

INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) EN LA EDAD AVANZADA*

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

RESUMEN

Introducción: En el Perú la infección por el VIH es una enfermedad de personas jóvenes, la mayor parte de pacientes fallecen antes de los 40 años. Sin embargo, al avanzar la epidemia comprobamos que dicha infección comienza a comprometer individuos preseniles y aún seniles.

Método: Se hizo una investigación retrospectiva de pacientes entrevistados personalmente por los autores, infectados por el VIH, mayores de 50 años de edad, observados durante 14 años (1987-2000). Los enfermos fueron sometidos a entrevistas psicológicas, examen somático (incluyendo examen neurológico), pruebas de laboratorio (ELISA y Western Blot), así como escalas y pruebas psicológicas.

Resultados: Durante el período de observación se registraron 3439 enfermos (2747 varones y 692 mujeres). A partir del año 1992 acudieron al Hospital pacientes mayores de 50 años. Progresivamente la incidencia de pacientes de edad avanzada fue incrementándose hasta llegar a 147 enfermos, entre los 50 y 82 años de edad. Estas personas proseguían manteniendo actividad sexual, sin protección, hasta la época en que fueron examinados.

Conclusiones: En la actualidad la infección por el VIH se ha extendido a un sector relativamente importante de nuestra población productiva: hombres y mujeres mayores de 40 años. Es necesario establecer programas eficientes de prevención de las enfermedades transmitidas sexualmente para este grupo de personas. Así también deben aplicarse estrategias para evitar el contagio de personas jóvenes por pacientes de edad avanzada infectados con el VIH.

SUMMARY

Background: In Peru, HIV infection is a disease of young people, most patients die before they are 40 years old. However as the epidemic advances we have found that the infection affects presenile and senile individuals.

* Trabajo presentado al X Congreso Nacional de Psicología. Lima, 27 - 29 Septiembre, 2001.

** Sección de Consejería, Servicio de Enfermedades Infecciosas.

*** Consultoría en Neuropsiquiatría, Hospital Dos de Mayo.

Method: This is a retrospective study including HIV patients older than 50 years who were interviewed personally by the authors between 1987 and 2000. The patients were subjected to psychological and physical examinations (including neurological check-up), laboratory tests (ELISA and Western - Blot), as well as different psychological scales and tests.

Results: During the observation period 3439 patients were registered (2747 men and 692 women). Since 1992, the incidence of patients older than 50 years old increased progressively. Between 1992 - 2000 one hundred and forty seven patients older than 50 were examined (range: 50 - 82 years old). Patients were sexually active until the time of the examination.

Conclusions: HIV infection is involving a relatively important sector of the peruvian population older than 40 years old. It is necessary to establish efficient strategies to prevent sexually transmitted diseases in this age group. It is also mandatory to establish strategies to prevent the infection of young people by the older HIV infected population.

PALABRAS CLAVE : VIH, edad senil y presenil, Perú.

KEY WORDS : HIV, Peru, elderly.

INTRODUCCIÓN

La esperanza de vida al nacer de los peruanos es de 55 años (tabla 1). En algunos departamentos es mucho menor (Huancavelica: 43.9 años, Cuzco: 44.1 años). Estas cifras no han sido revisadas por las últimas publicaciones de la Organización Mundial de la Salud^{1,2} debido probablemente a la recesión económica que viene sufriendo nuestro país desde los últimos 30 años y a la aparición de la epidemia de la infección por el VIH en todas las ciudades y en muchas zonas rurales del Perú.

Entre nosotros la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) después de algunos años de curso asintomático, evoluciona con infecciones oportunistas y llega posteriormente a un estado clínico muy grave, caracterizado por múltiple comorbilidad microbiana y neoplásica, denominado común pero impropriadamente Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Decimos impropriadamente por que la inmunodeficiencia existe desde la fase previa a la

seroconversión. Sin tratamiento la enfermedad termina rápidamente en la muerte del paciente, una vez alcanzada la etapa de carga viral mayor de un millón de partículas de ácido ribonucleico (ARN) y linfocitos ayudantes (células CD4) menores de 50 mm³.

Si una persona adquiere la infección entre los 16 a 18 años de edad, la etapa asintomática dura entre nosotros 3 a 4 años, la fase sintomática 1-3 y el síndrome final entre algunos meses a un año. Por tanto, la mayoría de nuestros pacientes fallecen entre los 26 a 32 años de edad y en consecuencia muy pocos alcanzan la expectativa de vida general del habitante del Perú, a no ser que reciban tratamiento antiretroviral específico. Aún más, las mujeres fallecen después de cuatro años de enfermedad, curso acelerado probablemente por el desgaste inmunológico producido por el VIH, las infecciones oportunistas, la mala nutrición, las gestaciones repetidas y el estrés socioeconómico consecutivo a la desocupación o a la infección, muerte o abandono del marido⁴⁻⁸.

En los países desarrollados, el curso de la enfermedad ha sido modificado considerablemente por el tratamiento antiretroviral intensamente activo (highly active antiretroviral treatment o HAART), de tal forma que la infección se ha transformado en una afección crónica, mientras se mantenga el tratamiento y éste siga siendo eficaz⁹. Los pacientes viven 20 o más años después de la seroconversión y pueden volver a sus actividades laborales, recreacionales y deportivas. Muchos están ahora en la quinta y sexta décadas de la vida, en Europa y en Estados Unidos de América.

Hasta hace pocos años era excepcional comprobar en nuestro ambiente pacientes de edad avanzada infectados con el VIH. Paulatinamente el cuadro demográfico ha ido cambiando, hasta llegar a involucrar pacientes de ambos sexos en la sexta, séptima u octava décadas de la vida infectados con dicho virus. Este último hallazgo nos impulsó a investigar las características somáticas, psicológicas y sociales de los enfermos mayores de 50 años infectados con el VIH.

MÉTODO

El Hospital Dos de Mayo recibe enfermos carentes de seguridad social, tanto de la zona metropolitana como de los conos sur de la ciudad de Lima, así como de las diversas provincias del Perú. Nosotros comenzamos a entrevistar pacientes infectados con el VIH desde 1987. Estos enfermos estaban inicialmente internados en las salas de medicina o de cirugía del nosocomio. En 1991 se estableció en el Hospital una sección dedicada a las infecciones que se denominó "Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales (SEIT)".

Desde el comienzo de las actividades del SEIT se recibieron progresivamente pacien-

tes infectados con el VIH, ocho en 1991 y setecientosuno en el año 2000, aparte de enfermos afectados con otras infecciones (virales, bacterianas, micóticas y parasitarias). Nosotros entrevistamos diariamente tanto a los pacientes referidos al SEIT como a los enfermos diagnosticados en otros servicios del hospital, así como aquellos enfermos referidos de otras instituciones.

En 1996 el Ministerio de Salud estableció en el Hospital una sección del Programa de Prevención y Tratamiento de las Enfermedades de Transmisión Sexual (PROCETTS) instalado como anexo al SEIT, donde colaboramos cotidianamente en la consejería pre y post, así como con el tratamiento psicológico y neuropsiquiátrico de los pacientes y de sus familiares.

Las entrevistas se realizaban en un ambiente cerrado, unipersonal y habitualmente se complementaba la información con datos proporcionados por el personal profesional (médicos, enfermeras, asistentes sociales), e informes proporcionados por los familiares, amigos o la policía.

Cuando era necesario las entrevistas psicológicas se complementaban con pruebas psicológicas, examen neurológico, evaluación psiquiátrica, informe social y escalas de medición psicométrica.

El examen somático era realizado por los médicos infectólogos del servicio. La evaluación del estado clínico del paciente, en relación a la infección VIH, se hacía de acuerdo a la clasificación del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CCD) en nueve categorías clínicas (Tabla 3). El examen neurológico era practicado por uno de nosotros (FRJ) de acuerdo a normas internacionales¹⁰.

El examen neurocognoscitivo comprendía inicialmente la prueba minimal de Folstein, complementado cuando era necesario con las pruebas verbales y ejecutivas de la batería de Wechsler-Bellevue para adultos y otras pruebas en relación con el problema clínico¹¹.

La evaluación de la personalidad se determinaba mediante un cuestionario semiestructurado, elaborado de acuerdo a las normas del Manual Diagnóstico y Estadístico para los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana¹².

Generalmente era necesario entrevistar varias veces a los enfermos. Inicialmente casi todos ellos rechazaban el diagnóstico serológico, a pesar de tener sintomatología altamente sugestiva de infección por el VIH relativamente avanzada; por lo cual debía conducirse la anamnesis con tacto y paciencia.

El seguimiento de los enfermos era la norma de esta investigación, realizándolo durante meses o años, hasta el fallecimiento del paciente o la pérdida del sujeto. Prestamos especial interés a los familiares, tanto en las etapas de inmunodeficiencia severa como en las fases terminales de la enfermedad, dándoles apoyo emocional y asistencia psicológica durante el fallecimiento y en el período de duelo.

A parte de las anotaciones hechas en la historia clínica hospitalaria nosotros llevamos un registro diario e independiente de todas las intervenciones hechas a los pacientes, incluyendo las complicaciones neurológicas (Tabla 3).

RESULTADOS

En catorce años de investigación (1987 - 2000) hemos entrevistado personalmente a

3439 pacientes (2747 de sexo masculino y 692 de sexo femenino). En la tabla 4 se puede apreciar la rápida extensión de la epidemia año tras año. A pesar del número considerable de fallecimientos podemos decir, de acuerdo con nuestra experiencia en el Hospital Dos de Mayo, que la epidemia de infección con el VIH lejos de estar controlada aumenta en los últimos cinco años.

En los 2747 varones examinados (Tabla 5) el 65% eran heterosexuales, el 58% vendedores ambulantes, el 52% tenían instrucción primaria, el 74% eran casados, convivientes, separados o viudos, el 68% procedían de los barriadas ("Pueblos Jóvenes"), el 98% eran peruanos, el 95% tenían rasgos o trastornos de personalidad y el 59% estaban en inmunodeficiencia severa.

Con referencia a las 692 mujeres infectadas con el VIH examinadas en el Hospital Dos de Mayo (Tabla 6) el 98% eran heterosexuales, el 66.5% amas de casa o vendedoras ambulantes, el 20% eran analfabetas o tenían instrucción primaria, pero el 35% habían completado la instrucción secundaria, el 25% tenían instrucción técnica o eran profesionales, el 73% eran convivientes o casadas, el 68% procedían de las barriadas ("Pueblos Jóvenes"), el 100% eran peruanas, el 89% católicas, el 47% tenían rasgos anormales o trastornos de la personalidad y el 75.5% estaban en etapa de inmunodeficiencia severa al ser examinadas por primera vez.

A partir del año 1992 comenzamos a observar pacientes infectados con el VIH mayores de 50 años: 3 varones entre 50 a 60 años y uno entre 61 a 70, así como 2 mujeres entre 50 a 60 años. La observación de la tabla 7 nos permite notar el aumento progresivo, año tras año, de varones mayores infectados con el VIH hasta alcanzar la cifra de

38 en el año 2000. En cambio, el número de mujeres mayores de 50 años, varía de año en año, siendo mayor la incidencia en los años 1998, 1999 y 2000.

Los datos personales de los pacientes preseniles y seniles infectados con el VIH (Tabla 8) nos revelan que el 95.9% de los hombres y el 100% de las mujeres eran heterosexuales; el 82.9% eran ambulantes o empleados, mientras que el 62.5 % de las mujeres eran trabajadoras sexuales, ambulantes o empleadas de oficina; el 73.1 % de los hombres tenían instrucción primaria o secundaria, en oposición al 86.9 % de las mujeres que tenían educación elemental o secundaria. Llama poderosamente la atención que 23 varones eran profesionales o técnicos es decir se habían graduado en alguna universidad o instituto superior, superando los 13 años de educación. En cuanto al estado civil el 71.5% eran separados o viudos.

En relación a las mujeres, el 58.3% eran convivientes o casadas, pero el 41.6% eran divorciadas o viudas. Todos los pacientes mayores eran peruanos, el 76.6 % de los hombres tenían rasgos anormales o trastornos de personalidad; mientras que en las mujeres esto ocurría en el 62.5% de los casos. Con respecto al estado clínico de la infección el 52.4% de los hombres y el 43.7% de las mujeres estaban en inmunodeficiencia severa en el momento en que fueron entrevistados por los autores.

Conociendo la historia natural de la infección por el VIH en el Perú, es evidente que estas personas mayores contrajeron la infección pocos años antes de haberse detectado la seroconversión. Ellos generalmente acudían al hospital por enfermedades gastrointestinales o respiratorias. La exploración revelaba diversas comorbilidades y un

porcentaje importante se hallaba en inmunodeficiencia severa al ser referidos al hospital.

Algunos varones fueron sometidos a la prueba de ELISA para el VIH durante el preoperatorio del adenoma prostático o de otros problemas quirúrgicos. En cambio las mujeres pre seniles eran admitidas por marcado adelgazamiento, tos persistente o diarreas crónicas o recidivantes.

El perfil psicológico de los hombres mostraba a un grupo de individuos con defectos de carácter, viudos o separados de sus esposas o convivientes, todos heterosexuales y muy reticentes para suministrar información acerca de sus actividades genésicas debido a los prejuicios existentes acerca de la vida sexual del anciano, tanto entre el público en general como en los mismos pacientes¹³. El vulgo supone que las personas mayores no tienen ni deben tener relaciones sexuales y ellos mismos consideran vergonzoso e inapropiado hablar de sus actividades eróticas. Por esos motivos era difícil obtener datos acerca de su vida íntima. Al principio negaban haber tenido en años recientes actividad sexual. Sólo después de varias entrevistas, una vez logrado establecer cierta confianza (o rapport) con el sujeto, éste accedía a darnos la información solicitada.

En general los varones habían enviudado o se habían separado del cónyuge o de la pareja estable años antes de haber contraído la infección VIH. Después de un período de duelo, o de depresión menor, desencadenado por la separación, estos hombres recurrían a mujeres jóvenes (trabajadoras sexuales, adolescentes, consumidoras de drogas, vecinas o empleadas domésticas) con las cuales se unían sin usar preservativo, pues nunca lo habían empleado antes y a su criterio la nue-

va pareja parecía estar completamente sana. Para conseguir estas compañeras les era necesario concurrir a reuniones religiosas o sociales (polladas, fiestas familiares, patronales o comunitarias) y ocasionalmente a centros de baile, donde se bebía alcohol y se fumaba tabaco, pasta de cocaína o marihuana.

A pesar de que estos hombres tenían un grado de instrucción aceptable, ninguno recibió lecciones de educación sexual ni de prevención contra las enfermedades transmitidas sexualmente. No obstante de tener ocho o mas años de educación y de haber podido mantener a una familia, estos pacientes cuando llegaron a nuestra consulta habían descendido en la escala social, se hallaban en la clase socioeconómica V o VI de la escala modificada de Hollinshead-Redlich¹⁴, es decir estaban desocupados por cesantía o por enfermedad y habían perdido la seguridad social por falta de pago. Como era natural muchos de estos hombres tenían comorbilidad con afecciones somáticas (insuficiencia coronaria, hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipertrofia prostática, aterosclerosis y tuberculosis). Psicológicamente comprobamos frecuentes trastornos generalmente de menor severidad, asociados con déficit cognoscitivo ocasionado por la patología orgánica prenil o por la infección cerebral con el VIH¹⁵. Los rasgos patológicos de la personalidad correspondían a las variedades disocial, paranoide, evasiva o anancástica.

Puede servir de ejemplo un hombre de 73 años de edad, dueño de un pequeño restorán, fumador excesivo (100 cigarrillos diarios), bebedor frecuente, casado con tres hijas, sexualmente promiscuo, separado de la esposa para convivir con la cajera del restorán. Hace 20 años desarrolló cáncer laríngeo, sometido a resección radical, rechazó terminantemente la rehabilitación de la

afonía. La conviviente al comprobar el mutismo del paciente lo echó de la casa. El se fue a vivir con una hija mayor casada y residente en un pueblo joven. Cada 4 a 5 semanas el paciente desaparecía de la casa desde la mañana y volvía en la noche con un apetito voraz. La hija preguntaba donde había estado y él indicaba que visitaba a las hijas menores. Ella se admiraba de la indiferencia de sus hermanas, manteniendo al padre en ayunas durante las 9 o 10 horas diarias de visitas. Finalmente comprobó que el enfermo en realidad no acudía en esos días a la casa de las otras hijas sino mas bien concurría a prostíbulos, donde mantenía relaciones con las pupilas a cambio de generosa contribución económica. Al interrogarlo inicialmente el paciente negó haber mantenido actividad sexual después de haberse separado de la conviviente. Finalmente ante la positividad de la prueba de ELISA para el VIH y la presencia de múltiples abscesos cerebrales comprobados con tomografía computarizada, admitió las escapadas mensuales al lenocinio, donde había practicado el acto sexual sin usar preservativo.

Entre las mujeres de edad avanzada examinadas por nosotros, las historias eran algo diferentes. Todas eran heterosexuales y habían comenzado la actividad sexual entre los 13 a 15 años de edad, generalmente con un enamorado o un familiar. La mayor parte de ellas habían tenido una o varias parejas, antes o después de mantener una relación estable por matrimonio o convivencia. Después de enviudar o de separarse de la pareja, pasaba algún tiempo y luego mantenían relaciones sexuales con vecinos, compadres, parientes o amigos, sin usar condon pues nunca lo habían empleado y con la convicción de no existir riesgo de embarazo por su edad. Excepcionalmente algunas tenían considerable apetito sexual, aún después de la meno-

pausia, obligándolas a mantener promiscua actividad genital con diversos varones, menores que ellas o de edad similar, constituyendo esta conducta serios problemas para la familia o para las comunidades donde ellas residían.

Se puede mencionar el caso de una mujer de 66 años de edad, quien admitía tener necesidad periódica de actividad sexual y la practicaba con los pensionistas del albergue donde ella estaba alojada. Otra paciente, de 56 años de edad trabajaba como lavandera durante el día, en las noches salía a la calle durante algunas horas para dedicarse a la actividad sexual con extraños, a pesar de estar casada y de no tener necesidades económicas apremiantes.

El abandono por parte del conviviente o del esposo, tan común en esta clase social, sumieron a la mujer en la pobreza, tanto mayor cuantos más hijos tenía que mantener, impidiéndole pagar las aportaciones al Seguro Social en los raros casos en los cuales había gozado de ese beneficio. La mayor parte se veían obligadas a trabajar como empleadas domésticas, lavanderas o vendedoras ambulantes, en el caso de no conseguir un hombre que las mantuviera parcial o totalmente.

La comorbilidad física era semejante a la encontrada en los varones, predominando la tuberculosis, desnutrición, anemia e infecciones intestinales y genitourinarias. Psicológicamente predominaban los estados de fatiga crónica, depresión, ansiedad y los síndromes de estrés post-traumático.

En cuanto a los rasgos de personalidad destacaban las manifestaciones de inestabilidad, dependencia, evasividad, histrionismo y disociabilidad.

Al entrevistar a éstas mujeres mayores de 50 años, ellas también frecuentemente negaban haber tenido relaciones sexuales después de la separación o de la viudez, para luego admitirlas aduciendo las necesidades de compañía, protección o aporte económico para poder sobrevivir. Raras veces contaban con auxilio monetario de los hijos o hijas, pues éstos habían formado sus propios hogares y tenían urgentes necesidades en sus nuevas familias.

Algunas mujeres combinaban el trabajo en el hogar con el meretricio clandestino, continuando con ésta última forma de comportamiento hasta avanzada edad o cuando ya no resultaba rentable.

DISCUSIÓN

Esta investigación ha demostrado que a pesar de que muchos pacientes infectados con el VIH mueren antes de los 40 años de edad, existe un grupo de personas que se infectan tardíamente y muestran los síntomas y signos de la enfermedad después de los 50 años de edad. Al ser examinados éstos últimos pacientes se encuentran en fases avanzadas de la infección, es decir en las categorías B2, B3 o C2 C3 de la clasificación revisada del CCPD (Tabla 2). Siguiendo dichos criterios, pensamos que en la actualidad debe abandonarse el concepto de SIDA pues todos los enfermos, aún antes de la seroconversión, tienen algún grado de inmunodeficiencia, el cual va agravándose paulatinamente hasta llegar a la categoría C3 en los adultos o a la etapa severamente sintomática en los niños.

En las categorías C1- C3 muchos pacientes exhiben complicaciones neurológicas (Tabla 3). Frecuentemente la familia y algunos médicos interpretan los signos de las perturbaciones focales o globales del sistema ner-

vioso, como si se tratara de manifestaciones depresivas o somatomorfas. Estos errores a veces llevan a graves dilaciones en el tratamiento de los enfermos. Por tanto, debemos advertir aquí acerca de la necesidad de practicar un examen neurológico completo a cada paciente infectado con el VIH, sobre todo si esta en las fases sintomáticas o avanzadas de la enfermedad.

Quizá sorprenda que consideramos en edad avanzada a las personas de más de 50 años. Esto se debe a que la expectativa de vida del habitante del Perú es a los 55 años (Tabla 1) y a que el envejecimiento comienza en los seres humanos aproximadamente a los 30 años de edad. Desde esa edad principian a decaer casi todas las funciones excepto las hepáticas y el volumen pulmonar¹⁶⁻¹⁷. Estas deficiencias van acentuándose gradualmente con el transcurrir del tiempo y durante muchos años no perturban, pero sí se hacen críticas durante las etapas de estrés. Por otra parte las enfermedades son las causas determinantes de la pérdida funcional en la edad avanzada. Muchos defectos atribuidos a la vejez dependen más bien del estilo de vida, el comportamiento, la dieta, el medio ambiente y la falta de ejercicio¹⁸.

Estas son algunas de las razones por las cuales la expectativa de vida de los pueblos varía considerablemente en cada década. Así por ejemplo, en 1999 el Japón obtuvo la mejor expectativa de vida sana desde el nacimiento hasta los 74.5 años de edad. El Perú ocupó el puesto 105 entre 191 países, por debajo de Cuba, Chile, Uruguay, Argentina, Costa Rica, Panamá, Venezuela, México, Colombia, República Dominicana, El Salvador, Honduras, Ecuador y los Estados del Caribe y estuvo naturalmente muy por debajo de los países desarrollados (Suecia, Alemania, Francia, Países Bajos, Estados Unidos de América)¹⁹.

Según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud en el Perú la expectativa de vida varía en cada departamento pero es alrededor de los 55 años para todo el país¹⁻². En consecuencia las personas de más de 50 años están en edad avanzada y muchas de ellas tienen perturbaciones importantes de la salud (siempre en sus aspectos físico y psicológico, pues es un anacronismo considerarlas por separado)²⁰.

Por otra parte la infección con el VIH reduce considerablemente la expectativa de vida, especialmente entre nosotros donde la mortalidad alcanza al 90% de los enfermos atendidos en los hospitales estatales, ya que muy pocos reciben en forma continua el tratamiento antiretroviral intensamente activo (HAART).

A pesar de todas las limitaciones señaladas, en nuestra experiencia un cierto número de personas infectadas con el VIH y mayores de 50 años, proseguían manteniendo relaciones sexuales con regularidad, confirmando el axioma de Resnick¹⁷ cuando dice: "no existe anemia, impotencia, depresión ni confusión del anciano".

Cuando los gerontes tienen esos problemas se deben a enfermedades asociadas y no a la vejez propiamente dicha. En nuestra serie, a pesar de sufrir afecciones diversas, estos pacientes mayores, infectados por el VIH, eran sexualmente activos, lo cual no es motivo de orgullo sino más bien una nota de alarma, pues no sólo los jóvenes son capaces de transmitir dicha infección a muchas otras personas.

Según Vaillant y Mukanal¹⁸ para llegar a una senectud sana se requiere superar una serie de variables, algunas pueden ser controladas por el individuo y otras son incon-

trolables. Entre las primeras están el abuso de alcohol, fumar tabaco, consumir drogas, estabilidad mental, ejercicio físico, hábitos de alimentación, educación y mecanismos de superación. La averiguación de estas variables entre nosotros reveló incapacidad de control de la mayor parte de ellas, especialmente las relacionadas al uso frecuente de alcohol y drogas, la propensión a padecer disturbios ansiosos, depresivos y disociales, la casi absoluta negligencia para realizar ejercicios físicos o controlar la masa corporal. Todas estas fallas ocurrían antes de contraer la infección por el VIH. La escasa educación, especialmente en los aspectos de sexualidad, así como la pobreza de mecanismos de adaptación psicológica frente al considerable estrés de la vida actual, rural o ciudadana en nuestro país, agravaban aún más la situación de las pacientes. Similares hallazgos han sido reportados en otros países, en situación social parecida a la nuestra ²¹⁻²⁹.

Es por tanto indiscutible que al extenderse la epidemia aparecen pacientes de edad avanzada infectados con el VIH. En nuestro país estos enfermos han adquirido la enfermedad tardíamente por contacto sexual con personas más jóvenes.

Nuestros hallazgos implican la urgente necesidad de implantar en el Perú programas preventivos contra las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el VIH, en particular, no sólo a los adultos y adolescentes, sino también a las personas mayores de 40 años en riesgo de adquirir dichas enfermedades (viudos, divorciados, separados, solterones, mujeres desocupadas y hombres solitarios). Estas personas mayores también han infectado a las jóvenes parejas ocasionales con las cuales han tenido actividad sexual.

La investigación ha revelado que están en riesgo los individuos de cualquier orientación

sexual (heterosexuales, bisexuales y homosexuales); los que pertenecen o han llegado a las clases sociales V o VI; los que tienen escasa instrucción; los separados, viudos o divorciados; aquellos que viven en las zonas marginales de las ciudades y los que poseen rasgos anormales o trastornos de la personalidad³⁰. Se ha comprobado que ni el estado civil (casados, convivientes), ni la instrucción superior ni la religión (católica o protestante) protegen eficientemente contra el contagio de la infección con el VIH. En consecuencia los programas preventivos deben ser dirigidos también hacia esos grupos de individuos.

Las tres estrategias recomendadas para los países en desarrollo: reducción del número de parejas, promoción del uso del condón y control de las ETS, encuentran considerable resistencia para poderse implementar en nuestro país: la mayor parte de varones peruanos son promíscuos; las mujeres generalmente son monógamas una vez que tienen pareja estable, pero a veces se ven obligadas a mantener actividad sexual por necesidad, abuso, violencia o coerción; los adolescentes de ambos sexos tienen alto índice de infección por las ETS y la educación sexual del adulto mayor es usualmente muy rudimentaria.

Debe haber por tanto una firme decisión política para implementar programas integrales de salud sexual y reproductiva en nuestras comunidades. Estos programas deben ser integrales, comprendiendo contracepción, consejería, cuidados de seguimiento, diagnóstico y tratamiento de las ETS y de las infecciones del tracto reproductivo.

En las escuelas no solo deben mencionarse las normas de prevención de las infecciones mencionadas, sino discutir extensamente, mediante casos reales, todos los problemas y aspectos de la actividad sexual.

Es necesario organizar también programas comunitarios para las mujeres en difícil situación (divorcio, separación, abandono, desocupación o enfermedad del marido), adiestrándolas en el aprendizaje de tareas remunerativas a breve plazo, brindándoles atención de salud y apoyo económico cuando sea necesario³⁰. Estas mujeres cuando se ven obligadas a practicar el sexo para sobrevivir contraen ETS/VIH y las transmiten a varones mayores en fortuitos encuentros, como lo hemos comprobado repetidamente.

Entre nosotros hay también grupos de hombres particularmente susceptibles de adquirir infecciones venéreas, tales como los choferes de camiones interprovinciales, choferes de ómnibus urbanos o choferes de taxis, los miembros de las fuerzas armadas y de la policía, los homosexuales, los residentes en las prisiones y los individuos vinculados con la industria del sexo. Estas personas desvinculadas breve o prolongadamente de sus hogares, practican ac-

tividad sexual promiscua o extraconyugal, adquieren ETS/VIH, las transmiten a sus parejas y éstas contagian a los clientes, amigos o amantes de edad madura. Para estos grupos también es necesario establecer programas de prevención y tratamiento de las ETS y del VIH.

Se cierra de esta manera el círculo vicioso: los adolescentes y adultos (hétero, bisexuales u homosexuales) contagian a sus parejas, éstas infectan a otros adultos (mujeres y hombres), la madres infectan a sus bebés. Se establece así la enfermedad familiar: padre, madre e hijos. Finalmente las personas adultas o los adolescentes, infectan a personas mayores, completándose así la epidemia, que abarca desde el recién nacido hasta el octogenario. Esta es la situación actual del Perú, uno de los países con mayor número de enfermos infectados con el VIH en el continente americano. Es por tanto urgente adoptar medidas para detener ésta epidemia que hasta ahora es incontenible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. La Salud en Las Americas. Washington, DC: Organización Sanitaria Panamericana; 1991.
2. Organización Mundial de la Salud. La Salud en Las Americas. Washington, DC: Organización Sanitaria Panamericana; 2000.
3. Beral V. Time from HIV seroconversion to AIDS and death before wide spread use of highly active antiretroviral therapy. *Lancet* 2000; 355: 1131-1137.
4. Jeri FR, Castañeda MA, Pérez JC, Lucho ML, Wong G, Ramírez J, Terán A, Quiñones M, Crovetto L. Infección con el VIH. Aspectos neurológicos observados en un hospital general. *Rev Med Peruana* 1993; 66: 16 - 20.
5. Lucho M, Jeri FR. Algunas manifestaciones psicológicas en la infección por el VIH. *Rev Neuropsiquiat* 1993; 56: 220 - 234.
6. Lucho M, Jeri FR. Psicopatología familiar en la infección por el VIH. *Rev Neuropsiquiat* 1995; 58: 54 - 70.
7. Lucho M, Buendía C, Jeri FR. Rasgos de personalidad en 112 mujeres infectadas con el VIH. *Rev Neuropsiquiat* 1997; 60: 32 - 44.
8. Lucho M, Jeri FR. Intervenciones psicológicas en la infección con el VIH. Experiencias con adultos en tres fases de la enfermedad. *Rev Med Peruana* 1997; 69: 34 -38.
9. Mc Daniel JS, Chung JY, Brown L. Practice Guidelines for the treatment of patients with HIV/AIDS. *Am J Psychiat* 2000; 157 (Suppl): 1 - 62.
10. Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Marsden CD. Diagnosis of Neurological Disease. En: *Neurology in Clinical*

- Practice. Boston: Butterworth - Heineman; 2000, pp 3-9.
11. Lezak MD. Neuropsychological Assessment. Oxford: Oxford University Press; 1983.
 12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
 13. Brawn C, Wutoh A, Jones T. Health beliefs and treatment practices of older HIV infected adults. XIII International AIDS Conference. Abstract D4606. Durban; 2000.
 14. Hollingshead AB, Redlich FC. Social class and mental illness. New York: Wiley; 1958.
 15. World Health Organization. Multiaxial presentation of the ICD-10 for use in adult psychiatry. Cambridge University Press; 1997.
 16. Besdine RW. Geriatric Medicine. En: The Merck Manual. New Jersey; 1999, pp. 2503 - 2509.
 17. Resnick NM. Geriatric Medicine. En: Harrison's Principles of Internal Medicine. New York: Mc Graw Hill; 2001, pp 36-46.
 18. Vaillant GE, Mukanal K. Successful aging. Am J Psychiatry 2001; 158: 839-847.
 19. Mathers CD, Sadana R, Salomon J. Health life expectancy in 191 countries. Lancet 2001; 367:1685-1691.
 20. Price BH, Adamns RD, Coyle JT. Neurology and Psychiatry. Closing the great divide. Neurol 2000; 54: 8-14.
 21. Aguilar S, Stower J, Nuñez CA. Epidemiology of AIDS in Guatemala. XIII International AIDS Conference. Abstract C2423. Durban; 2000.
 22. Cañas E, Jimenez F, Jurado R. Epidemiological and clinical changes in HIV/AIDS epidemic in the south of Spain. XIII International AIDS Conference. Abstract C23787. Durban; 2000.
 23. Meneses P, Miller W, Wohl D. Ten year review of demographics, insurance and clinical stage of HIV infected patients. XIII International AIDS Conference. Abstract C2389. Durban; 2000.
 24. Sasse A, Van Kersschaever G. Recent changes in AIDS incidence trend in Belgium: The part of late HIV diagnosis. XIII International AIDS Conference. Abstract C2385. Durban; 2000.
 25. Berchack ML. Low literacy skills continue to provide a challenge to the HIV care provider. XIII International AIDS Conference. Abstract D1512. Durban; 2000.
 26. Marte C, Molano F, Kaye JW. HIV testing in older women. XIII International AIDS Conference. Abstract B4735. Durban; 2000.
 27. Schensul J, Radda K, Weeks M. Network characteristics of older drug users and risk of HIV exposure. XIII International AIDS Conference. Abstract D5475. Durban; 2000.
 28. Rodríguez C, Barney M, Morales RJ. HIV risk assesment within the elderly population. XIII International AIDS Conference. Abstract C3440. Durban; 2000.
 29. D'Cruz-Grote D. Prevention of HIV infection in developing countries. Lancet 1996; 548: 1071-1074.
 30. Lucho M, Jeri FR. Personalidad en individuos infectados con el VIH. Estudio controlado en 612 enfermos residentes en áreas deprimidas de la ciudad de Lima. Rev Neuropsiquiat 2000; 63: 153 - 163.

TABLA 1
PERÚ
ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS) Y PORCENTAJE DE
DEFUNCIONES DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS
(ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD,
WASHINGTON, 1991)

DEPARTAMENTO	ESPERANZA DE VIDA AL NACER	% MORTAL. NIÑOS
Amazonas	52,7	56
Ancash	55,8	46
Apurímac	46,8	53
Arequipa	63,3	43
Ayacucho	47,5	51
Cajamarca	52,7	51
Callao	68,2	32
Cuzco	44,1	54
Huancavelica	43,9	69
Huanuco	50,6	57
Ica	63,6	51
Junín	57,2	56
La Libertad	62	42
Lambayeque	58,8	50
Lima	67,3	40
Loreto	55,8	52
Madre de Dios	53,4	75
Moquegua	61,5	61
Pasco	53,1	64
Piura	54,1	56
Puno	48,2	43
San Martín	56,9	55
Tacna	61	49
Tumbes	59,8	65
Ucayali	56,0	52

TABLA 2

**SISTEMA DE CLASIFICACIÓN REVISADA DE LA INFECCIÓN VIH
PARA ADOLESCENTES Y ADULTOS**

CATEGORÍAS CLÍNICAS

CATEGORÍA Cel CD4	A Asintomática Primaria Aguda	B Sintomática ni B ni C	C Inmunodeficiencia severa
> 500/mm ³	A 1	B 1	C 1
200 - 499/mm ³	A 2	B 2	C 2
< 200/mm ³	A 3	B 3	C 3

CATEGORÍAS CLÍNICAS DE NIÑOS INFECTADOS CON EL VIH

N	A	B	C
Asintomática	Levemente Sintomática	Moderadamente Sintomática	Severamente Sintomática

TABLA 3
ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS EN PACIENTES
INFECTADOS CON EL VIH

INFECCIONES OPORTUNISTAS

- Toxoplasmosis
- Criptococosis
- Leucoencefopatía Multifocal Progresiva
- Citomegalovirus
- Neurosífilis
- Micobacterium tuberculosiso
- Infección virus HTVL-1

NEOPLASIAS

- Linfoma primario del cerebro
- Sarcoma de Kaposi

INFECCIÓN DIRECTA DE VIH

- Meningitis Aséptica
- Encefalopatía VIH
- Mielopatías
 - Vacuolar
 - Ataxia sensorial pura
 - Parestesias – disestesias

NEUROPATÍAS PERIFÉRICAS

- Polineuropatía desmielinizante aguda (GB)
- Polineuropatía desmielinizante crónica (PDC)
- Mononeuritis múltiple
- Polineuropatía distal simétrica

MIOPATÍAS

TABLA 4

**PACIENTES INFECTADOS CON EL VIH ATENDIDOS EN LOS
SERVICIOS DE MEDICINA, CIRUGÍA E INFECCIONES
(HOSPITAL DOS DE MAYO, 1987 - 2000)**

AÑO	HOMBRES	MUJERES	SUBTOTAL
1987	8	0	8
1988	5	2	7
1989	37	4	41
1990	49	6	55
1991	118	10	128
1992	185	12	197
1993	181	18	199
1994	186	32	218
1995	214	36	250
1996	221	70	291
1997	333	90	423
1998	335	112	447
1999	347	127	474
2000	528	173	701
	2747	692	3439

TABLA 5

**HOMBRES MAYORES DE 50 AÑOS INFECTADOS CON EL VIH
(HOSPITAL DOS DE MAYO, 1992 - 2000)**

AÑO	EIDADES				SUBTOTAL
	50-60	61-70	71-80	>80	
1992	3	1	---	---	4
1993	2	---	---	---	2
1994	---	1	---	---	1
1995	4	1	---	---	5
1996	6	1	---	---	7
1997	7	1	---	---	8
1998	16	12	---	---	28
1999	20	10	---	---	30
2000	16	16	4	2	38
	74	43	4	2	123

**MUJERES MAYORES DE 50 AÑOS INFECTADAS
CON EL VIH (HOSPITAL DOS DE MAYO, 1992 - 2000)**

PACIENTES

AÑO	PACIENTES		SUBTOTAL
	OBSERVACIONES Y DECADAS		
1992	2 (50 - 60)	---	2
1994	1 (50 - 60)	---	1
1995	2 (50 - 60)	---	2
1996	1 (50 - 60)	---	1
1997	1 (50 - 60)	---	1
1998	4 (50 - 60)	1 (61 - 70)	5
1999	4 (50 - 60)	3 (61 - 70)	7
2000	2 (50 - 60)	3 (61 - 70)	5
	17	7	24

TABLA 6

**DATOS PERSONALES DE 692 MUJERES INFECTADAS
CON EL VIH (HOSPITAL DOS DE MAYO, 1987 - 2000)**

	Nº	%		Nº	%
ORIENTACIÓN			PROCEDENCIA		
Heterosexual	678	98	P. Joven	470	68
Bisexual	14	2	L. Metropolitana	166	24
OCUPACIÓN			Provincia	56	8
Ama de casa	290	42	NACIONALIDAD		
Ambulante	166	24	Peruana	692	100
Obrera	103	15	RELIGIÓN		
Doméstica	56	8	Católica	615	89
Trab. Sexual.	42	6	Protestante	77	11
Profesionales	35	5	RAZA		
INSTRUCCIÓN			Mestiza	539	78
Analfabetas	55	8	Blanca	110	16
Primaria	221	12	Negra	43	6
Secundaria	292	35	PERSONALIDAD		
Técnica	89	13	Rasgos	179	26
Profesional	85	12	Trastornos	145	21
ESTADO CIVIL			Sin Alt.	368	53
Solteras	48	7	CATEGORÍA CLÍNICA		
Conviviente	262	38	Asintomática (A)	41	5.9
Casadas	242	35	Sintomática (B)	128	18.4
Separadas	83	12	Inmunodef. Sev.(C)	523	75.5
Viudas	57	8			

TABLA 7

**DATOS PERSONALES DE 2747 VARONES INFECTADOS CON EL
VIH (HOSPITAL DOS DE MAYO, 1992 - 2000)**

	Nº	%		Nº	%
ORIENTACIÓN			PROCEDENCIA		
Heterosexuales	1786	65	Prisión	54	2
Bisexuales	549	20	P. Joven	1867	68
Homosexuales	412	15	L. Metropolitana	686	25
OCUPACIÓN			Provincia	85	3
Trab. Sexuales	82	3	Extranjeros	55	2
Desocupados	109	4	NACIONALIDAD		
Ambulantes -	1593	58	Peruano	2692	98
Obreros			Extranjeros	55	2
Empleados -	687	25	RELIGIÓN		
Comerc.			Católicos	2354	87
Profesionales	276	10	Protestantes	358	13
INSTRUCCIÓN			RAZA		
Analfabetos	219	8	Mestiza	2444	89
Primaria	1428	52	Blanca	137	5
Secundaria	824	30	Negra	84	3
Técnica	166	6	Oriental	82	3
Universitaria	110	4	PERSONALIDAD		
ESTADO CIVIL			Rasgos	1400	51
Solteros	714	26	Trastornos	1153	42
Conviviente	659	24	Sin Alteraciones	194	7
Casados	577	21	CATEGORÍA CLÍNICA		
Divorciados	412	15	Asintomática (A)	180	6.5
Separados			Sintomática (B)	944	34.3
Viudos	385	14	Inmunodef. Sev.(C)	1623	59

TABLA 8

**DATOS PERSONALES DE 147 PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS
INFECTADOS CON EL VIH (HOSPITAL DOS DE MAYO, 1992 - 2000)**

	123 H	24 M		123 H	24 M
ORIENTACIÓN			PROCEDENCIA		
Heterosexual	118	24	P. Joven	63	18
Bisexual	5	---	Z. Metropolitana	60	5
OCUPACIÓN			NACIONALIDAD		
Trab. Sexual.	---	5	Peruana	123	24
Desocupado	6	6	RELIGIÓN		
Ambulante	48	8	Católica	82	15
Empleado	54	4	Protestante	41	8
Profesionales	15	1	RAZA		
INSTRUCCIÓN			Mestiza	98	16
Analfabetos	4	3	Blanca	15	5
Primaria	56	8	Negra	10	3
Secundaria	40	12	PERSONALIDAD		
Técnica	15	---	Rasgos	60	10
Profesional	8	---	Trastornos	35	5
ESTADO CIVIL			Sin Alteraciones	28	8
Solteros	7	---	CATEGORÍA CLÍNICA		
Convivientes	67	5	Asintomática (A)	5	3
Casados	21	9	Sintomática (B)	53	11
Divorciados	15	4	Deficiencia Severa (C)	65	10
Viudos	13	6			