamos las frustraciones ocasionadas por la imposibilidad de adquirir los medicamentos eficaces para reducir la carga viral del VIH, la carencia de dinero para comprar los fármacos sintomáticos o anti-infecciosos y la obligatoriedad de residir en áreas deprimidas de la ciudad (donde proliferan delincuencia, vagancia, prostitución, desocupación, hacinamiento, drogadicción, insalubridad, e inseguridad), estamos en condiciones de comprender la alta prevalencia de disturbios psicológicos observados en estos pacientes.<sup>3</sup> En 1994 se describió la frecuente asociación entre consumo excesivo de drogas e infección con el VIH.<sup>4</sup> Esta investigación demostró la frecuencia de perturbaciones del carácter en los adictos y al comprobar que la mayor parte de ellos residían en áreas deprimidas de la ciudad, era razonable suponer que existieran similares alteraciones de la personalidad en pacientes infectados

con el VIH pero que no eran fármaco dependientes. Decidimos por tanto investigar los trastornos de la personalidad premórbida en un número adecuado de pacientes que habitaban en zonas empobrecidas de la ciudad.

### *METODO*

Se estudió una muestra de 612 enfermos (306 varones y 306 mujeres) atendidos en el servicio de ETS y en otras áreas del HN2M, durante un período de tres años (1997-1999). Los pacientes residían en áreas empobrecidas de la ciudad de Lima (Cercado, Barrios Altos, El Agustino, Cerro San Pedro, Rímac, La Victoria, San Luis, San Juan de Lurigancho, San Juan de Miraflores, Huaycán, Vitarte, Chosica, Villa del Salvador, Zárate).

Todos los pacientes mostraron reactividad a la prueba de Elisa para VIH 1-2, confirmada posteriormente mediante la prueba de Western Blot para dicho virus. La mayor parte de enfermos se hallaban en la fase sintomática o en la fase SIDA de la enfermedad, pero se encontraban lúcidos durante las entrevistas. Se excluyeron pacientes con graves complicaciones neurológicas (delirio, demencia, meningitis, encefalitis, confusión, coma). Algunos enfermos estaban en etapa seropositiva asintomática.

El método de examen de los pacientes consistió en cuatro procedimientos sucesivos:

En primer lugar cada uno de nosotros conducía una entrevista directa e individual con el paciente, donde se hacían preguntas acerca de la historia familiar y personal, antes de adquirir la infección VIH. Estos datos incluían constitución del hogar, gestación, caracteres de los padres o cuidadores, lactancia, niñez, adolescen-

cia, escolaridad, actividad sexual, vida social, trabajo, consumo de alcohol y drogas, problemas de pareja, judiciales, económicos, familiares y policiales. Esta sesión duraba entre 40 a 60 minutos.

En una segunda entrevista se procedía a la administración de un cuestionario semiestructurado, que consistía en 76 preguntas tomadas de los criterios diagnósticos para los trastornos de la personalidad, obtenidos de la consolidación de las clasificaciones de la IV Revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana,<sup>5</sup> y de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10) de la Organización Mundial de la Salud (WHO-OMS).<sup>6</sup>

A pesar de que la mayor parte de los pacientes habían aprobado alguno o todos los años de educación secundaria, les resultaba muy difícil comprender apropiadamente el sentido de cada pregunta. Por ese motivo nos vimos obligados a leerles cada una de las preguntas y en caso de duda, la explicábamos en la forma más sencilla y comprensible posible. Esta entrevista duraba habitualmente 60-80 minutos.

En tercer lugar procedíamos a interrogar por separado, en una o varias oportunidades, a los familiares y amigos del paciente, insistiendo especialmente en los aspectos dudosos o contradictorios de las informaciones dadas por el enfermo en la entrevista inicial y en el interrogatorio. Estas sesiones tomaban de 15 a 40 minutos.

Finalmente llevábamos un registro individual, independiente de la historia clínica, donde anotábamos las peculiaridades de las conductas observadas durante la hospitalización, en las entrevistas posteriores en el consultorio y en las reuniones con el grupo de ayuda mutua así como con los familiares y los voluntarios.

Una vez obtenidos todos los datos de cada paciente, de acuerdo a los cuatro procedimientos mencionados, nos reuníamos para discutir cada caso y llegábamos a una conclusión diagnóstica por consenso, la cual se anotaba en el libro respectivo. Aquí fue donde hallamos los primeros problemas. Muchos pacientes tenían rasgos anormales de carácter, pero que no reunían todos los criterios para hacer un diagnóstico firme de uno de los trastornos de la personalidad. Estábamos informados de dificultades similares encontradas por otros investigadores<sup>7-10</sup> quienes no pudieron llegar a conclusiones si sólo usaban un método (entrevista o cuestionario) y por tanto daban importancia a los rasgos anormales aun cuando no constituyeran trastornos de la personalidad, según los criterios cuantitativos de la DSM-IV o de la ICD-10. Anteriormente se habían encontrado similares dificultades al evaluar la personalidad de 112 mujeres infectadas con el VIH<sup>11</sup>. Por ese motivo decidimos tomar en cuenta en cada caso los rasgos de carácter insólito aunque no llegaran a ser característicos de cada tipo de trastorno de personalidad.

En cuanto al cuestionario procedimos a calificar la prueba en relación con cuatro variables: 1) sin alteración de la personalidad, 2) con rasgos de personalidad anormal sin llegar a cumplir en forma completa los criterios diagnósticos, 3) trastorno definido de la personalidad cuando completaba los criterios diagnósticos y, 4) alteraciones de la personalidad inespecíficas o mixtas. En cada caso con alteraciones de los rasgos de personalidad determinábamos si ameritaba ser considerado rasgo normal o anormal. Ciertos rasgos esquizoides, anancásticos e histriónicos pueden ser favorables para la adaptación del individuo. Sin embargo las manifestaciones paranoides y disociales siempre eran consideradas como patológicas.

La observación de la conducta del paciente se hacía durante un seguimiento que duraba de diez a treinta meses, contando con información adicional proporcionada por el personal de salud encargado de la asistencia y tratamiento (médicos, enfermeras, auxiliares, asistentes sociales, voluntarias, pares).

## RESULTADOS

En los varones (Tabla I) predominaban los rasgos disociales de la personalidad (13.3%) pero los trastornos disociales eran aún más numerosos (18.3%). Estos sujetos habían presentado alteraciones del comportamiento desde la niñez, predominando antecedentes de maltrato o abandono infantil, ausentismo de la escuela, hurtos, uso precoz de alcohol, fuga del hogar, descuido de las obligaciones familiares y sociales, indiferencia para los sentimientos de los demás, baja tolerancia a las frustraciones, agresividad, violencia, delincuencia, conducta imprudente, uso frecuente de alcohol y de drogas en la edad adulta.

En segundo orden estaban los sujetos con rasgos (11.1%) o trastornos (4.9%) evasivos, caracterizados por sentimientos de tensión y aprensión, inseguridad e inferioridad, hipersensibles al rechazo y a la crítica, buscando continuamente ser aceptados y apreciados, tratando frecuentemente de evitar ciertas actividades por exageración habitual de los riesgos o de los peligros potenciales en situaciones cotidianas de la vida.

En tercer lugar se registró a los individuos emocionalmente inestables, también conocidos como explosivos, agresivos o fronterizos. Tenían rasgos inestables (6.5%) y trastorno inestable (5.2%) de los sujetos entrevistados. Estas personas mostraban definida tendencia a actuar

impulsivamente, sin considerar las consecuencias de sus actos, el humor era caprichoso e impredecible, con proclividad al comportamiento agresivo, especialmente cuando se les controlaba o se les censuraba. Otros tenían labilidad emocional y dificultad para el control de los impulsos, disturbios de la auto-imagen y sentimientos crónicos de vacío, sus relaciones interpersonales eran intensas pero inestables y tendían al comportamiento auto-destructivo, incluyendo gestos y tentativas de suicidio.

Se comprobaron rasgos paranoides (5.8%) y trastorno paranoide (4.2%) en una proporción importante de los enfermos, caracterizados por excesiva sensibilidad ante las dificultades, incapacidad para perdonar los insultos, frecuente suspicacia y tendencia a distorsionar la experiencia, interpretando hostilmente las acciones amistosas o neutras de las personas, sospechas frecuentes sin justificación, desconfianza de la fidelidad de la pareja sexual, tendencia a combatir tenazmente lo que consideraban sus derechos personales.

Diecinueve pacientes (6.2%) tenían rasgos dependientes pero sólo una proporción menor (1.3%) completaban los criterios para el trastorno dependiente de la personalidad. En estos casos se trataban de sujetos con sometimiento pasivo a otras personas, gran temor a ser abandonados, sentimientos de inadecuación y de incompetencia y pobre respuesta a las demandas de la vida diaria.

Los rasgos histriónicos (2.9%) y el trastorno histriónico (2.2%) fueron identificados en una proporción modesta de los pacientes masculinos, los cuales exhibían afectividad lábil y poco profunda, auto-dramatización, teatralidad, exagerada expresión de emociones, sugestibilidad, egocentrismo, autoindulgencia, falta de consideración para los demás, sentimientos

fácilmente ofendidos, búsqueda continua de apreciación, excitación y atención.

Doce varones mostraron rasgos esquizoides (3.9%) pero sólo tres (0.9%) llenaban los criterios para el trastorno esquizoide de la personalidad, con aislamiento de los contactos afectivos o sociales, preferencia por la fantasía, las actividades solitarias y la introspección, con limitada capacidad para experimentar placer o expresar sentimientos.

Un número menor de hombres mostró rasgos anancásticos (0.9%) y sólo un sujeto (0.3%) llenó los criterios para la personalidad anancástica; estos pacientes tenían sentimientos constantes de duda, perfeccionismo, excesiva minuciosidad, control constante, preocupación con los detalles, terquedad, cautela y rigidez, pensamientos o impulsos insistentes y perseverativos.

En las mujeres (Tabla II) predominaban los rasgos dependientes (22.5%) y el trastorno dependiente de la personalidad (3.6%). Siguió en orden de frecuencia los rasgos inestables (12.7%) y el trastorno inestable (4.6%). En tercer lugar registramos rasgos disociales (7.2%) y trastorno disocial (7.5%). En orden decreciente diagnosticamos rasgos y trastornos evasivos, histriónicos, esquizoides, paranoides y anancásticos.

Si consideramos solamente los trastornos de personalidad (Tabla III) comprobamos predominancia en el hombre de trastorno disocial (18.3%), seguido de trastorno inestable (5.2%), trastorno evasivo (4.9%), trastorno paranoide (4.2%) y trastorno histriónico (2.2%). Los demás trastornos figuran en un porcentaje bastante bajo (1.3-0.3%). Sin embargo, el 37.5% de los varones y el 21.8% de las mujeres tenían en general trastornos definidos de la

personalidad, proporción mucho mayor que la registrada en la población general (21.3% y 18.3% respectivamente para hombres y mujeres). Comparando la prevalencia sólo de trastornos de la personalidad en 612 individuos infectados con el VIH y 612 personas no infectadas de la población general (Chi cuadrado Mantel-Haenzel 7.8,  $P=0.05$ ) comprobamos que en los pacientes la prevalencia era significativamente mayor que en la población general. En los hombres eran significativos los siguientes trastornos: esquizoide ( $P=0.0001$ ), disocial ( $P=0.000$ ), evasivo ( $P=0.001$ ), en las mujeres: disocial ( $P=0.0002$ ), los demás trastornos no diferían mayormente de la población general.

#### DISCUSION

El grupo de pacientes estudiados, infectados con el VIH y residentes en zonas empobrecidas de la ciudad de Lima, demostró tener alta prevalencia de trastornos de la personalidad (27.7%) superior a las cifras máximas admitidas para la población general por la Organización Mundial de la Salud.<sup>12</sup> En los varones infectados con el VIH resultaron los trastornos disociales, emocionalmente inestables, evasivos y paranoides. En las mujeres predominaban también los trastornos disociales e inestables, siguiendo en orden de frecuencia las personas con trastornos dependientes y esquizoides. Debemos advertir que hemos tenido considerable dificultad para calificar a un número apreciable de pacientes que no llenaban los criterios de las clasificaciones modernas,<sup>5,6</sup> a pesar de haber usado un procedimiento que implicaba entrevistas, cuestionario y seguimiento. Similares obstáculos se encontraron hace tres años cuando se hizo la evaluación inicial de un grupo de mujeres infectadas con el VIH.<sup>11</sup> Para abreviar esta presentación no hemos incluido las formas mixtas o dudosas.

En el trabajo actual decidimos registrar los rasgos de carácter anormal aun cuando no llenaran todos los requisitos de los trastornos de la personalidad. Así pudimos comprobar que en los varones los rasgos de personalidad anormal superaban a los trastornos en los tipos evasivo, emocionalmente inestable, paranoide, dependiente, histriónico y esquizoide (Tabla I). En las mujeres los rasgos superaban a los trastornos en las formas dependiente, emocionalmente inestable, evasiva, histriónica, paranoide y anancástica (Tabla II). Al agregar los rasgos a los trastornos

encontramos un 88.9% de anomalías del carácter en los hombres y un 84.9% en las mujeres, cifras muy elevadas, probablemente dependientes de la superposición de diversos factores etiopatogénicos.

En una investigación hecha hace siete años en los Estados Unidos los autores encontraron una prevalencia significativamente alta de trastornos de personalidad en 58 hombres homosexuales (33%) infectados con el VIH comparados con 53 hombres homosexuales negativos para el VIH (15%). Los tipos más frecuentes fueron inestable,

TABLA I

PERSONALIDAD EN 306 VARONES INFECTADOS CON VIH  
(EADAES 17-73 AÑOS)

TIPO	RASGOS		TRASTORNOS		AMBOS	
	N	%	N	%	N	%
Disocial	41	13.3	56	18.3	97	31.6
Evasivo	34	11.1	15	4.9	49	16.0
Inestable	20	6.5	16	5.2	36	11.7
Paranoide	18	5.8	13	4.2	31	10.1
Dependiente	19	6.2	4	1.3	23	7.5
Histriónico	9	2.9	7	2.2	16	5.2
Esquizoide	12	3.9	3	0.9	15	4.9
Anancástico	<u>3</u>	<u>0.9</u>	<u>1</u>	<u>0.3</u>	<u>4</u>	<u>1.3</u>
	156	50.6	115	37.3	282	88.93
Sin Alteraciones	---	---	---	---	34	10.7

Comorbilidad previa a la infección con el VIH: Esquizofrenia 1, Retardo Mental 4, Neo Cerebral 3.

dependiente, pasivo-agresivo e histriónico. Ellos concluyeron manifestando que los individuos con desórdenes de la personalidad eran proclives a comprometerse en comportamiento sexual de alto riesgo, facilitándose así la adquisición de la infección con el VIH. Estos dos grupos estaban constituidos por sujetos blancos con educación superior. A pesar de las diferencias demográficas, dichos resultados son enteramente similares a los hallazgos de

29.7% de trastornos de la personalidad en los VIH positivos de este trabajo.

En una investigación hecha hace tres años<sup>11</sup> en 112 mujeres infectadas con el VIH un 20.5% tenía trastorno de la personalidad y 53.3% rasgos de personalidad anormal. Estas personas reunían características demográficas semejantes a las de la serie actual. La conclusión indiscutible es que en individuos infecta-

**TABLA II**  
PERSONALIDAD EN 306 MUJERES INFECTADOS CON VIH  
(EADAES 15-63 AÑOS)

TIPO	RASGOS		TRASTORNOS		AMBOS	
	N	%	N	%	N	%
Dependiente	69	22.5	11	3.6	80	26.1
Inestable	39	12.7	14	4.6	53	17.3
Evasiva	30	9.8	3	1.0	33	10.7
Disocial	22	7.2	23	7.5	45	14.7
Histriónica	21	6.8	5	1.6	26	8.4
Paranoide	8	2.6	1	0.3	9	2.9
Esquizoide	4	1.3	8	2.6	12	3.9
Anancástica	<u>3</u>	<u>0.9</u>	<u>2</u>	<u>0.6</u>	<u>3</u>	<u>0.9</u>
	196	63.8	67	21.8	261	84.9
Sin Alteraciones	---	---	---	---	45	14.7

Comorbilidad previa a la infección con el VIH: Esquizofrenia 3, Retardo Mental 9, Trastorno Bipolar 1.

**TABLA III**

**TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN 612 PACIENTES INFECTADOS CON EL VIH Y 612 HABITANTES DE LA POBLACION GENERAL**

TIPO	INFECTADOS VIH						POBLACION GENERAL*					
	Varones (N=306)		Mujeres (N= 306)		Ambos (N=612)		Varones (N=306)		Mujeres (N=306)		Ambos (N=612)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Paranoide	13	4.2	1	0.3	14	4.5	7	2.3	3	0.9	10	1.6
Esquizoide	3	0.9	8	2.6	11	3.5	29	9.4	17	5.5	46	7.5
Disocial	56	18.3	23	7.5	79	25.8	11	3.6	4	13.0	15	2.4
Inestable	16	5.2	14	4.6	30	9.8	4	1.3	8	2.6	12	1.9
Histriónico	7	2.2	5	1.6	12	3.8	3	0.9	9	2.9	12	1.9
Evasivo	15	4.9	3	1.0	18	5.9	3	0.9	4	1.3	7	1.1
Dependiente	4	1.3	11	3.6	15	4.9	5	1.6	10	3.2	15	2.4
Anancástico	1	0.3	2	0.6	3	0.9	4	1.3	2	0.6	6	0.9
Sub-Totales	115	37.5	67	21.8	182	27.7	66	21.3	57	18.3	139	19.7
Normales	191	62.4	239	78.2	430	70.3	240	78.7	249	81.7	473	80.3

• Prevalencia de los trastornos de la personalidad en la población general de acuerdo a la OMS y a la PA<sup>5,6</sup>

dos con el VIH, procedentes de áreas deprimidas de la ciudad de Lima, la prevalencia de rasgos anormales y trastornos de la personalidad es muy elevada.

Cuando se investigan las alteraciones del carácter en poblaciones universitarias de países desarrollados<sup>7</sup> se obtienen cifras menos importantes, prevalencia de 11.01% con el instrumento autoadministrado. En la entrevista psiquiátrica hecha a 258 estudiantes se hizo un diagnóstico definitivo de trastornos de la personalidad en el 9.6% y de diagnóstico probable en el 11.6%. Evidentemente se trataba de jóvenes universitarios, blancos, procedentes de hogares acomodados y con un nivel alto de educación. En cambio en las áreas deprimidas de las ciudades la morbilidad mental es más del doble de la registrada en las áreas residenciales<sup>14</sup>, donde también predominan la violencia (homicidios, suicidios y agresiones interpersonales)<sup>15</sup>, así como las adicciones a drogas (el 60% de los farmacodependientes en un estudio reciente tenían trastornos de la personalidad).<sup>16</sup> En las prisiones la prevalencia de trastorno disocial de la personalidad puede llegar al 75% de los internados.<sup>12</sup>

En las zonas donde viven los pacientes examinados en este trabajo predominan la delincuencia, el abuso de drogas y las pandillas de jóvenes agresivos. El abandono del padre es frecuente, creando graves problemas económicos en la familia, interrupción escolar de los hijos, viéndose obligada la madre a buscar otro conviviente o a trabajar fuera de la casa.

Es un hecho de conocimiento general que en las áreas desposeídas de las

ciudades se concentran mayores cantidades de individuos que presentan trastornos de la personalidad, retardo mental y psicosis crónicas. Aparte de los factores genéticos, indudables en una proporción moderada de los enfermos,<sup>17-22</sup> han de considerarse los factores constitucionales, familiares y sociales. Los disturbios psicológicos destructivos, así como los estados graves de ansiedad y las depresiones mayores, pueden contribuir al desarrollo de trastornos de la personalidad en el adulto joven<sup>23</sup> y predisponerle al suicidio cuando adquiere la configuración del trastorno emocionalmente inestable o fronterizo de la personalidad.<sup>24</sup> En estudios controlados<sup>25-26</sup> se ha reportado que las experiencias patológicas en la niñez pueden contribuir al desarrollo de perturbaciones del carácter, especialmente por abandono, abuso emocional, físico o abuso sexual.

En conclusión, las perturbaciones de la personalidad son trastornos mentales de mayor prevalencia en todas las comunidades humanas.<sup>12</sup> En el Perú los disturbios del carácter son particularmente frecuentes en las áreas deprimidas de las principales ciudades, hecho similar al que ocurre en otras megalópolis.<sup>14,15</sup> El estudio actual ha demostrado que los pacientes infectados con el VIH tienen una mayor prevalencia de rasgos anormales de carácter y de trastornos de la personalidad que los que presentan la población general. Por otra parte, la epidemia de dicha enfermedad sigue aumentando en el Perú, especialmente entre las personas jóvenes.<sup>1</sup> En consecuencia es recomendable dirigir los mayores esfuerzos preventivos a los niños y adolescentes con perturbaciones del comportamiento o con trastornos de la personalidad, especialmente en el sexo masculino.

## BIBLIOGRAFIA

1. MINISTERIO DE SALUD. Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PRO-CETTS), *Información Estadística 1983-1999*, Lima, Perú.-
2. LUCHO, ML; JERÍ, FR. (1997): "Consejería y Psicoterapia en el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida". *Rev. de Neuro-Psiquiat.* 59: 213-277.-
3. LUCHO, ML; JERÍ, FR. (1995): "Algunas manifestaciones psicológicas en la infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana". *Rev. de Neuro-Psiquiat.* 56: 220-224.-
4. JERÍ, FR; RAMÍREZ, J; CASTAÑEDA, MA; PÉREZ, JC; LUCHO, ML; TERÁN, A; WONG, G; VILLA, R; DURAN, L. (1994): "Abuso de Cocaína no parenteral en pacientes infectados con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana". *Rev. Neuro-Psiquiat.* 57: 88-101.-
5. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. Washington DC 624-674.-
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1997): Multiaxial Presentation of the ICD-10 for use in Adults. pp 82-88.-
7. LENSENWEGER, MF; LORANGER, AW; KARFINE, L; NEFF, C. (1997): "Detecting Personality Disorders in a non Clinical Population. Application of 2-stage Procedure for case Identification". *Arch Gen Psychiat.* 54: 345-351.-
8. WESTEN, D. (1997): "Divergences between Clinical and research Methods for Assessing Personality Disorders: Implications for research and the Evolution of Axis II". *Am J Psychiat.* 154: 895-903.-
9. WESTEN, D; ARBOWITZ-WESTEN, L. (1998): "Limitations of Axis II in Diagnosing Personality in Clinical Practice". *Am J Psychiat.* 155: 1767-1771.-
10. ZIMMERMAN, M; MATTIA, JI. (1999): "Differences between Clinical and research Practices in Diagnosing borderline Personality Disorder". *Am J Psychiat.* 156: 1570-1574.-
11. LUCHO, ML; BUENDÍA, C; JERÍ, FR. (1997): "Rasgos de personalidad en 112 mujeres infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana". *Rev. Neuro-Psiquiat.* 60: 32-44.-
12. CLONINGER, CR; SYRACIC, DM. (2000): "Personality Disorders". In Sadock y Sadock: *Comprehensive Textbook of Psychiatry* 7th Ed. Lippincott, Williams/Wilkins, Philadelphia, pp. 1723-1764.-
13. PERKINS, DO; DAVIDSON, EJ; LEERMAN, J; *et al.* (1993): "Personality Disorder in Patients Infected with HIV: A Controlled Study with Implications for Clinical care". *Am J Psychiat.* 150: 309-315.-
14. GLOVER, CR; LEESE, M; MC CRONE (1999): "More Severe mental illness is more Concentrated in D deprived areas". *Brit J Psychiat.* 175: 544-548.-
15. KENNEDY, HG; IVESON, RCY; HILL, O. (1999): "Violence, Homicide and Suicide: Strong Correlation and wide Variations across districts". *Brit J Psychiat.* 175: 462-466.-
16. SKODOL, AE; OLDHAM, JM; GALLAHER, PE. (1999): "Axis II Comorbidity of Substance use Disorders among patients referred for treatment of personality disorders". *Am J Psychiat.* 156: 733-738.-
17. JOHNSON, D; WIESE, JS; GOLD, SM; ANDREASEN, N; *et al.* (1999): "Cerebral Blood flow and Personality: A Position Emission Study". *Am J Psychiat.* 156: 252-257.-
18. LOPPALAINEN, J; LONG, JC; EGGERT, M; OZAKI, N; *et al.* (1998): "Linkage of antisocial alcoholism to the serotonin 5-MT-1B receptor gene in two populations". *Arch Gen Psychiat.* 55: 989-994.-
19. BRENNAN, PA; GRUKIN, ER; MENICK, SA (1999): "Maternal Smoking and Adult male Criminal Outcomes". *Arch Gen Psychiat.* 56: 215-219.-
20. PAJER, KA. (1999): "What happens to 'bad girls'. A review of the Adult Outcomes of Antisocial Adolescent Girls". *Am J Psychiat.* 156: 252-257.-
21. TOONE, BK; VANDER LINDE, GJH. (1997): "Attention deficit Hiperactivity Disorder in Adults". *Brit J Psychiat.* 170: 489-491.-
22. LIVESLEY, WJ; JANG, KL; VERNON, PA. (1998): "Phenotypic and Genetic Structure of Traits Delineating Personality Disorder". *Arch Gen Psychiat.* 55: 941-948.-
23. KASEN, S; COHEN, P; SKODAL, AE; *et al.* (1999): "Influence of Child and Adolescent Psychiatric Disorders in Young Adult Personality Disorder". *Am J Psychiat.* 156: 1529-1535.-
24. CHENG, ATA; MANN, AH; CHAN, KA (1997): "Personality Disorders and Suicide". *Brit J Psychiat.* 170: 441-446.-
25. ZANARINI, MC; WILLIAMS, AA; LEWIS, RE; *et al.* (1997): "Reported Pathological Childhood Experiences Associated with the Development of Borderline Personality Disorder". *Am J Psychiat.* 154: 1101-1106.-
26. JOHNSON, JE; COHN, P; BROCON, J; *et al.* (1999): "Childhood Maltreatment Increases Risk for Personality Disorders During early Adulthood". *Arch Gen Psychiat.* 56: 600-606.