

ABUSO Y ADICCIÓN A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN PACIENTES INFECTADOS CON EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

Por MEDALIT L. LUCHO,* y F. RAÚL JERÍ**

RESUMEN

Objetivo. A partir de 1985 la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se ha extendido por gran parte del territorio del Perú. Muchos factores contribuyen a la diseminación de la epidemia, tales como la ignorancia, la promiscuidad, el hacinamiento, la pobreza, la desocupación, las migraciones, las emigraciones y repatriaciones, los trastornos somáticos y psicológicos, así como el abuso y la dependencia a sustancias psicoactivas. En este trabajo hemos estudiado el influjo de la drogadicción en un grupo considerable de pacientes, tanto como factor predisponente para adquirir la enfermedad, como mecanismo para acelerar el curso hacia las etapas terminales.

Método. Se han estudiado prospectivamente 6475 pacientes infectados con el VIH, durante un período de 16 años, examinados personalmente por los autores mediante entrevista psicológica, consejería pre y post-test, examen neuropsiquiátrico y tests neuropsicológicos, escalas de personalidad y estudios radiológicos, electrofisiológicos e histológicos. Durante la elaboración de la historia se averiguaba el consumo de sustancias psicoactivas, tanto al paciente como a los familiares y allegados. Periódicamente se realizaba el seguimiento de los enfermos, mediante sucesivas consultas, visitas domiciliarias e interrogatorio a los parientes.

Resultados. El diagnóstico de pacientes infestados por el VIH fue hecho clínicamente y confirmado mediante las pruebas de ELISA y de Western-Blot. Al ser entrevistados por primera vez el 0.5% de los enfermos estaban en etapa asintomática, el 19.8% en etapa sintomática y el 74.2% en la categoría de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). A parte del uso recreacional u ocasional de alcohol y drogas, común en este grupo de pacientes, el consumo excesivo de sustancias psicoactivas era muy elevado en más del tercio de los enfermos, a saber: alcohol 24%, pasta de cocaína 9%, clorhidrato de cocaína 4.6%, cannabis 2.7%, inhalantes 1.9%, sedantes 0.7%, tabaco 0.6%, estimulantes 0.4% y heroína 0.1%. Estas cifras son mucho más altas que las obtenidas en investigaciones hechas en la población general del Perú y en otros países.

* B.Ps. Licenciada en Psicología. Psicóloga del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales, Hospital Nacional Dos de Mayo.

** Dr. Med. Consultor Honorario en Neuropsiquiatría. Hospital Nacional Dos de Mayo.

Conclusiones. La epidemia de infección por el VIH sigue extendiéndose en el Perú y por tanto no se ha logrado el control de la enfermedad. El diagnóstico se hace generalmente en fase avanzada de la infección. En nuestra experiencia más del 70% de los pacientes llegan al hospital en la etapa de SIDA. El uso excesivo o adictivo de sustancias psicoactivas predispuso al desarrollo de la infección en 2888 individuos de esta serie. El abuso de drogas, por otra parte, aceleró la evolución hacia las fases avanzadas de la enfermedad y produjo considerables problemas para la adherencia al tratamiento.

ABUSE AND ADDICTION TO PSYCHOACTIVES SUBSTANCES IN PATIENTS INFECTED WITH THE HIV VIRUS

ABSTRACT

Objective. Since the year 1985 the HIV infection continues to expand over the whole territory of Perú. Many factors contribute to the dissemination of the epidemic, such as ignorance, poverty, unemployment, migrations and repatriations, somatic and psychological disorders, as well as abuse and dependence of psychoactive substances. In this work we have studied the influence of drug addiction in a considerable group of patients both as a predisponent factor to acquire the illness and as a mechanism to accelerate the course of the disease towards the terminal phases.

Method. 6475 patients infected with of the HIV have been studied prospectively during 16 years. All of them were personally examined by the authors through psychological interviews, pre and post testing counselling, neuropsychiatric examination, neuropsychological tests, personality scales and radiological studies. During history taking special emphasis was dedicated to the ingestion of psychoactive substances, questioning not only the patient but also the relatives and other informers. The follow up of the patients was done periodically through repeated consultations, home visits and questionnaires to the family members.

Results. The diagnosis of the HIV infection was done clinically and confirmed by the ELISA and Western-Blot tests. When interviewed initially 0.5% of the patients were asymptomatic, 19.8% symptomatic and 74.2% were in the immunodeficiency category (AIDS). Apart from recreational or occasional use of alcohol and drugs, common in this group of patients, the excessive use of psychoactive substances was very considerable in more than a third of them: alcohol 24%, cocaine paste 9%, cocaine hydrochloride 4.6%, cannabis 7%, inhalants 1.9%, sedatives 0.7%, tobacco 0.6%, stimulants 0.4% and heroin 0.1%. These figures are much higher than previous epidemiological investigations done in the general population of Perú.

Conclusions. The HIV epidemic continues to invade the rural and main towns of Perú. Up to the present the disease has not been controlled. Due to several factors diagnosis generally is done very late; in our experience more than 70% of the patients arrive to the hospital in the AIDS phase of the disease. Excessive use (abuse and addiction) of psychoactive substances predisposed to the acquisition of the infection in 2888 individuals in

this series. Drug dependence also accelerated the course of the illness to advanced stages and produced considerable problems with adherence to treatment.

PALABRAS-CLAVE : Inmunodeficiencia adquirida, SIDA, VIH, drogación, personalidad.

KEY WORDS : Acquired human immunodeficiency, AIDS, HIV, drug dependence, personality.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud el Perú ocupa el lugar 105 en una clasificación general de salud que va del 1 al 191. Es decir, que de cada 1000 niños nacidos vivos, 53 varones y 48 mujeres fallecen antes de llegar a la edad adulta. La expectativa de vida sana al nacer es de 58 años para los varones y de 60 años para las mujeres, con mucha razón se nos clasifica como un país en conflicto.¹

Las condiciones económicas de los habitantes de las provincias obligan a una migración interna hacia las ciudades, a tal punto que en la actualidad el 70% de la población peruana reside en las urbes. Lima concentra la mayor migración desde las zonas rurales y ciudades menores, aproximándose su población a 8 millones de habitantes. En los últimos 20 años cerca de tres millones de personas han emigrado a otros países en busca de mejores condiciones de vida. Sin embargo, un número importante retornan a Lima por enfermedad o por haber sido expulsados de otras naciones debido a su condición de inmigrantes ilegales o de ser considerados como delincuentes. Este crecimiento de la ciudad es considerable en los barrios populosos debido a la desintegración de los hogares y a la promiscuidad de hombres y mujeres: el hombre abandona a la mujer y a los hijos, luego forma otro hogar. La mujer debe aceptar otro conviviente para sobrevivir y además tiene otros hijos con el nuevo compromiso.

El Hospital Dos de Mayo sirve a un sector importante de la ciudad constituido por los Barrios Altos y otros sectores del Sur Oeste de la zona, atendiendo a pacientes que no tienen seguro particular ni estatal o que han perdido la seguridad social por falta de pago o por enfermedad.

El Hospital Dos de Mayo cuenta con 687 camas, atendiendo enfermos de ambos sexos y de todas las edades, los cuales suman anualmente 239151 consultas externas, 49830 atenciones en emergencia, 14352 egresos y se practican alrededor de 7000 intervenciones anuales de cirugía mayor.²

En la actualidad atendemos pacientes de ambos sexos, desde recién nacidos hasta nonagenarios, en todas las especialidades médicas y quirúrgicas de la profesión complementando estos servicios con psicología, enfermería, asistencia social y diversas tecnologías.

En el servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales, donde realizamos la mayor parte de nuestra labor, se encuentran muchos enfermos infectado con el VIH, procedentes de otros servicios del hospital y de otros centros de salud, ya sea de la ciudad de Lima o de otras ciudades y zonas rurales del país. (Tablas I y II)

Ante una enfermedad hasta ahora incurable, como es la infección por el VIH, la medida fundamental de control es la prevención. Sin embargo, los procedimientos profilácticos empleados hasta el momento

TABLA I

Categoría clínica C de la infección VIH
Candidiasis de bronquios, traquea o pulmones
Candidiasis esofágica
Cáncer cervical invasivo
Coccidioido micosis, diseminada o extra pulmonar
Criptococosis, extrapulmonar
Criptosporidiosis crónica intestinal (>un mes de duración)
Enfermedad citomegálica (excluyendo hígado, bazo o ganglios linfáticos)
Retinitis por virus citomegálico
Encefalopatía relacionada con el VIH
Herpes simple; úlceras crónicas(>un mes de duración, bronquitis, neumonía o esofagitis)
Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar
Isosporiasis crónica intestinal (>un mes de duración)
Sarcoma de Kaposi
Linfoma Burkitt (o término equivalente)
Complejo de Mycobacterium avium o Kansasi (diseminado o extrapulmonar)
Tuberculosis (pulmonar o extrapulmonar)
Neumonía por pneumocystis carinii
Neumonía recurrente
Leucoencefalopatía multifocal progresiva
Toxoplasmosis cerebral
Síndrome consuntivo debido al VIH o síndrome catabólico

TABLA II

Características de 6475 pacientes infectados con VIH examinados en el Hospital Nacional Dos de Mayo (1987-2003)					
Sexo	N	%	Estado Civil	N	%
Masculino	4655	71.8	Solteros	3017	46.5
Femenino	1820	28.1	Convivientes	1911	29.5
			Separados	735	11.3
Edades (años)			Casados	616	9.5
0 - 10	35	0.5	Viudos	196	3.0
11 - 20	259	4.0			
21 - 30	2282	35.2	Religión		
31 - 40	2499	38.5	Católica	6146	94.0
41 - 50	931	14.3	Cristiana	217	3.3
51 - 60	287	4.4	Otras	77	1.1
61 - 70	140	2.1	Ninguna	35	0.5
71 - 80	28	0.4			
81 - 90	14	0.2			
Instrucción			Raza		
Analfabetos	735	11.3	Mestiza	6251	96.5
Primaria	1799	27.7	Negra	98	1.5
Secundaria	3185	49.1	Blanca	84	1.2
Superior	756	11.6	Oriental	42	0.6

actual en el Perú no han dado resultados satisfactorios. Nuestra experiencia demuestra cada día un mayor número de casos nuevos de personas infectadas con dicho virus. Era necesario, por tanto, estudiar cuáles son las causas de este alarmante incremento de individuos infectados. En trabajos anteriores hemos investigado las reacciones psicológicas de los pacientes ante la enfermedad, la psicopatología de los familiares de los enfermos, así como los rasgos y trastornos de la personalidad observados en los pacientes de ambo sexos, incluyendo las alteraciones de conducta prevalentes en adolescentes, adultos y ancianos, susceptibles de conducirlos a comportamientos riesgosos para adquirir la infección con el VIH.

Por otra parte, hemos comprobado incidencia mucho más alta de infección en las áreas depauperadas de las ciudades, debido a la mayor concentración de psicopatología en dichas zonas, ya sea porque existía originalmente mayor número de personas con trastornos psicológicos (alienados y desadaptados) o porque habían emigrado procedentes de otras áreas. Todos estos factores tienen trascendencia en la extensión de la epidemia. También tiene cierto rol etiológico el abuso de drogas. Al respecto hemos encontrado dos grupos de personas en los estratos más opuestos de nuestra sociedad. El primero está constituido por individuos de nivel económico alto, quienes se divierten bebiendo alcohol y modificando los efectos embriagantes de la bebida mediante estimulantes, usualmente inhalando clorhidrato de cocaína. Muchas de estas personas pasan del uso recreacional al abuso y algunas a la dependencia, con las graves consecuencias sociales, familiares, profesionales y sanitarias descritas hace más de cien años. Estas personas cuando buscan ayuda o las obligan los parientes, se atienden en clínicas o consultorios particulares.

El otro grupo está constituido por personas de escasos recursos, carentes de seguridad social, obligados a vivir en áreas periféricas de las ciudades, donde son comunes la desnutrición, la quiebra de los hogares, así como el descuido y el abandono de los niños. En estas zonas abundan las enfermedades infecciosas, la criminalidad y la prostitución, al Hospital Dos de Mayo concurren predominantemente pacientes procedentes de este segundo grupo, aun cuando un cierto número de profesionales descenden, por diversos motivos, desde los niveles altos o medios de la sociedad y se ven obligados a solicitar los servicios en este centro de salud.

El trabajo cotidiano en el Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales ha revelado que un número considerable de enfermos, infectados con el VIH, consume o ha consumido sustancias psicoactivas, antes de enfermar o aún mientras estaban en diversas etapas de la infección.

En consecuencia, iniciamos esta investigación con el fin de establecer el rol del consumo excesivo de drogas en la etiología de la infección con el VIH en los pacientes atendidos en el Hospital Dos de Mayo.

METODO

Desde 1985 uno de nosotros (FRJ) comenzó a estudiar pacientes probablemente infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana y que habían sido considerados como casos de tifoidea, disentería bacteriana o cólera morbo. Fue solo a partir de 1987 que se confirmó el diagnóstico al emplearse en el laboratorio clínico del hospital la prueba inmunoabsorbente asociada a enzimas (ELISA), que detecta anticuerpos para el VIH en dichos enfermos. A partir de 1990 se comenzó a llevar un registro sistemático de todos los

enfermos examinados personalmente por los autores (ML y FRJ) que comprendían pacientes vistos en Emergencia, Cuidados Intensivos, Consultorios Externos y Sectores de Hospitalización, incluyendo al servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales (inaugurado en 1991).

Parte de las investigaciones realizadas por nosotros han sido publicadas en revistas nacionales y presentadas a los congresos internacionales de VIH/SIDA en Ginebra, Durban³⁻⁸ y Barcelona.³²

En esta oportunidad recopilamos los datos de 6475 pacientes infectados con el VIH, vistos personalmente por nosotros entre 1987-2003, en los diversos servicios del Hospital Nacional Dos de Mayo. Relacionamos estos datos con el consumo excesivo o dependiente de sustancias psicoactivas, factor de cierta importancia en la patogenia de la enfermedad, especialmente en los pacientes de sexo masculino.

De acuerdo con las normas establecidas en el hospital todo enfermo diagnosticado con el VIH debe ser entrevistado por uno de nosotros (MLL) en una sesión de post test que dura aproximadamente una hora. En dicha oportunidad se toman los datos demográficos de la persona y se hace una historia psicológica, incidiendo en aspectos genéticos, familiares, psicopatológicos, de salud mental, orientación sexual y conductas de riesgo. En los primeros diez años esta experiencia era asaz traumática pues el enfermo sabía que no había tratamiento eficaz en el Perú, de modo que era frecuente el desarrollo de conductas depresivas, negativistas o impulsivas.³

Si durante la entrevista psicológica se verificaban riesgos de patología neurológica o trastornos psiquiátricos, uno de nosotros procedía a un examen neuropsiquiátrico, de

acuerdo a las normas de la Organización Mundial de la Salud,⁹⁻¹⁰ usando las técnicas auxiliares adecuadas para cada caso.

Usualmente se hacía el seguimiento de la mayor parte de pacientes, los cuales seguían concurriendo al hospital, para tratamiento sintomático hecho por los médicos internistas, cirujanos o infectólogos del hospital, de acuerdo a la sintomatología predominante. También se hacían visitas domiciliarias y entrevistas a familiares. En los últimos tres años hemos notado un aumento considerable de enfermos, los cuales concurren desde diversos centros de salud de Lima o de provincias, dada la posibilidad de que se inicie tratamiento antiretroviral intensamente activo, el cual sólo ha sido posible hasta el momento de escribir este trabajo para algunos pacientes que han podido comprar los medicamentos, generalmente de tipo genérico, o que han sido sometidos a protocolos de investigación financiados por empresas farmacéuticas.

Muchos enfermos con manifestaciones neuropsiquiátricas eran sometidos a exámenes complementarios (examen neurológico exhaustivo, examen del líquido cerebro espinal, tests psicométricos, tomografía computarizada del cerebro, resonancia magnética encefálica o medular y evaluaciones de personalidad y electroencefalograma).

Un buen porcentaje de pacientes requerían medicación psicotrópica, la cual era proporcionada gratuitamente por el botiquín de voluntarios del servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales (SEIT).

RESULTADOS

En dieciséis años de experiencia hemos examinado a 6475 enfermos infectados con el VIH, de los cuales el 71.8% eran hombres y mujeres el 28.1% (tabla II). La mayor parte

de pacientes estaban entre los 21-40 años (73.7%), eran solteros el 46.5% y profesaban la religión católica el 94.0%. En cuanto a grado de escolaridad el 49.1% tenían instrucción secundaria, el 11.6% instrucción superior. El 96.5% eran mestizos. En relación a la ocupación (Tabla III) antes de enfermar, las mujeres eran mayormente amas de casa (21.4%) o vendedoras ambulantes (23.2%), el 16.2% de los hombres eran obreros, el 11.2% comerciantes y profesionales el 11.3%, trabajadores sexuales de ambos sexos 5.9%, estudiantes 5.9% y delincuentes 3.8%.

En referencia a la orientación sexual el 67.6% eran heterosexuales, homosexuales el 25.2% y bisexuales el 7%.

Con respecto a la fase de la enfermedad (Tabla III) eran asintomáticos el 0.5%,

sintomáticos el 19.8% e inmunodeficientes el 74.2%, en el momento de la primera entrevista; o sea que los enfermos llegaban al hospital en período de SIDA en la gran mayoría de casos (Tabla III).

Al cabo de tres años de seguimiento el 52.2% de los sintomáticos y el 82.1% de los inmunodeficientes habían fallecido (Tabla III).

Con referencia al abuso o adicción a sustancias psicoactivas (Tabla IV), antes de establecerse la inmunodeficiencia, o sea en las etapas 7ma. y 9na. de la enfermedad, el 24% habían consumido alcohol en cantidades considerables desde la pubertad o adolescencia. El 9% eran consumidores compulsivos de pasta de cocaína y el 4.6% de clorhidrato de cocaína. En cambio, el consu-

Tabla III

Ocupación, orientación sexual, fases de la enfermedad y mortalidad en 6475 pacientes infectados con el VIH examinados en el Hospital Dos de Mayo (1987-2003)					
Ocupación	N	%	Fases de la enfermedad	N°	%
Ama de casa	1386	21.4	Asintomático	378	0.5
Vend. Ambulante	1505	23.2	Sintomático	1288	19.8
Obrero	1099	16.2	Inmunodeficiente		
			(SIDA)	4809	74.2
Comerciante	728	11.2	Mortalidad antes del TARIA*		
Profesional	735	11.3	Asintomático	132	34.9
Trab. Sexual	385	5.9	Sintomáticos	673	52.2
Estudiante	385	5.9	Inmunodeficientes (SIDA)	4144	86.1
Delincuente	252	3.8	Sobrevivientes o perdidos al seguimiento	1526	23.5
Orientación sexual			Comportamiento Homosexual		
Heterosexual	4382	67.6	Gays	1617	98.7
Homosexual	1638	25.2	Transvestis	324	19.8
Bisexual	455	7.0	Lesbianas	21	1.3

*TARIA: Tratamiento Anti-retroviral intensamente activo (Similar al HAART del inglés)

TABLA IV

Abuso y adicción a sustancias psicoactivas antes de las categorías C1 – C3						
Sustancia	Ambos Sexos		Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%	N	%
Alcohol	1554	24.0	1431	22.1	123	1.0
Pasta de cocaína	582	9.0	387	5.9	195	4.1
Clorhidrato de cocaína	298	4.6	263	4.0	35	0.6
Cannabis	175	2.7	89	1.4	86	1.3
Inhalantes	123	1.9	62	0.9	61	0.9
Tabaco	38	0.6	36	0.6	2	0.0
Heroína	12	0.2	12	0.2	0	0.0

mo excesivo de tabaco (40-120 cigarrillos diarios) sólo se comprobó en el 0.6% de los individuos infectados, menor que el uso excesivo de cannabis (2.7%) y de inhalantes (1.9%). Doce sujetos repatriados de Estados Unidos y de Europa tenían el antecedente de abuso de heroína por vía endovenosa.

Consideramos de interés reproducir algunos resúmenes de historias de pacientes que abusaban o eran adictos a sustancias psicoactivas, antes de haber contraído la enfermedad y como factor de riesgo para adquirir la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

Obs. 1. Seroconversión neurológica en consumidor excesivo de alcohol y cocaína

Hombre de 31 años de edad, soltero, 5° año de secundaria, ingresó por cefalea, rigidez generalizada, convulsiones, delirio (alucinaciones visuales). Desde un mes antes: tos exigente, hiperhidrosis, anorexia, adelgazamiento, náuseas, vómitos, irritabilidad, fiebre. En la radiografía de pulmón imágenes nudulares y reacción parahiliar; en la sangre

leve anemia. LCR solo ADA 8.5 u/L. ELISA reactiva para VIH 1-2. TAC normal. RM leve señal temporal anterior derecha. Uso frecuente de alcohol desde los 20 años, excesivo consumo de cocaína intra nasal desde los 28 años. Relaciones sexuales desde los 16 años, ETS desde los 18 años (Pucallpa-Lima). El paciente se recuperó en 15 días con tratamiento anticonvulsionante. Actualmente está asintomático.

Obs. 2. Bisexual multidependiente

Hombre de 21 años, 5° año de secundaria, ayudante de panadería, soltero, religión evangélica. Bebía alcohol desde los 13 años de edad, desde los 15 años consumía marihuana, pasta de cocaína y clorhidrato de cocaína. El consumo fue aumentando progresivamente. Relaciones sexuales con hombres y con mujeres desde los 16 años, sin protección. Desde hace dos años diarreas intermitentes. Al examen joven pálido, delgado, algo tardo para entender las preguntas. ELISA reactiva para el VIH 1-2.

Obs. 3. Alcoholismo e inversión de homosexualidad

Hombre de 35 años, secundaria incompleta. inició relaciones sexuales a los 17 años exclusivamente con hombres, vestía de mujer, usaba cabello largo, bebía frecuentemente pero no usaba drogas. A los 24 años decidió cambiar de vida, se cortó el cabello, comenzó a usar prendas de vestir del sexo masculino, tuvo amores con una muchacha de la cual llegó a tener dos hijos. Vivieron juntos tres años, se separaron porque él era demasiado celoso. Tres semanas antes del ingreso comenzó a sufrir de cefalea. Ingresó confuso con signos de rigidez de nuca. En el hospital se comprobó que padecía de infección VIH y de meningitis tuberculosa.

Obs. 4. Retardo mental, uso de inhalantes

Muchacha de 15 años de edad, analfabeta, referida por enfermedad de transmisión sexual, ELISA para VIH 1-2 reactiva. Esta niña fue matriculada en la escuela desde los siete años, no podía aprender, se escapaba del colegio. A los 11 años un individuo le invitó gaseosa y tuvo relaciones sexuales con ella. Se fugaba de la casa frecuentemente por los continuos pleitos de los padres, ahora separados. Otro muchacho le pegó, "le rompió la cabeza" y la tuvo encerrada en un cuarto de un cerro. Aprendió a inhalar Terokal. A los 13 años mantenía relaciones con muchos individuos. Finalmente desarrollo múltiples ulceraciones genitales y edema de las piernas. Cuando acudió

donde una hermana para contarle que estaba enferma, el padre la botó de la casa, un hermano alcohólico murió de tuberculosis a los 22 años de edad.

Obs. 5. Alcoholismo, prostitución, delincuencia

Mujer de 24 años, recogida de la vía pública por serenazgo, inconsciente, luego incoherente. Los padres se separaron y desde los 11 años vivió en la casa de varios familiares, donde recibió maltrato físico. A los 12 años fue violada por un primo. A los 13 años se escapó con una amiga y comenzó a vivir en la calle y a prostituirse, primero en "huecos", luego en el Jr. Cailloma. Vivía en el ambiente de discotecas y gays. Alternaba el trabajo sexual con la venta ambulante. Muy fiestera, bebía alcohol en exceso. Ingresó a la carrera delictiva, participó en varios robos y asaltos. Fue contagiada de infección VIH por uno de sus amantes "fletero" (individuo que se prostituye con homosexuales).

Obs. 6. Hepatopatía y múltiple drogadicción

Hombre de 40 años de edad, con 5° año de secundaria, comerciante, ingresó al hospital por hemorragias rectales. Desde un año atrás padecía de diarreas y de accesos convulsivos generalizados cuatro años antes de hospitalizarse. El paciente comenzó a tener relaciones sexuales con mujeres a los 12 años de edad y con hombres a los 17 años. Principió a beber alcohol a los 16 años, marihuana a los 18, pasta y clorhidrato de cocaína desde los 30 años.

El uso de alcohol ha sido excesivo, prácticamente todos los días, asociado a cocaína, esta última especialmente en los últimos tres años.

Durante la embriaguez ha tenido promiscua actividad bisexual, generalmente con preservativo, aunque varias veces se rompió el condón.

Al examen un enfermo muy delgado, con definitivo cognitivo (Folstein 23), anémico (Hb 8.6g), icterico (bilirubina total 9.5 m/L), Hepatopatía difusa en la ecografía abdominal.

Obs. 7. Promiscuidad y drogas

Hombre 28 años, raza negra, natural de Ica, procede de Bellavista, soltero, obrero, 3° año de secundaria. Desde los 15 años promiscuo con mujeres, hombres y travestis. Bebedor excesivo y consumidor incontrolado de pasta de coca y de cocaína desde los 18 años. Acudió al servicio por diarrea, fiebre, adelgazamiento (20 Kg en 8 meses). Al examen lúcido, afebril, reacio para aceptar el diagnóstico de la enfermedad viral. En la radiografía de pulmones granulia bilateral, en la sangre fosfatasa alcalina 748 u/L, anemia (8g Hb), leucopenia. No recibió ningún tipo de educación sexual ni en la primaria ni en secundaria. Todas las relaciones sexuales las practicaba sin ningún tipo de protección.

Obs. 8. Abandono, inhalantes, sedantes.

Hombre soltero, de 25 años de edad, 4° año de primaria, vendedor

ocasional de papas, libros, procede de un centro para rehabilitación de drogadicción. Al desintegrarse el hogar: el padre emigró al extranjero y la madre volvió a Ayacucho, él comenzó a vivir en la calle y a oler gasolina y kerosene, luego pasta de coca y derivados. Como no podía dormir tomaba diazepam cada noche (1 a 6 tabletas de 10 mgs). Desde la adolescencia mantenía relaciones sexuales con ambos sexos, más con mujeres, a veces usaba condón. Cuatro meses antes de consultar desarrolló diarrea persistente y adelgazamiento considerable. ELISA reactivo para el VIH.

Obs.9. Hiperactividad, psicopatía, epilepsia cocaínica

Hombre 25 años, detenido 11 meses en el penal por tráfico de drogas, internado por acceso epiléptico. Enuresis nocturna hasta los 12 años, hiperactivo con problemas de atención, un hermano disléxico. Fumaba marihuana desde la niñez, cocaína diariamente de 1-8 gr. diarios por ocho meses. Los ataques comenzaron unos meses antes, mientras se intoxicaba con cocaína a punto de perforarse el septo nasal. No tenía signos de lesión estructural del cerebro, tampoco lesiones de masas o hemorragias en la TAC. Leve defecto en la articulación de las consonantes. Folstein 28/30.

En las matrices progresivas capacidad intelectual inferior al término medio. Trastorno de la personalidad paranoide. Dependencia severa a la cocaína.

Obs. 10. Abuso de cannabis y cocaína. Prostitución infantil.

Mujer de 17 años, natural y procedente del Cerro Agustino, soltera, analfabeta, desocupada. A los 10 años fue violada por vía anal, luego tuvo numerosas relaciones sexuales, sin condón, como trabajadora sexual. Desde los 16 años consumía marihuana y clorhidrato de cocaína; la madre alcohólica, exponía a sus hijas a la prostitución en su propia casa. Al examen muchacha blanca, rubia, pequeña, delgada, con fiebre, tos con expectoración verdosa, diarrea e infección del ojo izquierdo. ELISA reactiva al VIH 1-2.

Obs. 11. Psicopatía, psicosis, bisexualidad

Mujer caucásica, 33 años de edad, madre soltera, ingresó al hospital por adelgazamiento, diarrea persistente, lesiones cutáneas múltiples. Había concurrido a otro centro de evaluación y tratamiento donde diagnosticaron infección con el VIH, la trataron inicialmente pero como su estado general empeoró fue referida al Hospital Dos de Mayo.

La paciente provenía de una familia relativamente acomodada, donde no existían antecedentes familiares de trastornos mentales. A los 15 años de edad abandonó los estudios de 3º año de secundaria y se dedicó a divertirse, consumiendo alcohol, cannabis y posteriormente cocaína. Al entrar en conflicto con su familia abandonó el hogar y para subsistir comenzó a trabajar como bailarina en clubs nocturnos. Durante esa existencia de danza, di-

versión, sexo y drogas, quedó embarazada. Después del parto desarrolló una conducta bisexual promiscua y su adicción a la cocaína fue cada vez más intensa, a tal extremo que para comprar la droga acostumbra prostituirse en la vía pública; usaba entonces un abrigo de paño sobre el cuerpo desnudo y se descubría delante de cualquier probable cliente. Al agravarse la enfermedad volvió por breves etapas al hogar o al hospital, para fugar a los pocos días, al mejorar ligeramente. En el último ingreso desarrolló episodios de psicosis, durante los cuales se tornó sumamente irritable y soez. Agredía verbalmente al personal y lo amenazaba con una navaja; en la casa intentó herir a su madre con un cuchillo de cocina. Paulatinamente fue agravándose hasta desarrollar paroplejía espástica, amaurosis bilateral y meningitis subaguda. Falleció después de permanecer diez días en coma.

Obs. 12. Homosexualidad, alcoholismo

Hombre de 35 años de edad, natural de Lima, criado en una provincia serrana, soltero, instrucción primaria, religión católica, desde los cuatro años de edad notó atracción por los niños varones de la familia; abandonó la escuela por dificultad para los estudios. A los 16 Años tuvo su primera relación anal receptiva con un muchacho.

Como su familia rechazaba violentamente sus tendencias homosexuales fugó del hogar, comenzó a vivir en la calle, en compañía de menores vagabundos, subsistiendo

del robo o de la mendicidad. Al mismo tiempo principió a beber alcohol (cerveza, ron, aguardiente) cada vez más intensivamente. Ha tenido múltiples encuentros homosexuales sin usar ninguna protección. Paulatinamente desarrolló diarreas frecuentes, tos, expectoración purulenta, adelgazamiento. Una de sus hermanas lo trajo al hospital donde diagnosticaron tuberculosis pulmonar e infección por el VIH 1-2. Recientemente sufre de encefalopatía y se ha tornado agresivo y paranoide. Ha destrozado el mobiliario y otros enseres de la casa donde lo han alojado. Mejoró con levopromazina por vía oral.

Obs. 13. Drogadicción precoz

Varón de 30 años, estudiante de Economía, natural y procedente de Iquitos, ha viajado a Lima para rehabilitarse por consumo excesivo de drogas (alcohol, marihuana, pasta básica de cocaína). Fue atendido en emergencia del Hospital por diarrea (3 semanas), adelgazamiento (8Kg en ese lapso). Quejándose de adormecimiento y disminución de fuerza en el lado izquierdo del cuerpo, rigidez en la lengua y confusión mental.

Al examen desorientado, caquéctico, hemipléjico. ELISA reactiva al VIH1-2. Usaba drogas desde los diez años de edad, todos los días, generalmente durante toda la noche. Heterosexual, frecuentes relaciones con desconocidas. Ha padecido de gonorrea en varias oportunidades. Está internado en un centro de rehabilitación del abuso de drogas.

Obs. 14. Múltiple adicción desde los 15 años

Mujer de 28 años, católica conviviente, segundo año de instrucción secundaria, ama de casa, natural de Lima. Ingresó al hospital por perturbación de la conciencia y hemiparesia derecha, la cual evolucionó hasta la tetraplejía, febril. Se diagnosticó VIH y TBC en 1999. Al examen inconsciente, candidiasis orofaríngea y esofágica, insuficiencia respiratoria, toxoplasmosis cerebral. Anemia, leucopenia, linfopenia. Antecedentes de ingestión de bebidas alcohólicas y pasta básica de cocaína desde los 15 años de edad, tabaco 50 cigarrillos diarios. Convivia con "fumones" desde la adolescencia. La pareja actual es también adicto a múltiples drogas. Al examen, caquéctica, amaurótica, diplopia horizontal, nistagmo fáscico horizontal y vertical, signos de encefalopatía. TAC encefalitis con foco inflamatorio en base temporal derecha, microabscesos en el lóbulo frontal derecho, granuloma en el tálamo derecho.

Obs. 15. Heterosexual drogadicto

Varón de 45 años de edad, taxista, heterosexual, instrucción secundaria, ingresó a Emergencia por convulsiones generalizadas. Cuatro meses antes del ingreso: astenia, fiebre, diarrea, dolor faríngeo, tos, expectoración purulenta. Inició relaciones sexuales a los 14 años con enamoradas y prostitutas, sin protección. Comenzó a usar drogas a los 20 años: Alcohol, cocaína, anfetaminas. Al examen febril (38.8°C) hipotenso, convulsiones generali-

zadas repetidas. Déficit cognitivo al recuperar la conciencia, signo de Babinski bilateral, signos de la disfunción cerebelosa, ELISA reactiva al VIH 1-2 en sangre y LCR.

DISCUSIÓN

La incidencia anual de la infección por el VIH ha seguido el pronóstico de la Oficina Sanitaria Panamericana, es decir, que el aumento ha sido progresivo en los últimos 20 años.¹¹

En el Perú el incremento de casos de SIDA es cada vez mayor, a pesar de las débiles campañas de prevención activa organizadas por los Ministerios de Educación y de Salud.

En el Hospital Dos de Mayo el número de pacientes hospitalizados por SIDA ha ido en aumento desde 8 casos internados en 1987 a 294 en el año 2000. Estas cifras son inferiores a nuestro registro de datos, el cual corresponde a pacientes asintomáticos, sintomáticos e inmunodeficientes atendidos en consultorios, emergencia y cuidados intensivos, así como delincuentes internados en cárceles, remitidos, para tratamiento ambulatorio en las diversas secciones del Hospital Dos de Mayo. Así por ejemplo, nosotros registramos 701 nuevos casos en el año 2000 recolectados en los servicios mencionados contra los 294 enfermos con SIDA hospitalizados en ese año.

La pandemia de infección por el VIH sigue aumentando considerablemente en África, Asia, América Latina, Europa Central y Europa Oriental¹² y, sin embargo, en la actualidad menos de un millón de personas en el mundo reciben tratamiento antiretroviral, a pesar de estar infectados más de 60 millones de individuos.¹³

Múltiples factores contribuyen a la diseminación de la infección en los países en desarrollo. Entre nosotros predominan la pobreza, los trastornos de la personalidad, los disturbios mentales, el hacinamiento, las enfermedades físicas, la desocupación, la ignorancia, la cada vez menor influencia de la religión y los escasos programas preventivos en la adolescencia y en la edad adulta.³⁻⁸ Algo similar ocurre en las grandes urbes de los países desarrollados.¹⁴⁻¹⁷

En los Estados Unidos de Norteamérica, donde se ha estudiado sistemáticamente la relación entre el diagnóstico psiquiátrico, el uso de drogas y la infección con el VIH, el 49% de personas infectadas con dicho virus tenían diagnóstico adicional de trastorno psiquiátrico, el 40% usaban drogas (aparte de cannabis), el 12% eran dependientes a drogas, el 8% eran bebedores excesivos y el 8% eran adictos al alcohol.¹⁸ Entre nosotros predominaban los trastornos de la personalidad, el retardo mental, la esquizofrenia y la depresión mayor.^{9, 5, 19}

En la investigación actual el abuso y adicción a drogas era muy alto en los pacientes VIH entrevistados personalmente: alcohol 24%, pasta de cocaína 9.0%, clorhidrato de cocaína 4.6%, cannabis 2.7% e inhalantes 1.9%. Estas cifras contrastan notablemente con investigaciones anteriores hechas en el Perú. En un estudio realizado en 3100 alumnos de secundaria, habían usado alguna vez cannabis, 3% pasta de cocaína, 1.3% cocaína, clorhidrato 0.06%, inhalantes 0.2%. Ninguno de ellos consumía en exceso o era dependiente.²⁰

En una investigación publicada tres años después el grupo de mayor prevalencia estaba entre los 25-29 años, con uso actual de alcohol 53%, analgésicos 13%, inhalantes 12%, cannabis 7%, pasta de cocaína 7%,

clorhidrato de cocaína 6%. Estas cifras tampoco correspondían a consumidores excesivos o adictos, pues significarían las cifras altas del mundo.²¹ Así por ejemplo, en los Estados Unidos el grupo de edad que más consume drogas está en los mayores de 35 años: alcohol en exceso 2.8%, cannabis 2%, cocaína 0.4%, inhalantes 0.1%, alucinógenos 0.1%, heroína 0.0%. En relación a la población general, abusaban del alcohol el 10% de la población masculina y el 5% de la población femenina.²²⁻²³

En nuestros pacientes, la mayor parte de homosexuales consumían alcohol en exceso, algunos asociándolos con otras drogas. Estos sujetos estuvieron sometidos a experiencias traumáticas desde que se manifestó su orientación sexual: sodomía por otros adultos o adolescentes, maltrato físico, expulsión de sus hogares, vida en la calle con otros delincuentes y adictos, burlas y desprecio constante de sus compañeros de estudios o de trabajo, frecuentes agresiones físicas y tentativas de homicidio por individuos homofóbicos. No es de extrañar por tanto que la depresión, el trastorno post traumático, las psicopatías y la rápida evolución hacia el SIDA hayan estado relacionadas con estas vivencias, como se ha demostrado en otras investigaciones,²⁴⁻²⁵ observándose los peores resultados en el tratamiento en sujetos con desórdenes psiquiátricos en general, depresión y personalidades antisociales.²⁶

El abuso sexual y físico ha sido frecuentemente observado en los pacientes de ambos sexos, tanto en los homosexuales y bisexuales masculinos, como en las mujeres dedicadas al trabajo sexual. El abuso de alcohol y drogas ha sido también frecuente en este grupo de personas, confirmando trabajos en los cuales la documentación de abuso o de abandono ocasionaba trastornos antisociales de la personalidad, disturbios disocia-

tivos, trastornos limítrofes del carácter, pedofilia, crueldad hacia los animales y complejos trastornos de estrés post traumático,²⁷⁻³⁰ revelándose además por defecto funcional y menor desarrollo del hipocampo en el cerebro de estos individuos, especialmente cuando las agresiones han sido precoces.³¹

Otros aspectos que hemos comprobado en el Perú es que muchos individuos de edad avanzada, cuando se divorcian, quedan viudos o son abandonados por sus esposas o convivientes recurren al alcohol y siguen manteniendo relaciones sexuales con personas más jóvenes, infectándose con el VIH y con otras enfermedades de transmisión sexual; comunicando después dichas infecciones a otras personas menores, con lo que se extiende considerablemente la epidemia, puesto que un buen número de estos ancianos y ancianas tienen mejores recursos económicos y pueden acceder al sexo mediante remuneración o dádivas.³² Se cierra así entre nosotros el ciclo de la epidemia: originada en individuos generalmente heterosexuales que adquieren la enfermedad de homosexuales, bisexuales o trabajadoras sexuales; la transmiten a sus mujeres y éstas a sus hijos. El otro grupo está constituido por adultos que infectan a niños o adolescentes o ancianos viudos o separados que a su vez contaminan a personas jóvenes.

En un tercio de nuestros pacientes el abuso y la adicción a sustancias psicoactivas predispone a la adquisición tanto de enfermedades de transmisión sexual como a la infección por el VIH.

Para tratar de controlar esta grave enfermedad se impone establecer programas preventivos en las poblaciones en riesgo, usando múltiples estrategias: adecuada educación sexual en las escuelas, intensificación de los programas estatales, agrupaciones voluntarias de consejería, pruebas de diag-

nóstico precoz del VIH, intervenciones de cambio de comportamiento más intensivas, desarrollo de motivación y de reducción de conductas peligrosas especialmente en las personas de alto riesgo, tratamiento de las

enfermedades de transmisión sexual, reducción de los riesgos de sexo no protegido y tratamiento antiretroviral intensivo, puesto que la baja carga viral reduce la infectividad de la afección.³³⁻³⁴

BIBLIOGRAFÍA

1. Lancet Supplement: Medicine and Conflict, Health of Conflicts, portada, Londres, 2000.
2. Ticona, E; López, R., Hidalgo, A. Nuestro Hospital. Estado situacional, Propuestas. Hospital Nacional Dos de Mayo. 2001.
3. Lucho, ML. Jerí, FR. Algunas manifestaciones psicológicas en la infección por el VIH. Rev. Neuro-Psiquiat. 1993; 56:220-224.
4. Lucho, ML. Jerí, FR. Abuso de cocaína no parenteral en pacientes infectados con el VIH. Rev. Neuro-Psiquiat. 1994; 57:88-101.
5. Lucho ML. Jerí, FR. Psicopatología familiar en infección por el VIH. Rev. Neuro-Psiquiat. 1995; 58:54-70.
6. Lucho, ML, Buendía, C. Jerí, FR. Personalidad en 112 mujeres infectadas con el VIH. Rev. Neuro-Psiquiat. 1997; 60:32-44.
7. Lucho, ML. Jerí, FR. Intervenciones psicológicas en la infección por el VIH. Rev. Med. Peruana. 1997; 69:34-38.
8. Lucho, ML. Jerí, FR. Personalidad en pacientes infectados con el VIH. Rev. Neuro-Psiquiat. 2000; 63:153-163.
9. ICD-10 NA. Application of the International Classification of diseases to neurology, 2nd. ed. WHO, Geneva, 1997.
10. Multi Axial Presentation of the ICD-10 for use in Adult Psychiatry, Cambridge University Pres, WHO, 1997.
11. Health in the Americas, 1998 Ed., Pan American Health Organization, WHO, Washington DC, Vols. I and II, 1998.
12. Harmers, FF, Downs, A. HIV in Central and Eastern Europe. Lancet 2003; 361:1035-1044.
13. Hogg, R. et al. Time to Act: Global Apathy Towards HIV/AIDS is a crime against Humanity. Lancet 2002; 360: 1710-1711
14. Holliday, G et al. Personality study of people who live in squalor. Lancet 2000; 355:882-886.
15. Costello, ET et al. Relationship between poverty and psychopathology. JAMA 2003; 290:2023-2029.
16. Rutter, M. Poverty and mental Health. Natural Experiments and Social Causation. JAMA 2003; 290:2063-2064.
17. Kendler, KS et al. Dimensions of Religiosity and Their Relationship to life time. Psychiatric and substance use Disorders. Am, J. Psychiat 2003; 160; 496-503.
18. Bing, EG et al. Psychiatric Disorders and drug and alcohol use among people with

- HIV disease. Abstract 2403, XIII International AIDS conference, Durban 2000.
19. Lucho, ML, Jerí, FR. Personality in a group of AIDS patients living in deprived areas of Lima (Perú), Abstract 2620, XIII International AIDS Conference, Durban, 2000.
20. Huamán, MJ. et al. Aspectos psicosociales relacionados con el uso de drogas en los adolescentes de Lima Metropolitana, Dep. de Ciencias Sociales, Universidad Católica, Lima, 1984.
21. Arellano, R. et al. Uso y abuso de drogas en el Perú. Una investigación epidemiológica en el Perú urbano, Tall. Graf. De Tarea, Lima, 1987.
22. Jaffe, JH. Substance Related Disorders. Introduction and Overview, en Sadock & Sadock's, Comprehensive Textbook of Psychiatry, vol 1, pp. 924-952. Lippincolt, Philadelphia, 2000.
23. Schuckit, M.A. Alcohol Related Disorders Sadock & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, vol. 1, pp 953-991, Philadelphia, 2000.
24. Evans, D. et al. Severe life stress in HIV infection. *Am J Psychiat* 1997; 154:630-634.
25. Leserman, J. et al. Impact of stressful life events, depression, social support, coping and cortisol in progressing to AIDS. *Am J Psychiat* 2000; 157:1221-1228.
26. Comptom, WM et al. The role of Psychiatric Disorders and Predicting Drug Dependence. Treatment outcomes. *Am J Psychiat* 2003; 160: 890-895.
27. Johanson, JG et al. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Arch. Gen Psychiat* 1999; 56:600-606.
28. Kisiel, C. Lyons, JS. Dissociation as Mediator of Psychopathology among sexually abused children and adolescents. *Am J Psychiat*. 2001; 158:1034-1039.
29. Salter, D' et al. Development of sexually abusive behavior in sexually victimized males: A Longitudinal study. *Lancet* 2003; 361:471-476
30. Mc Lean, L. Gallop R. Implications of childhood sexual abuse for Adult Borderline Personality Disorder and complex post-traumatic stress disorder. *Am J Psychiat*. 2003; 160:369-372
31. Bremer, ID. MRI and PET study of deficits in hippocampal structure and function in women with childhood sexual abuse. *Am J Psychiat* 2003; 160: 924-932.
32. Lucho, ML Jerí, FR. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en la edad avanzada. *Rev. Neuro-Psiquiat* 2002; 65:1-21.
33. Gayle, HD. Curving the Globe AIDS Epidemic *NEJM* 2003; 234: 1802-1805.
34. Reynolds, SJ. Antiretroviral Therapy where resources are limited. *NEJM* 2003; 348: 1806-1809

Agradecemos al Dr. Fernando Carballo Ordoñez, Director General del Hospital Nacional Dos de Mayo y al Dr. Marcos Navincopa, Jefe del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales por la autorización para realizar y publicar este trabajo.