

INTERVENCIÓN CONDUCTUAL EN CONTEXTOS COMUNITARIOS I

Programas aplicados de prevención

Rústica, 17 x 23 cm, 416 págs.
PVP: 3.350 ptas., IVA incluido

Programas aplicados con éxito en la prevención de distintos problemas: caries, miopía, toxicomanías, depresión posparto, trastornos de conducta, fracaso escolar y aislamiento social.

Preparación a diferentes situaciones estresantes (parto, intervenciones quirúrgicas, interacción con pacientes de sida) llevadas a cabo en diversos contextos.

Instrumento útil para formación de universitarios y guía práctica para psicólogos, médicos, enfermeros, trabajadores sociales, maestros, pedagogos y otros profesionales.

Autores: Francisco Xavier Méndez Carrillo y Diego Macià Antón

Profesores titulares del Área de Conocimiento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de Murcia.

José Olivares Rodríguez

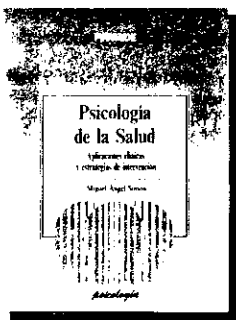
Profesor especialista en Pedagogía Terapéutica de la Universidad de Murcia.

Solicite información a:

GRUPO DISTRIBUIDOR EDITORIAL, S. A.
Ferrer del Río, 35. 28028 Madrid. Tel. (91) 361 08 09

EDICIONES PIRÁMIDE, S. A.
Juan Ignacio Luca de Tena, 15
Tel. (91) 320 01 19 - 28027 Madrid

PIRAMIDE



PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención

Rústica, 17 x 23 cm, 272 págs.
PVP: 2.450 ptas., IVA incluido

Especialistas de diversas universidades muestran las parcelas más importantes de aplicación de los conocimientos y técnicas de la Psicología de la Salud.

Preparación psicológica ante intervenciones quirúrgicas, el papel del psicólogo en un equipo de salud cardiovascular, la intervención psicológica en pacientes geriátricos y los efectos beneficiosos del entrenamiento en habilidades sociales.

Diferentes estrategias de intervención aplicables en un amplio número de trastornos, tales como la diabetes, disfunciones sexuales, trastornos alimenticios, miopía, síndrome del intestino irritable, espasticidad, tartamudez, problemas de sueño en ancianos e incontinencia fecal.

Autor: Miguel Ángel Simón

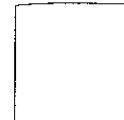
Profesor titular de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de La Coruña.

Solicite información a:

GRUPO DISTRIBUIDOR EDITORIAL, S. A.
Ferrer del Río, 35. 28028 Madrid. Tel. (91) 361 08 09

EDICIONES PIRÁMIDE, S. A.
Juan Ignacio Luca de Tena, 15
Tel. (91) 320 01 19 - 28027 Madrid

PIRAMIDE



DIAGNÓSTICO DE SEROPOSITIVIDAD AL VIH Y COMPORTAMIENTOS DE RIESGO DE HEROINÓMANOS

J. ROYO
Área de Servicios Sociales de la Diputación de Barcelona
M. C. VILADRICH; R. BAYÉS
Universidad Autónoma de Barcelona

Resumen

A través de una entrevista semiestructurada, administrada a 80 heroínómanos seropositivos al virus de inmunodeficiencia humana, se explora el impacto que el conocimiento del diagnóstico de seropositividad tiene en sus comportamientos preventivos o de riesgo en los ámbitos sexual y adictivo. De acuerdo con nuestros datos, dicho conocimiento parece aumentar la probabilidad de abstinencia y reducir los comportamientos de riesgo en los dos ámbitos, aunque de forma no correlacionada.

Palabras clave: Diagnóstico de seropositividad al VIH, comportamientos de riesgo sexual y adictivo.

Abstract

We explore the impact of the VIH seropositivity diagnostic in the sexual and addictive risky behaviours of 80 heroin addicted persons. Our data, obtained by means of a semistructured interview, shows that the knowledge of seropositivity diagnostic seems to increment the probability of abstinence and to reduce risky behaviours in both areas.

Key words: VIH seropositivity diagnostic, sexual and addictive risky behaviour, parenteral heroin consumers.

Introducción

En 1988, utilizando el método «Delphi», la OMS calculó que para el año 2000 el número de personas infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana se encontraría comprendido entre los 15 y los 20 millones de adultos (WHO, 1990).

Los datos recogidos a partir de la fecha en que fue realizado este estudio, sin embargo, superan las previsiones del mismo e indican que, de seguir las tendencias actuales, la cifra anterior se alcanzaría a mediados de la presente década.

A esta cantidad hay que añadir unos 10 millones de niños que nacerán ya infectados con el virus de inmunodeficiencia humana durante la década actual, la mayoría de ellos en África subsahariana.

En resumen, los pronósticos actuales son que, de no variar las circunstancias, para el año 2000 es previsible que existan unos 40 millones —hombres, mujeres y niños— infectados y que el número de casos de adultos con sida se acerque a los 10 millones.

En cuanto a la forma de transmisión, durante la

década de los años ochenta, en América del Norte, Europa Occidental y Australia, las predominantes fueron: a) la penetración sexual sin protección entre homosexuales varones con múltiples parejas, y b) la exposición de los drogadictos por vía parenteral a sangre infectada a través de la costumbre de compartir el equipo de inyección sin esterilizarlo previamente o haciéndolo de manera inapropiada.

La expansión mundial del virus de inmunodeficiencia humana ha cambiado las consecuencias individuales, de salud pública y políticas de la drogadicción por vía parenteral. En efecto, dicho tipo de drogadicción es ya, por orden de importancia, la segunda práctica de riesgo en los países industrializados, considerándose que al menos un 30 por 100 de los casos de sida declarados pueden ser debidos a ella. En algunos países —entre los cuales se encuentra España— este comportamiento de riesgo ocupa el primer lugar, con porcentajes superiores al 60 por 100. Y en algunas zonas geográficas —como el País Vasco, Cataluña o Madrid— su influencia es todavía mayor. A título de ejemplo, mencionaremos que en el País Vasco puede atribuirse a

la drogadicción por vía parenteral el 77,7 por 100 de los casos de sida producidos (Zulaica, García Guruchari, Elizalde, Ucelay y Zubia, 1989).

Es interesante señalar que, en la actualidad, la drogadicción por vía parenteral se considera como el principal camino de transmisión del virus a la población general heterosexual y perinatal, por lo menos en Estados Unidos y Europa (Des Jarlais y Friedman, 1989; Moss, 1990). Una transmisión ejercida, según el modelo de Williams (1990), a través de la costumbre de compartir material de inyección por parte de los adictos por vía parenteral y de las relaciones homosexuales, heterosexuales y bisexuales mantenidas, de forma afectiva o mercantil, con personas de la población general mayoritariamente de sexo masculino.

Las características que presenta la enfermedad, como son un largo periodo de incubación (Lui, Darrow y Rutherford, 1988) tras el que acaban desarrollando un sida manifiesto entre un 50 y un 75 por 100 de las personas contagiadas (Carné, Weller, Johnson y cols., 1987; Goedert, Biggar, Weiss y cols., 1986; Moss, Bachetti, Osmond y cols., 1988; Polk, Fox, Brookneyer y cols., 1987), y también el incremento de las posibilidades del arsenal farmacológico disponible para combatir con éxito las infecciones oportunistas, deberían estar asociadas con la evitación sistemática, por parte de las personas contagiadas, de la práctica de cualquier comportamiento susceptible de transmitir el virus a otras personas, para evitar de esta forma la expansión de la epidemia (González, 1989; Bayés, 1990) y también para dificultar la aparición de la enfermedad en su propio cuerpo (Bayés y Arranz, 1988).

Por todo ello, la posibilidad de controlar en buena medida la expansión de la epidemia a través de la consecución de cambios en los comportamientos de riesgo de la población de usuarios de drogas constituye, a nuestros ojos, un objetivo de gran importancia al que debería darse —especialmente en nuestro país— la máxima prioridad, tanto por parte de instituciones públicas como por las privadas. Máxime cuando diversos estudios ponen de manifiesto que los comportamientos preventivos, aunque posibles, son difíciles de conseguir (Friedman, Des Jarlais, Nealus y cols., 1989), incluso cuando se dispone de información (De la Loma, 1988; Fischl, Dickinson, Scott y cols., 1987; Jones y Vlahov, 1989), siendo esta última una condición necesaria pero no suficiente para su realización (Bayés, 1992; Bayés y Ribes, 1989).

Es evidente que el objetivo final de una investigación sobre estos problemas debe ser la elaboración de programas e instrumentos capaces de conseguir la adopción de comportamientos preventivos sistemáticos en los drogadictos por vía parenteral, tanto en el ámbito de la drogadicción como en el sexual; no obstante, para que esto pueda llevarse a cabo con eficacia se precisa todavía mucha investigación empírica que nos permita un mejor conocimiento de nuestra realidad y de los posibles factores y procesos implicados. Y no es un secreto para nadie que, en nuestro país, los datos existentes son todavía

escasos (véase, por ejemplo, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991). Por otra parte, éste es un campo en el que los datos procedentes de otras culturas —especialmente la anglosajona— pueden, en muchos aspectos, ser difícilmente generalizables.

En este trabajo hemos tratado de averiguar, en una población de heroinómanos seropositivos al VIH que en el pasado o en la actualidad han solicitado tratamiento de deshabituación en el Servicio de Prevención, Orientación y Terapia para Toxicómanos (SPOTT) de la Diputación de Barcelona: a) sus comportamientos de riesgo o prevención en los ámbitos sexual y de drogadicción, inmediatamente antes y después de conocer un diagnóstico de seropositividad al VIH, y b) los comportamientos de apoyo o marginación hacia el drogadicto, por parte de parejas y/o familiares próximos, antes y después de conocer el diagnóstico de seropositividad al VIH de la persona afectada, con el fin de valorar el impacto que produce la noticia del diagnóstico y para diseñar de la mejor forma posible estrategias de intervención para la modificación de los comportamientos arriesgados en esta población.

Metodología

Sujetos

Han participado 80 sujetos que cumplían los siguientes criterios de inclusión: a) tener historia clínica en SPOTT; b) tener, o haber tenido, un comportamiento de adicción respecto a la heroína, y c) tener, documentado, un diagnóstico positivo al VIH.

Material

Se ha elaborado y utilizado un cuestionario semiestructurado dividido en cuatro apartados:

1. Descripción de características relevantes del sujeto como son sexo, fecha y lugar de nacimiento, ubicación dentro de la estructura familiar, lugar de residencia actual, y edad en que empezó a administrarse heroína de forma regular, además del tiempo transcurrido desde que conoce su diagnóstico de seropositividad y el tiempo que llevaba abstinente en el momento de conocer dicho diagnóstico.

2. Comportamiento de uso de heroína, durante el mes anterior y los tres meses siguientes al conocimiento del diagnóstico de seropositividad al VIH. Con el alargamiento del periodo posterior, se pretende compensar la posible falta de representatividad del comportamiento inmediato al conocimiento del diagnóstico.

3. Comportamiento sexual durante los mismos periodos de tiempo, distinguiendo entre el realizado con parejas afectivas y con parejas mercantiles —prostitución.

4. Relaciones personales, antes y después de co-

nocer el diagnóstico de seropositividad al VIH. La exploración se centra en determinar qué personas reconocía el sujeto como afectivamente próximas en el momento de conocer el diagnóstico y si se han producido cambios en estas relaciones.

Diseño

El diseño utilizado para la obtención de datos ha sido cuasi experimental del tipo AB, diseño recomendado por diversos autores ante problemáticas similares a la nuestra (Alvira y cols., 1979; Barlow y Hersen, 1984; Campbell y Stanley, 1966).

Procedimiento

Los sujetos, atendidos en el SPOTT entre 1980 y 1989, se han contactado a través de una carta, del teléfono, y personalmente en el caso de nuevas demandas de tratamiento. Han participado voluntariamente en el estudio 6 personas a través de la carta (un 2,5 por 100 de las enviadas), 55 a través del teléfono (3,5 por 100 de las llamadas realizadas) y 19 procedentes de las nuevas admisiones a tratamiento.

Los 80 cuestionarios han sido administrados en forma de entrevista semiestructurada, asegurando el anonimato e informando del objetivo de la investigación a cada sujeto, durante periodos de 13 a 20 minutos, por 4 terapeutas del SPOTT, previamente entrenados y con acuerdo respecto a la taxonomía de respuestas del pequeño número de preguntas abiertas existentes en el cuestionario. El entrevistador preguntaba al sujeto refiriéndose, siempre y en todos los casos, a la primera vez que éste conoció su diagnóstico positivo al VIH.

Complementariamente a la realización del cuestionario, a 61 de los sujetos se les preguntó por otros aspectos relativos al conocimiento de la noticia de la seropositividad. En los apartados de resultados y de discusión, comentaremos también algunos de estos datos.

Índices de clasificación de los comportamientos reportados por los sujetos

En consonancia con el objetivo de diseñar una estrategia de intervención en la modificación de comportamientos arriesgados, hemos evaluado los resultados, en la medida de lo posible, a través de la definición de categorías de comportamiento jerárquicas respecto al grado de riesgo que reconoce asumir cada sujeto por los distintos conceptos evaluados. Así, por ejemplo, si bien el solo hecho de compartir jeringuillas resulta un comportamiento sumamente arriesgado en una población con una alta prevalencia de seropositivos al VIH, dado que se trata de una actividad habitual entre los adictos a la heroína, y con el fin de concretar un poco más el tipo de prevención que podrían practicar éstos en

algunas fases del tratamiento, hemos considerado diversos grados de promiscuidad reconocida en su uso. Dada la presión social en dirección contraria, en todos los casos consideramos que si una persona manifiesta realizar un comportamiento muy arriesgado, está dando una respuesta sumamente desadaptada. En este sentido, los índices que se describen a continuación constituyen formas de comportamiento progresivamente más desadaptadas a nivel personal o social, pudiendo constituir objetivos sucesivos del tratamiento. En consecuencia, no les atribuímos tanto valor epidemiológico como clínico en la medida en que sugieren formas de intervención para la modificación de los comportamientos de riesgo.

Abstinencia

A pesar de tratarse de personas que en algún momento de su vida han iniciado un tratamiento de deshabituación, y puesto que el proceso de deshabituación evolucionaba habitualmente en periodos de abstinencia más o menos prolongados, interrumpidos por sucesivas recaídas (Funes y Romani, 1985; Royo, 1988; Sans, 1988), hemos considerado *abstinentes* a aquellas personas que manifestaron no haber consumido heroína en los periodos de tiempo inmediatamente anterior y posterior al conocimiento del diagnóstico de seropositividad al VIH (un mes antes y tres meses después) y *consumidores* a los que si la consumieron dentro de estos periodos de tiempo, resultando estos últimos personas con alta frecuencia de consumo por vía intravenosa.

Compartir jeringuillas

Teniendo en cuenta que los comportamientos de riesgo de infección por VIH relacionados con el uso de heroína pueden circunscribirse al hecho de compartir jeringuillas con otros adictos, hemos distinguido las cuatro categorías siguientes:

1. *No comparten* jeringuillas los abstinentes y los consumidores que manifiestan no compartirlas nunca.
2. *Sólo reciben* jeringuillas los que nunca las prestan y en cambio las aceptan aunque sólo sea ocasionalmente.
3. *Sólo pasan* jeringuillas los que las prestan al menos ocasionalmente y nunca las aceptan de otros.
4. *Pasan y reciben* jeringuillas aquellos que, al menos ocasionalmente, realizan ambas actividades.

Índices de riesgo relacionados con el uso de jeringuillas

Entre las personas que no comparten jeringuillas hemos considerado que una persona abstinente tiene una menor probabilidad de correr este tipo de riesgo que una persona consumidora que manifiesta no compartirlas. Entre las personas que si las compar-

ten, hemos tenido en cuenta la posibilidad de que estas actividades se limiten a un grupo de personas próximas al sujeto, lo que indicaría una cierta voluntad preventiva aunque de escasa eficacia. Con esta base hemos construido dos índices: el primero, de *riesgo asumido*, gradúa la aceptación de jeringuillas usadas indicando un mayor o menor cuidado personal; y el segundo, de *riesgo creado*, gradúa su cesión indicando el grado de responsabilización en el cuidado de los demás.

El *grado de riesgo asumido por el uso de jeringuillas* es un índice de cuatro puntos que se interpretan según la siguiente descripción:

1. Persona *abstinente*.
2. Se inyecta heroína, pero manifiesta que *no recibe* jeringuillas.
3. Recibe jeringuillas *sólo de personas conocidas* y/o sabiendo su diagnóstico al VIH.
4. Recibe jeringuillas *indiscriminadamente*.

De forma paralela al anterior, *grado de riesgo creado por el uso de jeringuillas* es también de cuatro puntos que se interpretan según la siguiente descripción:

1. Persona *abstinente*.
2. Se inyecta heroína, pero manifiesta que *no pasa* jeringuillas.
3. Pasa jeringuillas *sólo a personas conocidas* y/o informando sobre su diagnóstico al VIH.
4. Pasa jeringuillas *indiscriminadamente*.

Tipo de relaciones sexuales

La descripción del comportamiento sexual de estas personas se realiza atendiendo a la clasificación, prevista en el cuestionario, en términos de relaciones sexuales con parejas afectivas, y de relaciones con parejas esporádicas a través de la prostitución. En el primer tipo se trata de la primera, y casi siempre única, pareja afectiva. Hemos separado ambos tipos de comportamiento sexual porque, además de conllevar distintos grados de promiscuidad, también presentan distintos tipos de implicación personal que pueden favorecer o no la realización de comportamientos preventivos.

En ambos casos, los cinco tipos posibles son:

1. *No mantiene relaciones sexuales*.
2. *Mantiene relaciones lesbianas*.
3. *Mantiene relaciones hemosexuales masculinas*.
4. *Mantiene relaciones heterosexuales*.
5. *Mantiene relaciones bisexuales*.

Grado de riesgo por relaciones sexuales

Como en el caso de inyectarse heroína, el hecho de mantener o no relaciones sexuales de cualquier tipo

no puede considerarse en sí mismo arriesgado respecto a la infección por VIH. Es una forma particular de mantener algunas de ellas —la penetración sin protección—, lo que conlleva, en mayor grado, este tipo de riesgo. El hecho de que este tipo de actividad sea el más frecuente en muchas relaciones sexuales es lo que las convierte en arriesgadas. Por ello, el riesgo que se admite estar asumiendo por el mantenimiento de relaciones sexuales puede concretarse en las tres categorías siguientes:

1. *No mantiene relaciones sexuales* o bien *mantiene relaciones lesbianas*.
2. *Mantiene relaciones heterosexuales, homosexuales masculinas o bisexuales*, utilizando preservativos con frecuencia (siempre o casi siempre) o no realizando penetración nunca o casi nunca. Es decir, *con control*.
3. *Mantiene relaciones heterosexuales, homosexuales masculinas o bisexuales* con penetración frecuente (siempre, casi siempre o a veces) y sin usar preservativos (nunca, casi nunca, a veces). Se trata de relaciones *sin control*.

Grado de apoyo percibido por el sujeto en sus relaciones personales

A partir de los datos obtenidos sobre la sensación de apoyo por parte de familiares, amigos y profesionales, hemos elaborado un índice ordinal de apoyo, basado en los siguientes criterios:

- a) Las cinco categorías iniciales de apoyo por parte de cada persona se han reducido a dos («totalmente» y «bastante» significan que *se siente apoyado* y «moderadamente», «poco» y «nada» significan que *no*).
- b) Se han considerado apoyos más importantes, por este orden, el de los padres, el de la pareja y el de los hermanos y/o amigos.
- c) Se ha considerado más apoyada una persona que lo es por su pareja y alguno de sus padres, que no aquellas que lo son por ambos padres y no por su pareja.
- d) Se ha prescindido del apoyo atribuido a los profesionales.

En consecuencia, hemos ordenado a los sujetos, según el grado de apoyo que manifiestan sentir, en cinco categorías:

1. *No se siente apoyado por nadie*.
2. *Sólo se siente apoyado por amigos y/o hermanos*.
3. *Se siente apoyado por su pareja, no por sus padres*.
4. *Se siente apoyado por sus padres, no por su pareja*.
5. *Se siente apoyado por al menos uno de sus padres y por su pareja*.

Resultados

Características de los sujetos

En la tabla 1 se resume la información relativa a la forma de contacto y al tipo de respuesta que se obtuvo. Los 80 sujetos que aceptaron participar eran personas jóvenes —tenían, en el momento de la entrevista, edades comprendidas entre los 20 y 39 años, con una media de 27,150 años y una mediana de 27 años, el 95 por 100 de ellos no ha cumplido los 33 años—, mayoritariamente, de sexo masculino —59 (73,8 por 100) son hombres y 21 (26,3 por 100) mujeres—. Residían en Barcelona (51,3 por 100) o su provincia (43,8 por 100) con pocas excepciones —un 3,8 por 100 en otras provincias catalanas y un 1,3 por 100 en el resto del territorio español—, en ciudades con una población superior a 100.000 habitantes en un 67,5 por 100 de los casos, habiendo nacido un 80 por 100 de ellos en esta misma zona.

El uso de la heroína se convirtió en una práctica habitual para ellos entre los 14 y los 25 años, con una media de 18,325 años y una mediana de de 18 años. En el momento de recibir su diagnóstico como seropositivos al VIH, contaban con edades comprendidas entre los 19 y los 37 años, con una media de 25,175 años y una mediana de 25 años, y llevaban una media de 6,8 años de adicción al consumo de heroína, aunque este último dato es muy variable, puesto que oscila entre 1 y 17 años, con una

desviación estándar de 2,892 años. La mayoría, un 78,8 por 100, conoce su diagnóstico de seropositividad al VIH entre los años 1985 y 1988, cuando se generalizó la realización del test serológico entre nuestros usuarios. Además, los datos sobre las edades de adicción y de conocimiento de su diagnóstico como seropositivos al VIH no dependen de forma significativa del sexo, del lugar de nacimiento, ni de la residencia actual.

Datos sobre la realización de la prueba serológica

Entre los 61 sujetos de los que disponemos de esta información, el 23 por 100 había realizado una sola vez la prueba serológica del VIH, el 39,3 por 100 la había realizado dos veces y el 37,7 por 100 tres o más veces. Respecto a los motivos que los llevaron a repetir el test serológico, los sujetos manifestaron mayoritariamente razones como: desconfianza en la veracidad del diagnóstico, negación del resultado positivo, o simplemente la necesidad de comprobación del diagnóstico.

Sobre el profesional que les comunicó el resultado de la prueba serológica, un 68,7 por 100 de los sujetos fueron informados por un médico, mientras que un 14,5 por 100 lo fueron a través de otras personas no siempre profesionales (por ejemplo, sus familiares), y un 16,8 por 100 conocieron un diagnóstico positivo al VIH a través de un sobre ce-

TABLA 1

Respuesta obtenida en función del tipo de contacto establecido para reclutar participantes en el estudio entre la población de adictos por vía parenteral atendidos en el SPOTT

Tipo de contacto	Frecuencia y porcentaje	Participación
Contacto por carta (sobre 2.380 enviadas)		
Respuestas	11	6
Contacto por teléfono (sobre 1.552 llamadas)		
Se contactó personalmente	523	55
• Personas seropositivas al VIH que manifestaban <i>querer venir</i> a SPOTT para realizar la entrevista	121 (23,14 %)	55
• Personas seropositivas al VIH que <i>no querían venir</i> a SPOTT para realizar la entrevista	42 (8,03 %)	0
• Personas seropositivas al VIH que <i>no podían venir</i> a SPOTT para realizar la entrevista	18 (3,44 %)	0
• Personas que habían realizado la serología al VIH con <i>resultado negativo</i>	196 (37,48 %)	0
• Personas que estaban <i>en espera del resultado</i> de la serología al VIH	28 (5,35 %)	0
• Personas que no habían realizado la serología al VIH y estaban <i>dispuestas a realizarla</i>	23 (4,40 %)	0
• Personas que no habían realizado la serología al VIH y <i>no estaban dispuestas a realizarla</i>	69 (13,19 %)	0
• Personas que no querían dar <i>ninguna información</i>	26 (4,97 %)	0
Contacto personal	19	19

TABLA 2

Frecuencias y porcentajes de personas que realizan los diversos comportamientos relacionados con el uso de heroína antes del conocimiento del diagnóstico de seropositividad al VIH y características de los índices de riesgo asumido y riesgo creado por el uso de heroína. Riesgo asumido: 1) abstinentes; 2) no recibe jeringuillas (incluye a los que nunca las comparten); 3) sólo recibe de personas conocidas o sabiendo su diagnóstico respecto al VIH, y 4) recibe jeringuillas de cualquier persona. Riesgo creado: 1) abstinentes; 2) no pasa jeringuillas (incluye a los que nunca las comparten); 3) sólo presta jeringuillas a personas conocidas o informando de que desconoce su propio diagnóstico respecto al VIH, y 4) pasa jeringuillas a cualquier persona

Abstinencia	Entre 1 y 3 años (10, 12,5%)	Entre 1 mes y 1 año (18, 22,5%)	Menos de 1 mes (52, 65%)				
			Nunca (10, 19,2%)	Al menos ocasionalmente (42, 80,8%)			
Compartir jeringuillas							
Recibir/prestar			No recibe (0, 0%)	Recibe (42, 100%)	No pasa (8, 19%)	Pasa (34, 81%)	
De quien/a quien				Sólo de conocidos (27, 64,3%)	Sin discriminar (15, 35,7%)	Sólo a conocidos (22, 64,7%)	Sin discriminar (12, 35,3%)
Riesgo asumido	1) (28, 35%)		2) (10, 12,5%)	3) (27, 33,8%)	4) (15, 18,8%)		
Riesgo creado	1) (28, 35%)				2) (18, 22,5%)	3) (22, 27,5%)	4) (12, 15%)

grado de un laboratorio privado, sin recibir ningún otro tipo de información complementaria.

Asimismo, el 61 por 100 de ellos manifiesta haber sido informado, en el momento de conocer su positividad al VIH, del tipo de comportamientos preventivos que debían adoptar en el futuro, mientras que el 39 por 100 restante verbaliza no haber tenido ningún tipo de información preventiva en este momento.

Comportamiento relacionado con el uso de heroína

Según se observa en la tabla 2, antes de conocer su diagnóstico como seropositivos al VIH, un 12,5 por 100 de los sujetos manifestó llevar entre uno y tres años sin administrarse heroína, un 22,5 por 100 indicó que estaba abstinentes desde hacía más de un mes y menos de un año, y el resto, un 65 por 100, que se había administrado heroína durante el último mes; entre ellos, más de la mitad el mismo día, prácticamente todos con una frecuencia superior o igual a 3 veces por semana y, sin excepciones, por vía intravenosa. Es decir, un 35 por 100 de las personas tuvo conocimiento de dicho diagnóstico durante un periodo de abstinencia y un 65 por 100 en un periodo de alto consumo de heroína.

Entre los consumidores de heroína antes de conocer el diagnóstico de seropositividad al VIH, una gran mayoría, el 80,8 por 100, manifestó compartir jeringuillas al menos ocasionalmente. En este sentido, un 81 por 100 de los heroínómanos que compar-

tían jeringuillas realizaba los dos tipos de comportamiento, pasar y recibir instrumental, mientras que el restante 19 por 100 manifestó que sólo las recibía. Un 35,7 por 100 de las personas que aceptaban jeringuillas lo hacían de cualquier persona y sin ningún tipo de información sobre su serología, así como en un 35,3 por 100 de los casos prestaban jeringuillas a cualquier persona sin informarle del posible peligro.

La evolución de los datos referentes a los cuatro indicadores de comportamiento respecto a la heroína, antes y después del conocimiento del diagnóstico de seropositividad al VIH, se presenta en las figuras 1 (abstinencia), 2 (compartir jeringuillas), 3 (riesgo asumido por el uso de jeringuillas) y 4 (riesgo creado por el uso de jeringuillas).

Después de conocer el resultado positivo de su serología (véase figura 1), la mayoría de personas (76,3 por 100) no modifican su comportamiento de uso de heroína, manteniéndose abstinentes si antes lo estaban y consumiéndola si era éste su comportamiento anterior. Sin embargo, cuando se produce el cambio, éste se decanta de forma significativa ($\chi^2 = 6,368$; $p < 0,025$) hacia la abstinencia.

Esta tendencia se observa también en el hecho de compartir jeringuillas (véase figura 2): un 63,75 por 100 de las personas no modifican su comportamiento habitual, pero el 100 por 100 de los que cambian reducen el grado de riesgo por esta actividad, dejando de compartirlas totalmente un 79,3 por 100 de ellos.

En la misma dirección se inclinan los resultados obtenidos al comparar el riesgo asumido y el riesgo

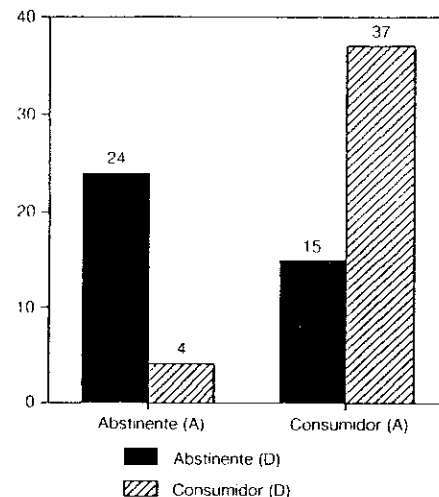


Figura 1 Frecuencias de personas abstinentes y consumidoras de heroína antes (A) y después (D) de conocer su diagnóstico como seropositivos al VIH. Se consideran abstinentes las personas que no han consumido heroína como mínimo 1 mes antes y 3 meses después de este momento.

creado antes y después del conocimiento del diagnóstico (véanse figuras 3 y 4). La mayoría de personas no cambian su comportamiento en este momento: un 58,75 por 100 acepta el mismo grado de

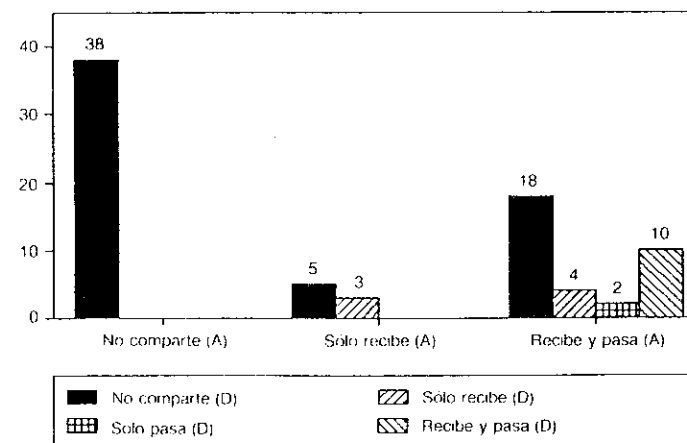


Figura 2 Frecuencias en que se dan las distintas formas de compartir jeringuillas antes (A) y después (D) de la noticia diagnóstica de seropositividad al VIH

riesgo y un 60 por 100 crea el mismo riesgo que antes. También en estos dos indicadores se observa que la mayoría de personas que no cambian mantienen un comportamiento preventivo. De las personas que cambian su comportamiento, los abstinentes que vuelven a consumir lo hacen sin compartir jeringuillas. El resto evoluciona, en mayor o menor grado, hacia comportamientos menos arriesgados, aunque en 2 casos siguen prestando jeringuillas y en 1 siguen aceptando

Comportamiento sexual

En la figura 5 se presentan los datos sobre el tipo de relaciones sexuales afectivas que mantenían los sujetos antes y después de conocer su diagnóstico como seropositivos al VIH. Antes del diagnóstico, las relaciones afectivas homosexuales, tanto masculinas como femeninas, brillan por su ausencia; se produce un único caso de cada una de ellas. Un 37,5 por 100 de personas afirman no haber mantenido durante los tres meses de referencia ningún tipo de relación sexual afectiva y el resto las tenían heterosexuales. De la misma forma, la inmensa mayoría de los que mantenían relaciones sexuales afectivas realizaban penetración sin preservativo la mayoría de las veces (véase figura 6). El motivo principal por el que no se usaban preservativos (véase figura 7) es que no eran necesarios para prevenir embarazo puesto que se utilizaban otros medios anticonceptivos.

Por lo que respecta a las relaciones sexuales afectivas antes del diagnóstico (véase figura 8) cabe destacar su elevada frecuencia (las mantien-

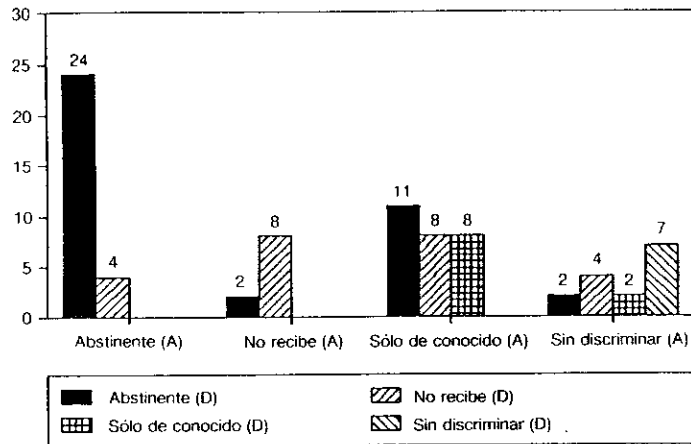


Figura 3. Frecuencias con que se asumen los distintos grados de riesgo asociados al consumo de heroína por el hecho de recibir jeringuillas utilizadas por otras personas.

un 52,2 por 100 de las personas encuestadas); por lo demás, la repartición es parecida a la anterior; sólo tres personas mantienen relaciones no exclusivamente heterosexuales: una, lesbianas; otra, homosexuales masculinas, y otra, bisexuales. El resto, o bien no mantienen relaciones de este tipo (48,8 por 100) o bien las mantienen heterosexuales (47,5 por 100). Igualmente, según se observa en las figuras 7 y 9, la penetración sin preservativo resulta el

comportamiento más frecuente, también dependiendo fundamentalmente del uso de otros anticonceptivos.

Después del conocimiento del diagnóstico como seropositivos al VIH, también se manifiestan cambios en el riesgo asumido por la práctica de relaciones sexuales. En la figura 6 se pone de manifiesto que del 43,7 por 100 de personas que cambian su comportamiento sexual afectivo, la mayoría (57,1

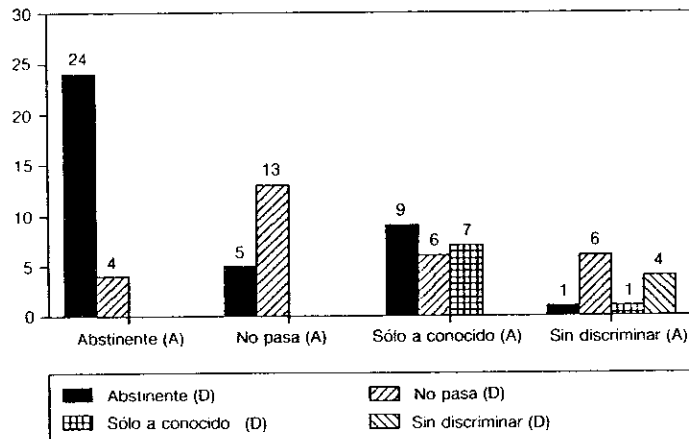


Figura 4. Frecuencias con que se crean los distintos grados de riesgo asociados al consumo de heroína por el hecho de prestar jeringuillas utilizadas a otras personas.

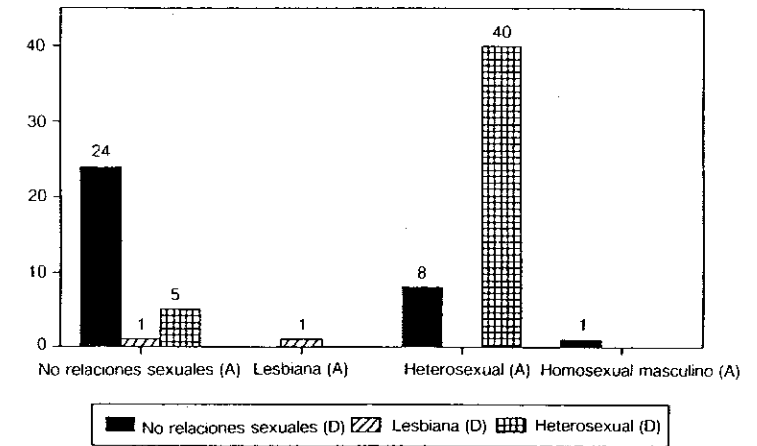


Figura 5. Frecuencias de los distintos tipos de relaciones sexuales afectivas antes (A) y después (D) de la noticia diagnóstica de seropositividad al VIH.

por 100) pasa de realizar penetración sin preservativo a usarlo o no realizarla, dándose en un solo caso (2,8 por 100) el cambio contrario. En los casos en que aparecen relaciones heterosexuales u homosexuales masculinas durante este periodo (14,3 por 100), éstas se mantienen también de forma preventiva. El resto de casos (25,7 por 100) corresponden a personas que han abandonado la práctica de relaciones sexuales afectivas. Los sujetos que no usan

preservativos aducen una mayor variedad de motivos que antes del diagnóstico, según se refleja en figura 10. Por otra parte, cabe señalar que un 77 por 100 de los que sí las usan, lo hacen para evitar el posible contagio de su pareja.

Por lo que respecta a las relaciones sexuales afectivas (véase figura 9), se producen menos cambios (37,5 por 100), aunque la mayoría (83,3 por 100) son en dirección preventiva; también en e-

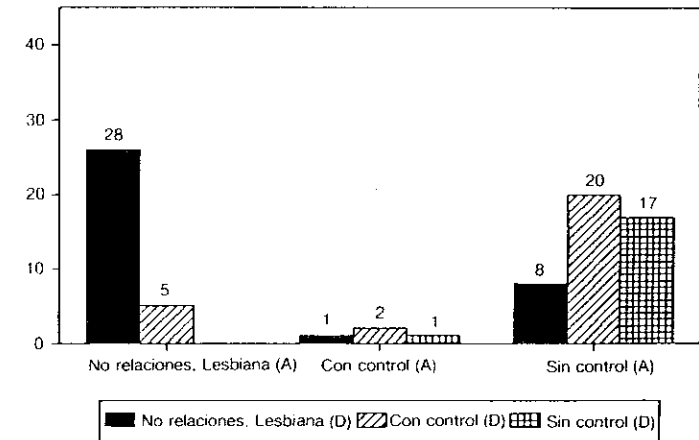


Figura 6. Grado de riesgo relacionado con el comportamiento sexual con parejas afectivas antes (A) y después (D) de la noticia del diagnóstico de seropositividad al VIH [No mantiene relaciones sexuales o sólo lesbianas (No relaciones, Lesbiana), relaciones sexuales de otro tipo con preservativo o sin penetración (Con control), relaciones sexuales de otro tipo penetración y sin preservativo (Sin control)].

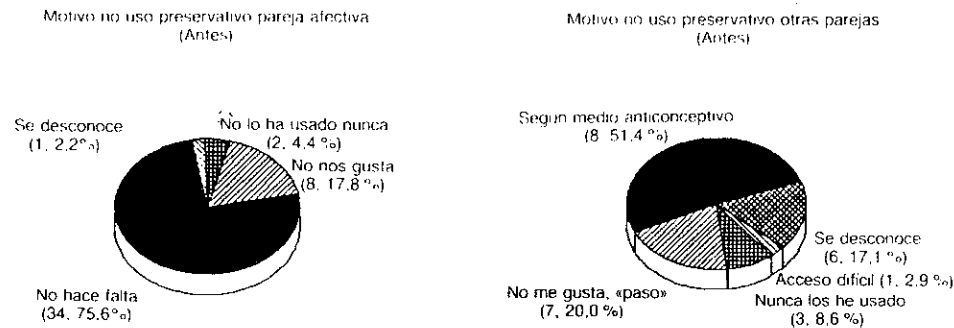


Figura 7. Motivos por los que no se usan preservativos durante la penetración en las relaciones sexuales antes de conocer el diagnóstico de seropositividad al VIH. (Frecuencias seguidas de porcentajes.)

caso se trata de una relación significativa ($\chi^2 = 13.33$; $p < 0.001$). De nuevo, los motivos para no usar preservativos son diversos (véase figura 10) y se repite también el hecho de que la mayoría (un 80.95 por 100 en este caso) de los que si los usan, lo hacen con el fin de evitar el contagio de sus clientes.

Finalmente, por lo que respecta a la relación entre ambos tipos de comportamiento, el consumo de heroína no está relacionado con el comportamiento preventivo practicado al mantener relaciones sexuales, ni antes (Fig. 11) ni después (Fig. 12) de conocer el diagnóstico de seropositividad. Tampoco los cambios en el comportamiento sexual con parejas afectivas (Fig. 13) y no afectivas (Fig. 14) se relacionan de forma consistente con los cambios observados en el consumo de heroína.

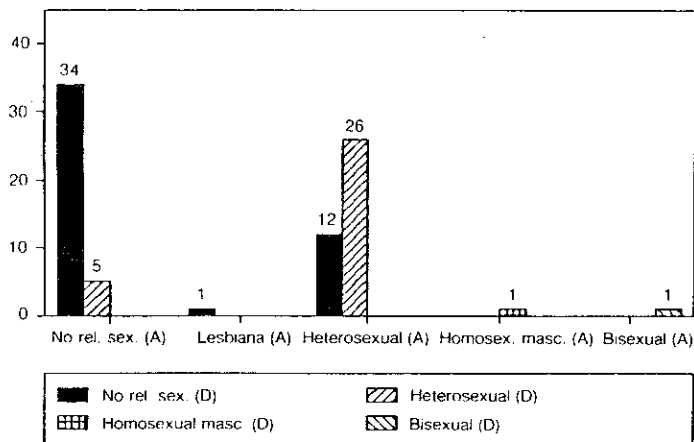


Figura 8. Frecuencias de los distintos tipos de relaciones sexuales no afectivas antes (A) y después (D) de la noticia del diagnóstico de seropositividad al VIH.

Relaciones personales

La distribución de apoyos personales manifestados por los sujetos es la que se presenta en la figura 15, donde se pone de manifiesto que antes de saberse su diagnóstico como seropositivos al VIH, dos tercios de las personas se sentían apoyadas por al menos dos personas muy cercanas, llamando también la atención el 13.8 por 100 de los encuestados que manifiestan no sentirse apoyados por nadie.

Los cambios manifestados por los sujetos respecto a las relaciones personales son mínimos, se producen tan sólo en un 12,5 por 100 de los casos, y sin presentar ningún tipo de tendencia clara. La tendencia que aparece en este caso es que las personas que se sentían apoyadas antes siguen estándolo después y por parte de las mismas personas.

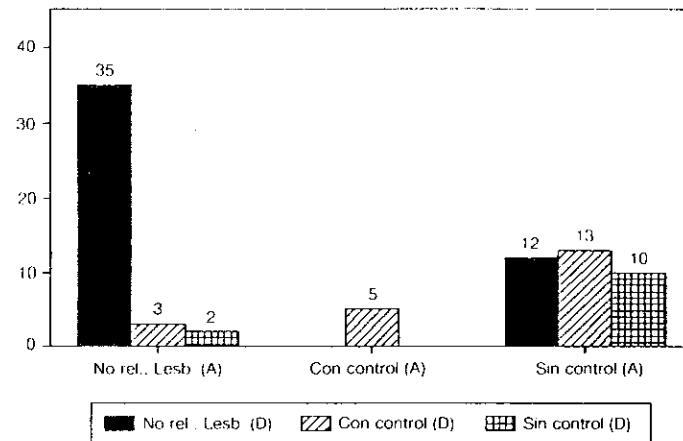


Figura 9. Grado de riesgo relacionado con el comportamiento sexual con parejas no afectivas antes (A) y después (D) de la noticia del diagnóstico de seropositividad al VIH. [No mantiene relaciones sexuales o sólo lesbianas (No rel. Lesb.), relaciones sexuales de otro tipo con preservativo o sin penetración (Con control), relaciones sexuales de otro tipo con penetración y sin preservativo (Sin control)].

Discusión

El primer dato que deseamos destacar es la dificultad que supone contactar con las personas adictas a la heroína por vía parenteral, aunque se les proponga tratar de forma personalizada un tema que les afecta directamente y a través de un centro al que ya han acudido alguna vez en demanda de tratamiento con motivo de su adicción. En este sentido, se muestran más eficaces las formas de contacto más personales.

Además, destaca también un porcentaje apreciable (casi del 20 por 100) de personas que, o no

quieren realizar pruebas o no quieren informar de su serología respecto al VIH.

Por si solos, estos datos sugieren la necesidad de potenciar dispositivos de contacto más cercanos a esta población (programas específicos de atención a través de agentes de salud, en lugares próximos a los que frecuentan habitualmente).

Respecto a la prueba serológica, destacan dos aspectos: a) la tendencia de un porcentaje importante de sujetos a repetirla en diversas ocasiones, y b) la diversidad en las formas de comunicación del diagnóstico.

Si bien estas repeticiones pueden deberse a mul-

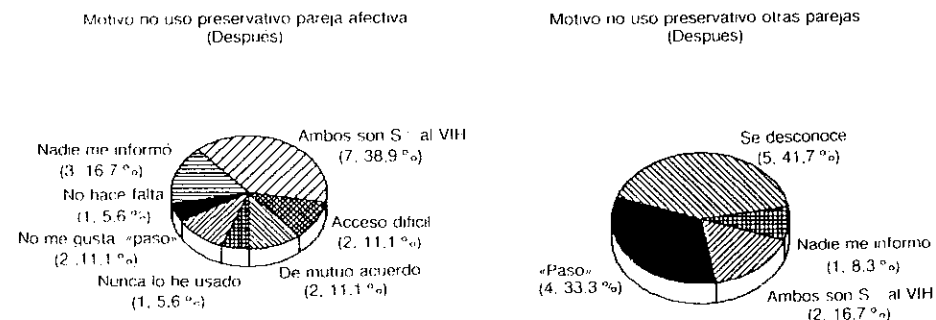


Figura 10. Motivos por los que no se usan preservativos durante la penetración en las relaciones sexuales después de conocer el diagnóstico de seropositividad al VIH.

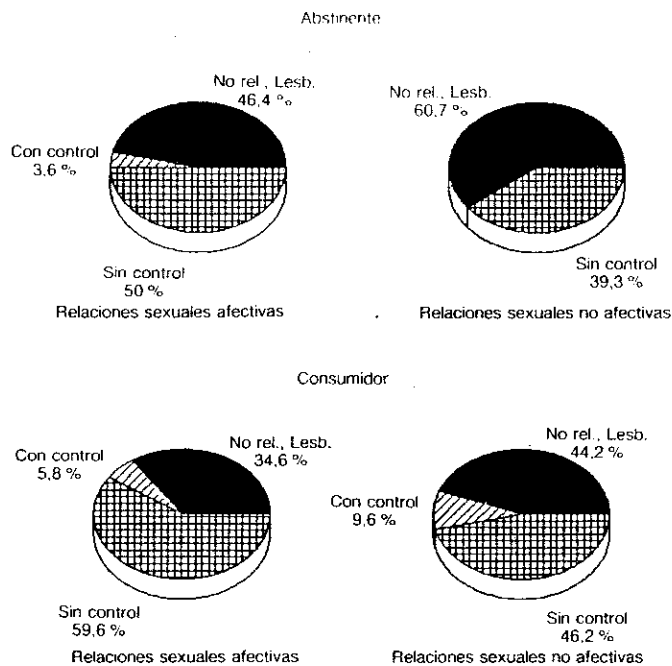


Figura 11. Porcentajes de los diferentes tipos de relaciones sexuales antes de conocer el diagnóstico VIH.

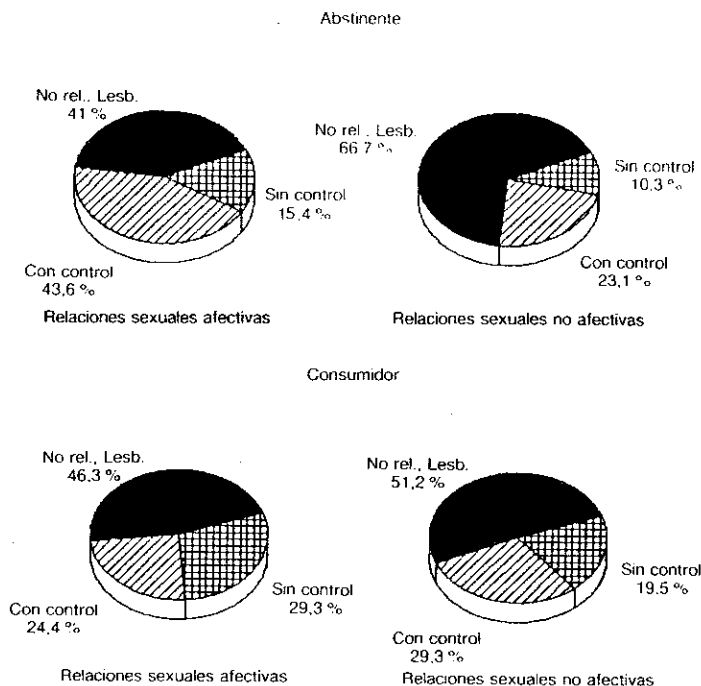


Figura 12. Porcentajes de los diferentes tipos de relaciones sexuales después de conocer el diagnóstico VIH.

tiples factores, tales como: variabilidad del periodo «ventana», práctica de nuevos comportamientos de riesgo con posterioridad al periodo de seis meses anteriores a la prueba, etc., no debe desestimarse que en un número determinado de casos, tales repeticiones puedan deberse, simplemente, a una forma inadecuada de comunicación del diagnóstico ya que, de acuerdo con nuestros datos, un 31,3 por 100 recibieron la información a través de un no profesional o por escrito y, en los casos restantes, lo más probable es que en muchos de ellos, a pesar de la comunicación verbal a través de un médico, ésta fuera rápida, escueta y sin el tiempo necesario para, por una parte y debido al impacto emocional, asimilar el diagnóstico y, por otra, recibir información suficiente sobre las implicaciones del mismo y las precauciones a tomar tanto para mantener la salud propia como para preservar la de las demás personas.

Ante esta posibilidad, creemos importante recordar las recomendaciones de diversos autores (véanse, por ejemplo, Perry y Markowitz, 1988) en el sentido de proporcionar a las personas afectadas el asesoramiento de un profesional especialmente adiestrado antes de la realización de la prueba y en el momento de la comunicación del diagnóstico, tan-

to si el resultado es positivo como si es negativo (Buckingham, 1987).

Si tenemos en cuenta que el tratamiento de un enfermo de sida se ha calculado que podría costar unos 8 millones de pesetas (Bloom y Cardiner, 1988), para conducir la mayoría de las veces a un desenlace fatal, un profesional sanitario que costara 4 millones anuales a la Administración, por ejemplo, justificaria su salario con sólo que consiguiera que, cada dos años, no se contagiara una nueva persona.

Por otra parte, según nuestros datos, el conocimiento del diagnóstico de seropositividad al VIH, en general, no cambia el comportamiento de drogadicción vigente si bien aparece una mayor tendencia de los consumidores hacia la abstinencia. En el caso de los abstinentes, éstos, mayoritariamente, no suelen interrumpir su periodo de abstinencia.

Con referencia a los comportamientos de riesgo, si nos ceñimos al grupo abstinentes en el momento de recibir el diagnóstico, observamos que la totalidad de los individuos de este grupo, al conocer el diagnóstico, siguen con sus comportamientos de prevención en relación con el problema del sida, si bien algunos de ellos (14,3 por 100) vuelven a administrarse droga.

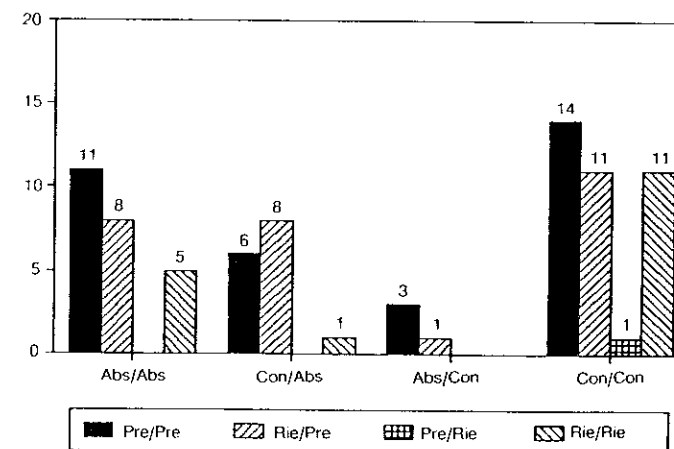


Figura 13. Frecuencias del cambio de riesgo en las relaciones sexuales afectivas en función del cambio en el uso de heroína.

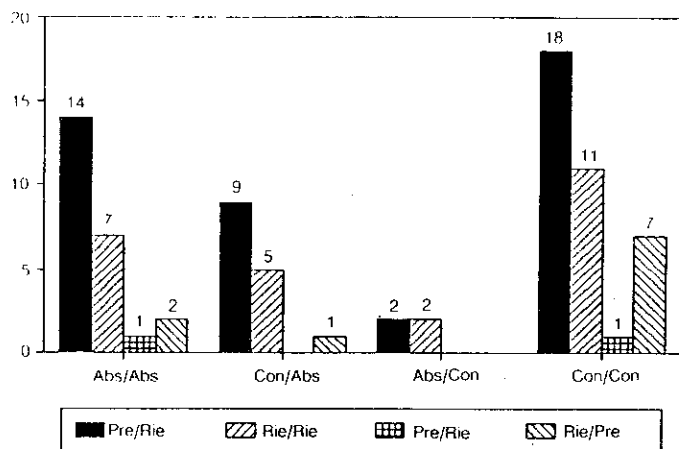


Figura 14 Frecuencias del cambio de riesgo en las relaciones sexuales no afectivas en función del cambio en el uso de heroína.

Con respecto al grupo de consumidores, a pesar de que casi la mitad mantienen sus comportamientos anteriores al conocer su seropositividad, la otra mitad se inclina a incrementar sus comportamientos preventivos, tanto respecto a sí mismos como a los demás.

En otras palabras, en general, el hecho de conocer el diagnóstico aumenta la probabilidad de abstinencia en los consumidores y disminuye los com-

portamientos de riesgo. Tal tendencia positiva ha sido señalada también, en otros contextos culturales, por otros autores (Des Jarlais y Friedman, 1989). Por ello, parece que, salvo las excepciones individuales que así lo puedan aconsejar, a nuestro juicio, en el caso de drogadictos, la norma debería ser aconsejar la realización de las pruebas de anticuerpos al VIH, asegurando en este caso, obviamente, la confidencialidad de las mismas.

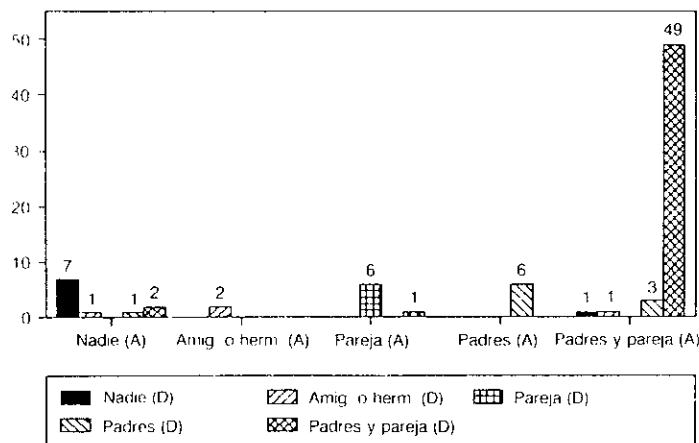


Figura 15 Frecuencias de los distintos grados de apoyo por parte de familiares y amigos antes (A) y después (D) del conocimiento del diagnóstico de seropositividad al VIH. (nadie, sólo amigos o hermanos; no padres, si pareja; si padres, no pareja; al menos uno de los dos padres y pareja).

Esta norma se ha visto reforzada por la posibilidad de ofrecer a las personas contagiadas, a través de un seguimiento, información adecuada, apoyo emocional y tratamiento medicamentoso capaz, hasta cierto punto, de lentificar la evolución de la infección (Volverding, 1989).

Además, en todas las relaciones sexuales tanto afectivas como no afectivas, la penetración heterosexual sin preservativo es el comportamiento más frecuente, observándose una tendencia al cambio en dirección preventiva después del conocimiento de la serología positiva, cambio que, en el grupo de sujetos observado, no presenta relación con el hecho de dejar, o no, de consumir heroína.

Respecto a la pareja afectiva, cuando se da el cambio, este consiste en pasar a mantener relaciones sexuales protegidas; en el caso de las parejas esporádicas, el cambio queda repartido entre dejar de mantener este tipo de relaciones o bien mantenerlas de forma protegida.

Estos datos vienen, pues, a sumarse a los que hemos comentado anteriormente sobre el uso de heroína: el hecho de conocer el diagnóstico incrementa la probabilidad de realización de comportamientos sexuales preventivos, tanto con la pareja afectiva como con otras parejas esporádicas.

A pesar de las ganancias positivas que sin duda proporciona el conocimiento de la propia seropositividad en un número apreciable de personas, tanto en sus comportamientos de drogadicción como sexuales, no debemos perder de vista que dicho conocimiento posee también una vertiente negativa ya que algunos de los afectados pueden tener problemas para soportar emocionalmente esta realidad (Buckingham, 1987).

Finalmente, la mayoría de adictos a la heroína que participaron en esta investigación, un 75 por 100, manifestaron sentirse apoyados en sus problemas por al menos dos personas muy cercanas (padre, madre o pareja). Sin embargo, llama la atención el 13,8 por 100 de personas que manifiestan no sentirse apoyadas por nadie, ni siquiera amigos, en sus problemas habituales.

Parece ser que el conocimiento del diagnóstico de seropositividad al VIH no afecta al tipo de apoyos que recibe una persona que es o había sido adicta a la heroína. Los cambios que se producen son pocos y no presentan una tendencia clara.

En este sentido, cabe destacar que si bien el conocimiento del diagnóstico no parece mejorar el grado de apoyo que siente el sujeto, tampoco resulta contraproducente puesto que no lo empeora.

Probablemente, este dato sea todavía más particular de este grupo que el resto de los que presentamos, puesto que las personas próximas a un drogadicto con una historia de adicción relativamente dilatada y que siguen apoyándole han sufrido con toda probabilidad situaciones bastante angustiosas relacionadas con problemas legales (detenciones, juicios, condenas) y la salud (sobredosis, hepatitis, etc.). Ello explicaría la relativa falta de reacción que se observa ante el conocimiento de la serología positiva al VIH.

Conclusiones

1. Debe mejorarse la comunicación de los diagnósticos de serología, tanto si éstos son positivos como si son negativos. En todo caso, la comunicación del diagnóstico debería llevarla a cabo el profesional de la salud convenientemente adiestrado, el cual, sin limitación de tiempo y en entrevista personal, incidiera en el significado real del resultado de la prueba y en las formas de actuación posibles a partir del mismo.

2. Parece importante, además, que previamente a la realización de la prueba serológica y a la decisión de efectuarla o no, intervenga un profesional que indique al interesado las ventajas y/o inconvenientes que puede suponer para él llevarla a cabo. De todas formas, es conveniente señalar que nuestros datos apoyan claramente la postura de realizarla, en caso de duda de encontrarse infectado, y que, además de la posible acción medicamentosa capaz, en bastantes casos, de lentificar la evolución de la infección, en general, el conocimiento del diagnóstico de seropositividad parece aumentar la probabilidad de abstinencia y suele traducirse en una reducción de los comportamientos de riesgo, tanto en el ámbito de drogadicción como en sexual.

3. Es importante subrayar que a pesar de observarse cambios positivos tras la comunicación del diagnóstico, los mismos no son generales ni absolutos ya que persisten muchos comportamientos de riesgo con peligro, para el interesado, de acelerar el proceso de infección hasta conducirlo a enfermedad manifiesta, y para otras personas ya que pueden verse expuestas al contagio a través de dichos comportamientos. No olvidemos que las prácticas de compartir jeringuillas, penetración sin preservativo, promiscuidad persisten, en gran medida, en la población seropositiva investigada.

4. El apoyo social manifestado por las parejas afectivas y/o los familiares hacia el drogadicto parece no experimentar cambios por el hecho de que la drogadicción se suma un diagnóstico de seropositividad al virus de inmunodeficiencia humana, pero no debemos olvidar que un número minoritario de sustancial carece de todo apoyo social en una situación de gran impacto emocional, con el peligro que supone para su propia persona y para las demás, preciso tratar de encontrar soluciones urgentes a este problema.

5. En los servicios donde se atienden personas con comportamientos de alto riesgo y, por tanto, muy especialmente los de drogodependencias, deben potenciarse programas de información y prevención del sida con el objetivo de disminuir los comportamientos de riesgo de los usuarios, extendiéndose la atención hacia aquellos que están infectados por el virus de inmunodeficiencia humana o en proceso de enfermedad. Deben crearse también programas de asesoramiento y asistencia que contemplen las características bio-psico-sociales antes, durante y después de la prueba serológica, y en los casos que se requiera, durante toda

evolución de la enfermedad; teniendo también presente la necesaria atención que requieren los familiares y las personas afectivamente próximas al drogodependiente.

Referencias

- Alvira, F., Avia, M.³D., Calvo, R. y Morales, J. F. (1979). *Los dos métodos de las ciencias sociales*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Bayés, R. (1990). Psicología y sida: Análisis funcional de los comportamientos de riesgo y prevención. *Papeles del Psicólogo*, 46/47, 30-36.
- Bayés, R. (1992). Variaciones sobre un modelo de prevención de enfermedad y su aplicación al caso del sida. *Acta Comportamental*, 0 (1), 33-50.
- Bayés, R. y Arranz, P. (1988). Las variables psicológicas como cofactores del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Jano. Medicina y Humanidades*, 34, 1313-1322.
- Bayés, R. y Ribes, E. (1989). Un modelo psicológico de prevención de enfermedad: Su aplicación al caso del sida. *Papeles del Psicólogo*, 41-42, 122-125.
- Barlow, D. H. y Hersen, M. (1984). *Single Case Experimental Designs* (2.^a ed.). New York: Pergamon.
- Bloom, D. E. y Carliner, G. (1988). The economic impact of AIDS in the United States. *Science*, 239, 604-610.
- Buckingham, S. L. (1987). The HIV antibody test: Psychological issues. *The Journal of Contemporary Social Work*, septiembre, 387-393.
- Campbell, D. T. y Stanley, J. C. (1966). *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research*. Chicago: Rand McNally. (Traducción (1973): *Diseños experimentales y cuasixperimentales en la investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu.)
- Carne, C. A., Weller, I. V. D., Johnson, A. M. y cols. (1987). Prevalence of antibodies to human immunodeficiency virus, gonorrhea rates, and changed sexual behavior in homosexual men in London. *The Lancet*, 1, 656-658.
- De la Loma, A. (1988). Aportaciones a la epidemiología del SIDA desde un centro de atención primaria. En Resumen de Ponencias de la II Conferencia de Información Sanitaria sobre el Sida. Madrid: Ayuntamiento de Madrid, policopiado.
- Des Jarlais, D. C. y Friedman, S. R. (1989). AIDS and IV drug use. *Science*, 245, 578-579.
- Fischl, M. A., Dickinson, G. M., Scott, G. M., Klimas, N., Flechter, M. A. y Parks, W. (1987). Evaluation of heterosexual partners, children, and household contacts of adults with AIDS. *Journal of the American Medical Association*, 257, 640-644.
- Friedman, S. R., Des Jarlais, D. C., Nealqus, A., Abdul-Quader, A., Sotheran, J. L., Sufian, M., Tross, S. y Goldsmith, D. (1989). AIDS and the new drug injector. *Nature*, 339, 333-334.
- Funes, J. y Romani, O. (1985). *Dejar la heroína*. Cuadernos Técnicos de Toxicomanías. Cruz Roja Española. Madrid: Dirección General de Acción Social.
- Goedert, J. J., Biggar, R. J., Weiss, S. H., Eyster, M. E., Melbye, M., Wilson, S., Ginzburg, H. M., Grossman, R. J., DiGiola, R. A., Sánchez, W. C., Giron, J. A., Ebbesen, P., Gallo, R. C. y Blattner, W. A. (1986). Three-year incidence of AIDS in five cohorts of HTLV-III-infected risk group members. *Science*, 231, 992-995.
- González, J. J. (1989). Coping with AIDS in the military: Computer-based education models to help prevent the spread of HIV. Conferencia pronunciada en la reunión CIOMR de la NATO en Würzburg, policopiada.
- Jones, C. y Vlahov, D. (1989). Why don't intravenous drug users use condoms? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2, 416-417.
- Lui, K. J., Darrow, W. W. y Rutherford, G. W. (1988). A model-based estimate of the mean incubation period for AIDS in homosexual men. *Science*, 240, 1333-1335.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1991). *Infección por VIH en usuarios de drogas*. Madrid: Publicaciones, Documentación y Biblioteca de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Moss, A. R. (1990). Epidemiology of the injecting drug-using population. En Weller, I. D. (Ed.), *Aspects of HIV Management in Injecting Drug Users* (págs. 7-12). Theale, Berkshire: Colwood House Medical Publications.
- Moss, A. R., Bacchetti, Osmond y cols. (1988). Seropositivity for HIV and the development of AIDS or AIDS related condition: Three year follow up of the San Francisco General Hospital cohort. *British Medical Journal*, 296, 745-750.
- Perry, S. W. y Markowitz, J. C. (1988). Counseling for HIV testing. *Hospital & Community Psychiatry*, 39, 731-739.
- Polk, B. F., Fox, R., Brookneyer, R. y cols. (1987). Predictions of the acquired immunodeficiency syndrome developing in a cohort of seropositive homosexual men. *New England Journal of Medicine*, 316, 61-66.
- Royo, J. (1988). Programes de tractament lliures de drogues a l'SPOTT. En *Drogodependències: Experiències d'intervenció a Catalunya*. Col·lecció Serveis Socials n.º 6. Diputació de Barcelona.
- Sans, J. (1988). Drogodependències: Conceptes bàsics i classificació. En *Drogodependències: Experiències d'intervenció a Catalunya*. Col·lecció Serveis Socials n.º 6. Diputació de Barcelona.
- Volverding, P. (1989). HIV infection as disease: The medical indications for early diagnosis. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2, 421-325.
- WHO (1990). The global AIDS situation. *Point of Fact*, 68 (1).
- Williams, M. L. (1990). A model of sexual relations of young i.v. drug users. *Journal of Acquired Deficiency Syndromes*, 3, 192-193.
- Zulaica, D., García Gurucharri, A., Elizalde, B., Ucelay, A. y Zubia, I. (1989). El plan de prevención y control del sida del País Vasco: Año y medio de experiencia. *Cuadernos de Salud*, 2, 21-43.