

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA**

**SEROPREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO PARA LA INFECCION POR EL
VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN PACIENTES
PSIQUIATRICOS.**

**FRANCISCO MONTAÑES RADA.
MADRID, 1997**

**DIRECTOR: JOSE LUIS AYUSO GUTIERREZ.
CO-DIRECTOR: JOSE LUIS AYUSO MATEOS.**

AGRADECIMIENTOS

- Al departamento de psiquiatría del Hospital Universitario San Carlos, a su Jefe de Servicio: Profesor Juan José López-Ibor Aliño; y de forma especial a Sonia Plaza, Rosa Galindo y Mariano de Iceta, residentes de psiquiatría, y a las enfermeras y auxiliares que nos ayudaron en la extracción de muestras.
- A mis padres, Francisco y Milagros y a mujer María Teresa de Lucas Taracena por su comprensión y cariño.
- A mis directores de tesis, especialmente a Jose Luis Ayuso Mateos por su paciencia.
- Al Fondo de Investigaciones Sanitarias por la concesión de la beca FIS 93/0116, titulada: "Prevalencia y factores de riesgo para la infección por VIH en pacientes psiquiátricos" que ha permitido realizar este proyecto.

INDICE

<u>A. INTRODUCCION.</u>	9
1. La epidemia del SIDA.	10
1.1. El inicio de la epidemia.	10
1.2. Fechas históricas.	11
1.3. Otras epidemias a lo largo de la historia.	12
2. La infección por el VIH.	15
2.1. La transmisión del VIH.	15
2.2. Curso de la infección.	16
2.3. Definición de caso de SIDA.	17
3. El SIDA en el mundo.	19
4. El SIDA en España.	23
4.1. Casos comunicados.	23
4.2. Evolución en el tiempo .	31
4.3. Distribución geográfica.	35
4.4. Mortalidad por SIDA en España.	36
5. El SIDA en la Comunidad de Madrid.	36
5.1. El Registro de Casos de SIDA de la Comunidad de Madrid.	36
5.2. Eficiencia en la indicación del test.	40
5.3. Accidentes en personal sanitario con material potencialmente contaminante para el VIH.	41
6. Grupos de riesgo tradicionales y nuevos grupos de riesgo.	42
6.1. Grupos de riesgo tradicionales.	42
6.2. Nuevos grupos de riesgo.	42

7. Los pacientes psiquiátricos como nuevo grupo de riesgo para adquirir el VIH.	44
7.1. Factores asociados a la presencia de conductas de riesgo.	48
7.1.1. Influencia del diagnóstico y de su severidad o cronicidad en la presencia de conductas de riesgo para adquirir el VIH.	49
7.1.2. Influencia de la marginalidad y el bajo nivel socioeconómico en la presencia de conductas de riesgo para adquirir el VIH.	50
7.1.3. Influencia de la adolescencia en la presencia de conductas de riesgo para adquirir el VIH.	51
7.1.4. Influencia de la desinformación sobre el VIH en la presencia de conductas de riesgo para adquirir el VIH.	52
7.1.5. Influencia del abuso sexual en la infancia en la en la presencia de conductas de riesgo para adquirir el VIH.	55
7.1.6. Características del consumo de sustancias en pacientes psiquiátricos y su influencia en la transmisión del VIH.	55
7.1.7. Características de las relaciones sexuales en pacientes psiquiátricos y su influencia en la transmisión del VIH.	60
8. La realización de test para el VIH.	66

9. Aspectos éticos y sus impacto en el control de la epidemia.	72
9.1. El test como elemento en una estrategia de cambio conductual.	72
9.2. Screening, seguridad y discriminación.	74
9.3. Tipos de estudios para determinar la prevalencia de la epidemia del VIH y sus aspectos éticos.	75
9.3.1. Los sistemas de serovigilancia.	76
9.3.2. Las pruebas serológicas voluntarias y obligatorias .	78
9.3.3. Estudios de seroprevalencia anónima.	84
9.4. Identificación de casos, aspectos éticos.	87
9.5. Protección de la confidencialidad.	90
9.6. Consideraciones éticas de la comunicación de seropositividad a terceras partes, ruptura de la confidencialidad.	
9.7. Consideraciones éticas y legales sobre el SIDA y la realización de test en España.	92
9.7.1 Voluntariedad del test del VIH.	
9.7.2. Declaración obligatoria.	98
9.7.3. VIH y entorno laboral. Situación especial de los profesionales sanitarios.	99
9.7.4. Carta de Derechos de los Pacientes y la obligatoriedad de asistencia.	100
9.7.5. Derecho a la intimidad, confidencialidad y secreto.	101
	102

9.7.6. Discriminación.	104
9.7.7. Matrimonio y patria potestad.	104
9.7.8. Inmigrantes y permiso de trabajo.	105
10. Estudios de seroprevalencia.	105
10.1. Estudios de seroprevalencia en pacientes psiquiátricos.	105
10.2. Estudios de seroprevalencia en pacientes no psiquiátricos.	121
11. Programas de prevención del VIH en el paciente psiquiátrico.	124
11.1. Programa para la prevención del VIH en enfermos psiquiátricos. Asesoramiento pre- y post-test.	127
11.1.1. Asesoramiento pre-test.	128
11.1.2. Asesoramiento post-test.	130
11.2. Prevención	132
11.3. Guía de actuación en las unidades psiquiátricas sobre la infección por VIH. Aspectos éticos.	135
12. Conclusiones a la introducción y justificación de la investigación.	139
<u>B. OBJETIVOS.</u>	143
<u>C. MATERIAL Y METODOS</u>	145
1. Estudio de seroprevalencia anonimo	146
2.Revisión de historias clínicas	147

<u>D. RESULTADOS</u>	149
1. Estudio de seroprevalencia anonimo	150
1.1.- Determinación de la seroprevalencia anónima.	150
1.2. Características de la muestra incluida y la muestra candidata a ser incluida en el estudio.	161
1.2.1. Características de los 477 pacientes candidatos a ser incluidos en el estudio.	161
1.2.2.- Características de los 390 pacientes incluidos en el estudio.	162
1.3. Conductas de riesgo en pacientes seropositivos y seronegativos.	162
1.4. Las conductas de riesgo como predictores de un resultado seropositivo.	168
2. Determinacion de seroprevalencia por los clínicos.	169
<u>D. DISCUSION.</u>	170
1. Consideraciones metodologicas y eticas.	171
1.1. Consideraciones sobre los estudios de seroprevalencia y sus aspectos éticos.	171
1.2. Selección de variables y su fiabilidad.	173
2. Estudio de seroprevalencia.	174
2.1. Representatividad de la muestra.	174
2.2 Seroprevalencia anónima.	174

2.3. Conductas de riesgo.	176
2.3.1. Pacientes seropositivos.	176
2.3.2. Pacientes seropositivos versus seronegativos.	177
2.3.3. Conductas de riesgo en pacientes psiquiátricos en otros países.	177
3. Determinacion de seroprevalencia por los clínicos.	178
4. Implicaciones para la practica clinica	180
<u>E. CONCLUSIONES.</u>	183
<u>F. BIBLIOGRAFIA</u>	186

A. INTRODUCCION.

La epidemia del VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) es el mayor reto sanitario desde hace una generación, lo cual ha generado no sólo preocupación social sino también numerosas investigaciones sobre diferentes aspectos de la epidemia, el virus y el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida). La identificación de los grupos de riesgo para adquirir el VIH y la investigación de sus características se ha ido desarrollado según la importancia en cada grupo de la frecuencia de infectados o de sus conductas de riesgo. Por estos motivos los pacientes con trastornos mentales han sido desde muy pronto objeto de estudio en el mundo anglosajón. Nuestro estudio analiza la seroprevalencia anónima y algunas de las características de los sujetos seropositivos de una muestra de pacientes psiquiátricos ingresados en una unidad de corta estancia. Como introducción a nuestro estudio hemos revisado la historia de la epidemia y las investigaciones sobre temas relacionados publicadas hasta la fecha.

1. LA EPIDEMIA DEL SIDA.

1.1. El inicio de la epidemia.

El aumento de peticiones de pentamidina (droga usada para el tratamiento de la neumonía para *neumocistis carinii*) en 1981 alertó a los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos (Centers for Disease Control), que inició una investigación sobre las características de los pacientes que requerían dicho fármaco. Los pacientes provenían de Nueva York y de Los Angeles y eran predominantemente varones homosexuales y con menos frecuencia usuarios de drogas vía parenteral. Tenían además de la neumonía mencionada, sarcoma de Kaposi y pronto presentaron otras enfermedades oportunistas. La presencia de un posible fallo inmunológico dio el nombre a este cuadro clínico de Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El agente infeccioso responsable del

síndrome es el retrovirus VIH-1 que fue aislado de la sangre de hemofílicos en Francia por Luc Montagnier en 1983. Es un RNA virus que invade células de mamífero y sólo puede replicarse usando los componentes de dichas células.

En muestras de suero de la región Centroafricana conservadas desde 1959 hasta la actualidad se ha detectado la presencia de anticuerpos contra el VIH (Virus de la inmunodeficiencia humana). En países occidentales las primeras detecciones de anticuerpos contra el VIH fueron en muestras de tejido congeladas de un marinero de Manchester de 25 años que murió misteriosamente en 1959 (Corbitt et al, 1959). Los primeros casos de SIDA anotados en historias clínicas ocurrieron en Nueva York en 1979 y los primeros casos notificados fueron en 1981 en Nueva York, Los Angeles y San Francisco. Retrospectivamente se podría diagnosticar según la definición actual de caso de SIDA un caso en 1952 y otro en 1959 ambos en la ciudad de Nueva York.

1.2. Fechas históricas.

Las fechas más importantes ocurridas en estos 14 años de epidemia son las siguientes:

Junio de 1981

Aparecen casos de fallos inmunológicos en homosexuales en Estados Unidos. Casos similares habían estado ocurriendo en otras partes del mundo como Africa Central

Julio 1982

Aparecen fallos inmunológicos en hemofílicos. La nueva enfermedad recibe el nombre de *Síndrome de inmunodeficiencia adquirida* (SIDA) por las autoridades sanitarias de EE.UU.

Enero de 1983.

Los heterosexuales son considerados también grupo de riesgo después de que dos mujeres cuyos compañeros sexuales tenían el SIDA, lo contrajeran también.

Junio de 1992.

Científicos británicos predicen que la población de Uganda se reducirá en un 20% en 15 años debido a la mortalidad por el SIDA. La FDA aprueba el ddC (zalcitabina)

Julio de 1992.

Unos 30 casos de SIDA en los que no se detectó el virus VIH son presentados en la VIII Conferencia Internacional en Amsterdam. Hacia 1992 ya se habían notificado 80 de estos casos.

Octubre de 1992.

Mayo de 1983.

Luc Montagnier y su equipo informan de haber aislado un virus vinculado al SIDA.

Abril de 1984.

Robert Gallo anuncia desde el Centro Nacional para el Cáncer de EE.UU. que ha aislado el virus del SIDA.

Marzo de 1985.

El primer test para detectar los anticuerpos del SIDA es aprobado.

Marzo 1987.

LA Zidovudina o AZT es la primera droga que demuestra utilidad en el tratamiento contra el VIH. Es aprobada para uso experimental por la FDA (Food and Drugs Administration de EE.UU.).

Marzo de 1985.

El primer test para detectar los anticuerpos del SIDA es aprobado.

Marzo 1987.

LA Zidovudina o AZT es la primera droga que demuestra utilidad en el tratamiento contra el VIH. Es aprobada para uso experimental por la FDA (Food and Drugs Administration de EE.UU.).

Octubre de 1991.

Magic Johnson anuncia que está infectado por el virus y se retira de la competición, produciendo gran impacto en la opinión pública que empieza a pensar que la infección no es algo presente sólo en grupos marginales de la sociedad. Es aprobado por la FDA el ddI (didanosina).

Mayo de 1992.

Robert Gallo y Luc Montagnier reconocen que el virus que ambos aislaron por separado es el mismo y que procede originariamente del laboratorio de Luc Montagnier.

Octubre de 1992.

La Comisión sobre la política Global contra el SIDA estimó que para el año 2.000 habrá entre 38 y 110 millones de adultos/adolescentes y unos 10 millones de casos pediátricos de infectados por el VIH. Los casos de SIDA serán unos 24 millones.

Enero de 1993.

El Center for Disease Control (CDC) de Atlanta da una nueva definición de caso de SIDA que supone un aumento de un 11% de nuevos casos en 1993 y 1994.

Abril de 1993.

El estudio "Concorde" franco-británico de 3 años de duración sobre el efecto del AZT en personas infectadas por el VIH no demuestra que retrase la aparición del SIDA, aunque esto no va en contra de que sea útil en retrasar o detener la progresión del SIDA una vez iniciado.

Mayo de 1994.

Cinco voluntarios del principal estudio para lograr vacunas contra el VIH se infectan. Los científicos no comprenden porque los anticuerpos fallan en la neutralización del virus. Se cancelan nuevos ensayos para vacunas durante 1994.

1995 y 1996

Aparecen más agentes terapéuticos: análogos de los nucleósidos que se añaden a los ya existentes como el 3TC (lamivudina), d4T (estavudina) e inhibidores de la proteasa: indinavir, saquinavir y ritonavir.

Febrero de 1996.

Magic Johnson se reincorpora como jugador de baloncesto contribuyendo indirectamente a la lucha contra la segregación laboral de los infectados por el VIH.

1.3. Otras epidemias a lo largo de la historia.

La epidemia del SIDA es la epidemia más dramática, persistente y trágica de la historia reciente, sin embargo el mundo nunca ha estado libre de epidemias (ver tabla 1). Las epidemias siempre han tenido dos correlatos uno médico y otro

social, que suele tener sobre todo para los infectados consecuencias dramáticas, fruto del desconocimiento de las bases médicas de la enfermedad.

La estigmatización, las falsas creencias y los comportamientos irracionales hacia los afectados con el fin de aislarlos siempre han estado presentes. La epidemia de la peste negra mataba 500 personas cada día, la preocupación de la época no era cómo ayudar mejor a los enfermos sino a qué profundidad se debían enterrar a los muertos para evitar contagios mediante las emanaciones. Se determinó que la profundidad debía de ser de seis pies y a esa profundidad se siguen realizando los enterramientos en el mundo anglosajón hoy en día. En el siglo XIV en Alemania y Suiza, durante la epidemia de peste se culpaba a los judíos de envenenar el agua que ellos mismos bebían, como resultado se produjeron matanzas de judíos. En el siglo XV y XVI a la sífilis se la llamó mal francés en Italia, y al revés en Francia. En los años 30 se consideró el cólera como un castigo contra aquellos que deseosos de situarse al margen de la sociedad no querían intentar cambiar sus condiciones de pobreza o de vida inmoral. En el siglo XX se consideró en América que la poliomielitis estaba causada por inmigrantes italianos. Algunos de estas afirmaciones y preocupaciones aunque actualizadas se han vuelto a oír hoy en día respecto al SIDA.

Los mensajes apocalípticos también han sido frecuentes en otras epidemias. "Morirá un tercio de la población mundial" escribió Jean Froissart al final del siglo XIV refiriéndose a la peste negra, cuando la medicina medieval no podía hacer nada contra la epidemia. Actualmente vemos que nuestra ciencia avanza en el conocimiento de la enfermedad pero esporádicamente se oyen voces amenazando con una progresión imparable que afecte a toda la población. Los medios de masas se hacen eco de este temor incorporándolo en películas y libros de ciencia ficción sobre epidemias desoladoras. Así mismo grupos terroristas aprovechan este temor para usar armas químicas que tienen en común con los agentes infecciosos que el agente causal no es visible, sembrando el pánico y concentrando la atención pública de mayor manera que si usaran armas

convencionales (la secta "La Verdad Suprema" uso en 1996 un gas tóxico, el sarín, en el metro de Tokio).

Tabla 1. Epidemias a lo largo de la historia					
Enfermedad	Fechas de aparición	Lugar	Número de muertes estimadas	Agente causal	Tiempo-tratamiento (años) *
Paperas	desde 251 dc	Roma/Mundo	Millones	Paramixovirus	1.712
Peste bubónica	1347-1351	Europa /Asia / Africa	75 millones	Pasteurella pestis	580
Cólera	1826-1837	New Jersey	900.000	Vibrio cólerae	75
	1849	Reino Unido	53.293		
	1947	Egipto	11.755		
Tuberculosis	1930-1949	Estados Unidos	1.000.000	Micobacterium tuberculosis	85
	1954-1970		150.000		
Malaria	1847-1875	Africa/India	Más de 20 millones	Plasmodia	100
Escarlatina	1861-1870	Reino Unido	972 pacientes por millón	Estreptococo betahemolítico	44-45
Poliomielitis	1921-1970	Norteamérica	37.000	Poliovirus I, II, III	30-50
Tifus	1917-1921	Rusia	2.500.000	Rickettsias	25
Gripe	1918-1919	EE.UU. Europa	21.640.000	Virus de la gripe	57
Viruela	Edad media	Europa	Millones	Virus de la viruela	2.300
	1926-1930 (Desde el 590 adc)	India	423.000		
Gonorrea	1921-1992	Estados Unidos	57.477	Neisseria gonorreae	1.832
Fiebre amarilla	1986-1988	Nigeria	10.000	Arbovirus	488
SIDA	Desde 1981	Mundo	3.000.000	VIH-1	Tratamientos no cura

* Tiempo que fue necesario hasta obtener un tratamiento curativo, paliativo o prevención eficaz mediante vacunas.

2. LA INFECCION POR EL VIH.

2.1. La transmisión del VIH.

El virus entra a través de soluciones de continuidad de mucosas después del intercambio de fluidos corporales entre huésped y receptor. Los fluidos intercambiados más frecuentemente son semen y sangre. La actividad de más riesgo es la penetración anal. Según la clasificación propuesta por Friedland et al (1987) las vías de transmisión son:

1. Vía intercambio de sangre.

- Transfusión de sangre o productos derivados infectados.
- Intercambio de jeringuillas entre UDVP.
- Pinchazos, cortes abiertos y exposición de mucosas o membranas en trabajadores sanitarios o similar.
- Uso de instrumentos para perforar la piel contaminados (tautajes, pendientes, acupuntura...).
- Inyección con jeringuillas no esterilizadas o agujas.

2. Contacto sexual: intercambio de semen, fluidos vaginales o sangre.

- Homosexuales, entre hombres o mujeres.
- Heterosexual.
- Bisexual.

3. Perinatal.

- Intrauterino.
- Durante el parto.
- Lactancia.

Se puede considerar conducta de riesgo el exponerse a cualquiera de las vías de transmisión del VIH. Pertenecer a un grupo de riesgo supone una exposición repetida a una conducta de riesgo o el no adoptar unas mínimas medidas de precaución al exponerse a una conducta de riesgo.

Una dosis infectiva son 1000 partículas de VIH (Coombs et al, 1989). Se necesitan de 10 a 15 dosis infectivas para que se produzca la infección. La transmisión más frecuente a nivel mundial no es por la vía más eficiente, que es la transfusión sanguínea, sino por la vía de la relación sexual (tabla 2). El riesgo de transmisión mediante un pinchazo accidental, es del 6% al 30% para la hepatitis B frente al 0,5% del VIH. En la tabla se relacionan las concentraciones de virus del VIH en diferentes fluidos (tabla 3).

Tabla 2. Forma de transmisión del VIH a nivel mundial.

Tipo de exposición a fluidos o células infectadas por el VIH	% Eficiencia	% del total
Transfusión sanguínea	>90	5
Perinatal	20-40	10
Relación sexual	0,1-1,0	75
UDVP	0,5-1,0	10
Exposición a pinchazos accidentales	<0,5	<0,1

Tabla 3. Concentración del VIH en fluidos y células

	VIH/mm ³
Plasma	10-50
Suero	10-50
Lágrimas	<1
Secreciones del oído	5-10
Saliva	<1
Orina	<1
Secreciones vaginales o del cérvix	<1
Semen	10-50
Sudor	0
Leche materna	<1
Líquido cefalorraquídeo	10-1.000
	VIH/célula
Macrófagos y células T	0,01-5

2.2. Curso de la infección.

Los anticuerpos contra el VIH son detectables en suero de tres a seis meses después de la transmisión (seroconversión). En un 50% aparecen a los 3 meses y en un 90% a los 6 meses. Los primeros síntomas son similares a la mononucleosis infecciosa. A veces se produce un cuadro clínico de encefalitis o mielopatía junto a una inmunodepresión severa, lo cual va asociado a un periodo de latencia corto.

El virus elude esta respuesta inmune y permanece quiescente hasta que se reactiva y vuelve a replicarse. Hay varios cofactores que favorecen esta reactivación como el abuso de sustancias tóxicas, la infección por otros virus tipo citomegalovirus o herpes virus o bien la influencia del estrés emocional. En la mitad de las personas infectadas el SIDA tarda unos 10 años en aparecer, en algunos tarda 5 años. Los estudios de cohorte han revelado que el 60 % de seropositivos desarrollarán síntomas de enfermedad por VIH en los siguientes 12 años (Lifson et al, 1990). Los pacientes jóvenes viven más años que los infectados de mayor edad (Lee et al, 1991). Se está a la espera de nuevos estudios de cohorte tras la aparición de los nuevos tratamientos contra el VIH. Desde que aparece el cuadro clínico de SIDA la esperanza de vida es de 1 a 2 años.

2.3. Definición de caso de SIDA.

El 1 de enero de 1993 se revisó la clasificación del CDC (Center for Disease Control) de Atlanta (tabla 4) y así, es también caso de SIDA el tener menos de 200 CD4 / μ l. Se incluyó este criterio ya que con estas cifras las neoplasias y las infecciones oportunistas son más frecuentes por lo que es conveniente su detección para poner tratamiento profiláctico. Se ha añadido también a la clasificación original la neumonía recurrente en 12 meses, la tuberculosis pulmonar y el carcinoma invasor de cérvix.

El Centro Europeo de la Organización Mundial de la Salud para el control epidemiológico de SIDA ha aceptado la ampliación de caso de SIDA para las tres nuevas enfermedades pero no los criterios de recuento leucocitario.

La ampliación de la definición sólo tiene aplicación de forma prospectiva y para adultos y adolescentes (mayores de 12 años) (Centro Nacional de epidemiología, 1993).

Tabla 4. Clasificación de 1987 del Centro para el control de enfermedades de Atlanta (CDC de Atlanta).	
Grupo I	<p>Infección aguda (seroconversión)</p> <ul style="list-style-type: none"> -puede ocurrir hasta tres meses después del contacto -normalmente asintomática pero puede haber un cuadro similar a la mononucleosis o más raramente una encefalopatía o mielopatía.
Grupo II	<p>Infección asintomática.</p> <ul style="list-style-type: none"> -seropositividad para anticuerpos
Grupo III	<p>Linfadenopatía generalizada persistente</p> <ul style="list-style-type: none"> -nódulos de al menos un 1 cm en dos o más áreas extra inguinales durante al menos tres meses -no historia de infecciones oportunistas o síntomas constitucionales persistentes.
Grupo IV	<p>Subgrupo A Enfermedad constitucional (Complejo relacionado con el SIDA): fiebre, pérdida de peso, fatiga o sudoración nocturna.</p> <p>Subgrupo B Enfermedad neurológica: demencia, encefalitis, meningitis, neuropatía periférica.</p> <p>Subgrupo C Enfermedad infecciosa secundaria.</p> <p>Subgrupo D Neoplasias secundarias</p> <p>Subgrupo E Otras situaciones</p>
<p>Revisión de 1 de enero de 1993 del CDC de Atlanta.</p> <p>También son indicadores de SIDA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - neumonía recurrente - tuberculosis pulmonar - carcinoma invasor de cérvix - CD4 inferior a 14 ó CD4/µl inferior a 200 (este criterio no es aceptado por el Centro Europeo de la Organización Mundial de la Salud). 	

3. EL SIDA EN EL MUNDO.

Ha habido tres fases en la progresión de la epidemia. La primera fue cuando apareció en Africa tras mutaciones de formas previas presentes en ciertos monos. La difusión hacia el oeste ocurrió en los 60 y 70 especialmente mediante conductas homosexuales de riesgo. La segunda fase comprende la difusión entre homosexuales y usuarios de drogas vía parenteral intravenosa (UDVP). La tercera fase ocurre ahora en las personas con mala situación socioeconómica en países desarrollados y también en los países en vías de desarrollo del Sudeste Asiático, Sudamérica y el Caribe, donde la transmisión es mediante conductas heterosexuales, homosexuales y de uso de drogas. La expansión según grupos sociodemográficos difiere de unos países a otros.

En Africa la transmisión siempre ha sido mayoritariamente vía heterosexual seguida de la vertical y en menor medida la administración de hemoderivados sin control. Es en la región subsahariana de este continente donde se encuentran las mayores tasas de seroprevalencia al VIH. En estudios de los años 80 la seroprevalencia en mujeres embarazadas, donantes de sangre y población general de países como Zambia, Uganda y Ruanda era de un 10%. En prostitutas de Kenia (año 1990), Ruanda (año 1984) y Malawi (1986) las cifras de seroprevalencia eran de un 50% (Mann et al, 1992). Para el año 2010 se prevé que un 30% de los habitantes del Africa Subsahariana sean portadores del VIH.

En el Sureste Asiático especialmente en Tailandia la transmisión ha sido a partir de los UDVP, la prostitución y sus clientes, dándose actualmente cifras altas entre heterosexuales, donantes de sangre y en mujeres embarazadas (Weniger et al, 1992). Las cifras de seroprevalencia al VIH-1 y VIH-2 son del 39% en Bombay en una clínica de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y de un 15% en Goa (India) en mujeres que se dedican a la prostitución (Rubsamen-Waigmann et al, 1994). Los UDVP tienen cifras de seroprevalencia del 80% en Myanmar, 40% en Tailandia (Poshyachinda V, 1993), 30% en Malasia (Singh S & Crofts N, 1993) y 50% en la India (Sarkar et al, 1993).

En América del Norte, América Latina y Caribe se ha pasado de una transmisión predominantemente por vía homosexual a la transmisión heterosexual. En importantes áreas geográficas se asocia la infección por VIH con la pobreza y la inaccesibilidad a los servicios sanitarios. La transmisión heterosexual es la predominante en el Caribe y Centroamérica. En México y Area Andina son más frecuentes los casos de transmisión homosexual pero está aumentando la transmisión heterosexual. En Brasil y otros países del cono sur la transmisión es por la vía homosexual o por ser UDVP.

Europa tiene regiones de alta incidencia en el sur del continente. Especialmente rápido ha sido el aumento de la incidencia en el sur de Europa en donde países como España, Suiza, Mónaco, Francia e Italia por este orden han alcanzado las cifras de prevalencia de Estados Unidos, donde la epidemia empezó mucho antes (Maso, 1994). En Europa las categorías de transmisión antes de 1990 eran de más a menos la vía homosexual, UDVP y heterosexual. Sólo se diferenciaban de este patrón Bélgica (vía heterosexual) y España e Italia (vía UDVP). Desde 1990 la vía más frecuente es la UDVP para la mayoría de los países. El número de casos de SIDA en mujeres en Europa ha pasado de un 11% en 1984 a un 20% en 1994. El número de casos pediátricos en Europa se ha estabilizado.

España, Italia y Portugal tuvieron un inicio más tardío en la aparición de casos de SIDA, sin embargo en una sola década se han alcanzado las tasas y número de casos de SIDA acumulados del resto de países. En 1988 España ya era el segundo país en número de casos acumulados (precedido por Francia) situación que se mantiene a fecha 30 de septiembre de 1995. Desde el año 1988 España era el segundo país en tasa de incidencia por millón de habitantes (precedido por Suiza). Desde 1990 España es el primer país europeo en tasa de incidencia de SIDA (94,8 casos por millón) seguido de Suiza (84,6 casos por millón) y Francia (73,7). En 1994 se aplica la nueva definición de caso de SIDA para la región europea (Centro Nacional de Epidemiología, 1993) y España no solo permanece con las mayores tasas de incidencia (156,3/millón de habitantes, cifra que corregida por el retraso de la notificación sería de 191 casos por millón en 1994)

sino que encabeza en números absolutos los casos nuevos diagnosticados (Centro Nacional de Epidemiología, 1993). Tras corregir los datos por retrasos en la notificación en 1994 (30 de septiembre de 1995) a España le siguen en casos por millón Italia (100 casos por millón de habitantes) y Suiza (98/millón de habitantes) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995).

Desde la descripción del primer caso de SIDA en 1981 la incidencia de los casos de SIDA ha ido aumentando de forma exponencial. En los años 80 todos los continentes contaban ya con casos de SIDA entre sus habitantes. Al final de la década se habían declarado 314.611 casos de SIDA (WHO, 1991). En los años 90 la epidemia afectó especialmente a Africa Central y Sureste Asiático. En 1992 el número de portadores se estimaba en 13 millones y el de casos de SIDA declarados en 611.589 (WHO, 1993). En 1995 la O.M.S. estimaba en 18,5 millones el número de personas infectadas en el mundo desde el principio de la epidemia (figura 1). La notificación real de casos de SIDA era de 1.169.811 hasta julio de 1995, bastante por debajo de los 4,5 millones estimados (figura 2). El problema de la subnotificación, sobre todo en países en vías de desarrollo, obliga a realizar estimaciones de la dimensión real de la epidemia (WHO, 1995). A 1 de julio de 1996 las cifras de casos de SIDA y de infectados por el VIH siguen subiendo (figura 3). Estas cifras aumentarán en el futuro según las estimaciones de la O.M.S. que indican que en el año 2.000 habrá cerca de 30 ó 40 millones de infectados.

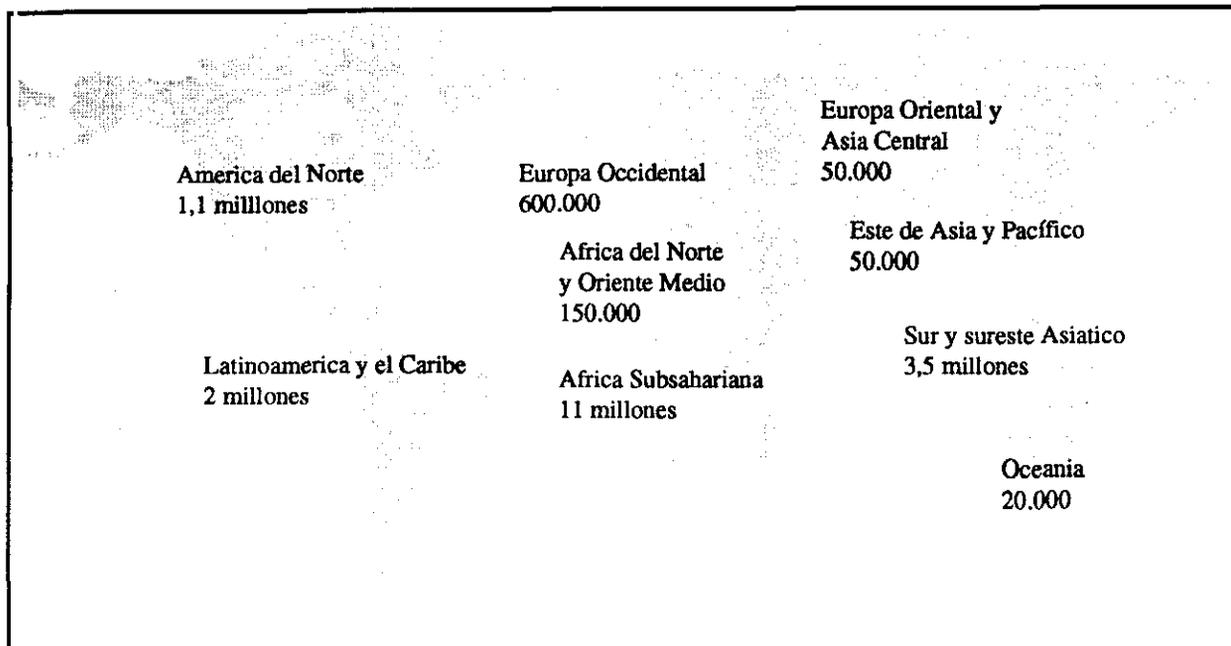
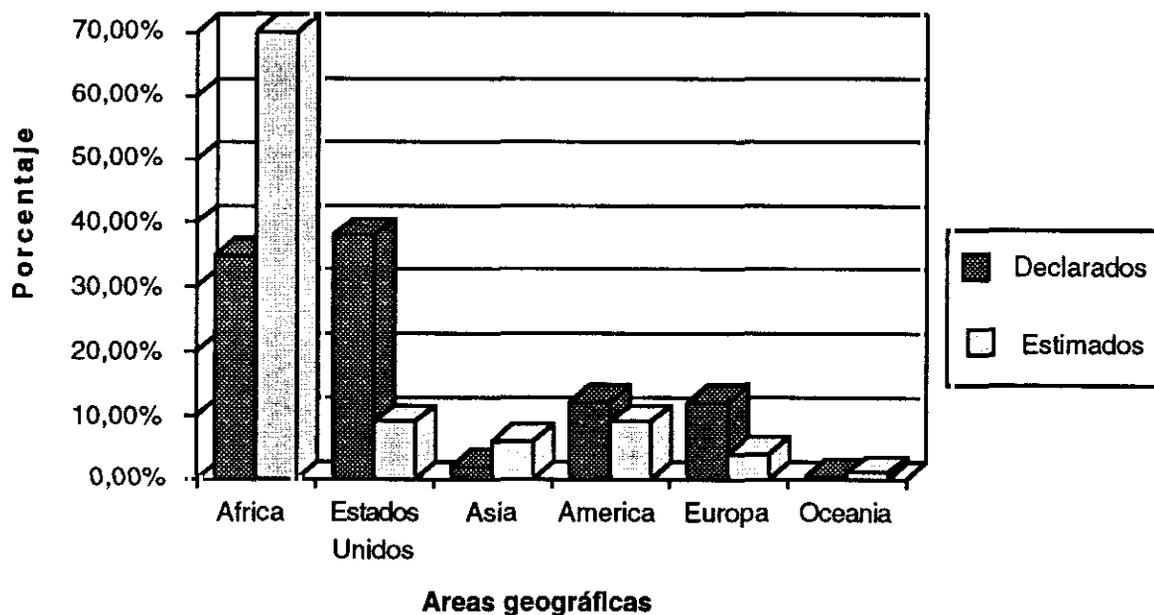
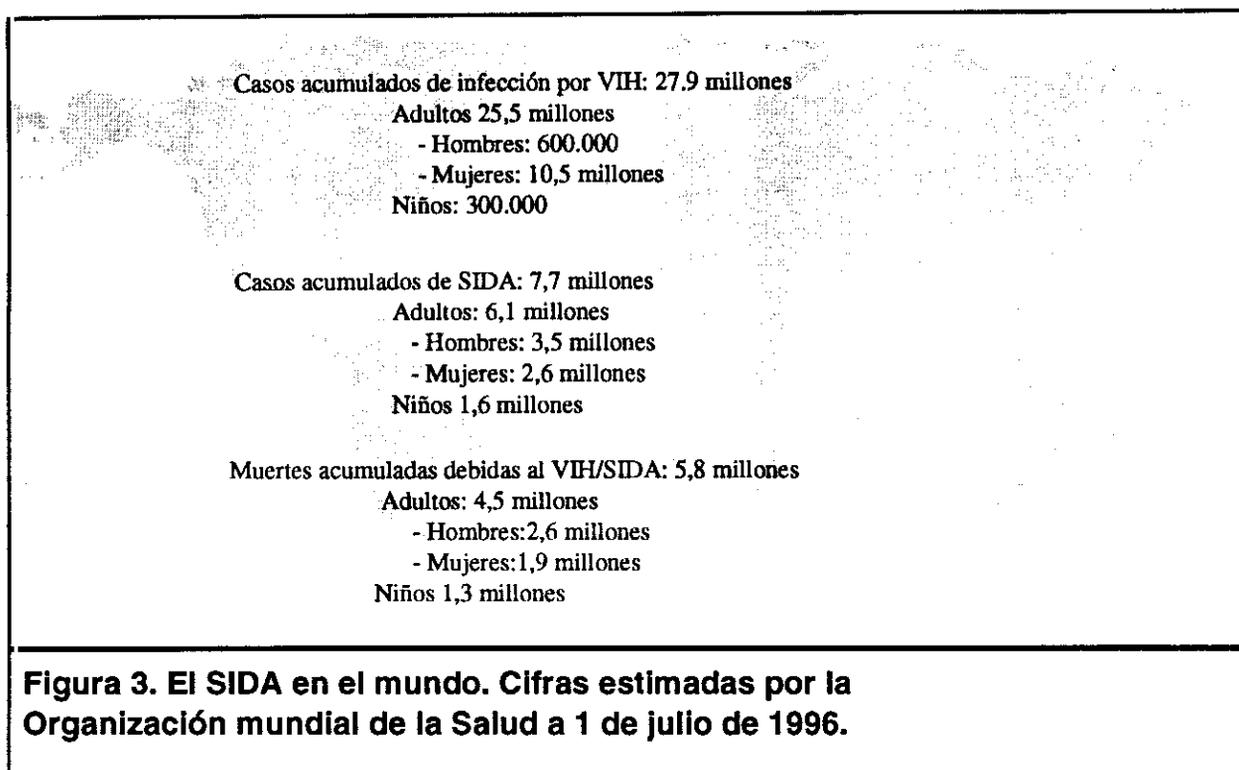


Figura 1. Distribución estimada en el mundo de la infección por VIH en adultos desde el comienzo de la epidemia hasta julio de 1995.

Figura 2. Casos declarados y estimados de SIDA hasta julio de 1995. (Casos declarados n=1.169.811)





4. EL SIDA EN ESPAÑA.

Los datos que se presentan a continuación proceden de datos del Ministerio de Sanidad y Consumo (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995) y del Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Servicio de Epidemiología de la Comunidad de Madrid, 1995a), para los datos de 1994 (información actualizada a fecha 30 de septiembre de 1995) y del Centro Nacional de Epidemiología para los datos de 1995 (información actualizada a fecha 30 de septiembre de 1996) (Centro Nacional de Epidemiología, 1996).

4.1. Casos comunicados.

Desde que en España se diagnosticó el primer caso de SIDA en 1981 la epidemia en nuestro país no ha hecho más que aumentar a un ritmo superior al de otros países de nuestro entorno, hasta llegar a la actual situación en la que

España es el país europeo con más casos de SIDA por millón de habitante (191 casos/millón habitantes en 1994).

Desde 1981 hasta el 30 de septiembre de 1996 se han registrado un total acumulado de 41.598 casos de SIDA. Se ha notificado la defunción del 52,4% de los casos, aunque es previsible que este porcentaje sea mayor ya que la notificación de defunciones no es completa. El número de casos pediátricos es alto (763) comparado con el de otros países, pero es sólo un 2% del total español.

A fecha 30 de septiembre de 1995 se habían notificado en 1994 un total de 6.395 nuevos casos de SIDA, aunque seguramente la cifra será superior a 7.000. En 1995 los casos ascendieron a 6.225. En la tabla 5 se describen los detalles epidemiológicos de esta población. La mayor parte de los casos comunicados en 1994 son hombres (80,3%) con edades comprendidas entre 25 y 39 años (76%). La categoría de transmisión más frecuente fue ser UDVP, seguida de casos atribuidos a transmisión heterosexual y hombres con relaciones bisexuales. En las mujeres la transmisión heterosexual se dio en el 27,8% y en hombres en el 9,1% (figuras 4 y 5). En los adultos menores de 40 años el ser UDVP fue la vía de transmisión más frecuente, mientras que en los casos de más edad la transmisión del VIH fue atribuida a la transmisión sexual ya heterosexual u homosexual (figura 6). La distribución según grupos de edad, sexo y categorías de transmisión se muestra en la tabla 6. Para 1995 las cifras y comentarios previos son igual de válidos, destacando un aumento de los casos de transmisión heterosexual respecto a 1994.

Tabla 5. Características epidemiológicas de los casos de SIDA comunicados en España durante el año 1994 (corregido retraso de notificación a fecha 30 de septiembre de 1995) y en 1995 (sin corregir retraso de notificación a fecha 30 de septiembre de 1996).

	1994	1995
Casos nuevos detectados	6.395	6.225
Casos nuevos estimados	> 7.000	>7.000
Porcentaje UDVP	65,6%	63,7%
Porcentaje de transmisión por relaciones bisexuales u homosexuales	11,1%	12%
Porcentaje de hombres con relaciones homo o bisexuales	16%	16%
Porcentaje de transmisión vía heterosexual	12,8%	14,6%
Edad media al diagnóstico	33,2 años	
Porcentaje de casos infantiles	1%	1%
Porcentaje de casos entre mujeres	19,7%	20%

Figura 4. Distribución según categorías de transmisión de casos de SIDA entre hombres (n=5.138) en España durante 1994

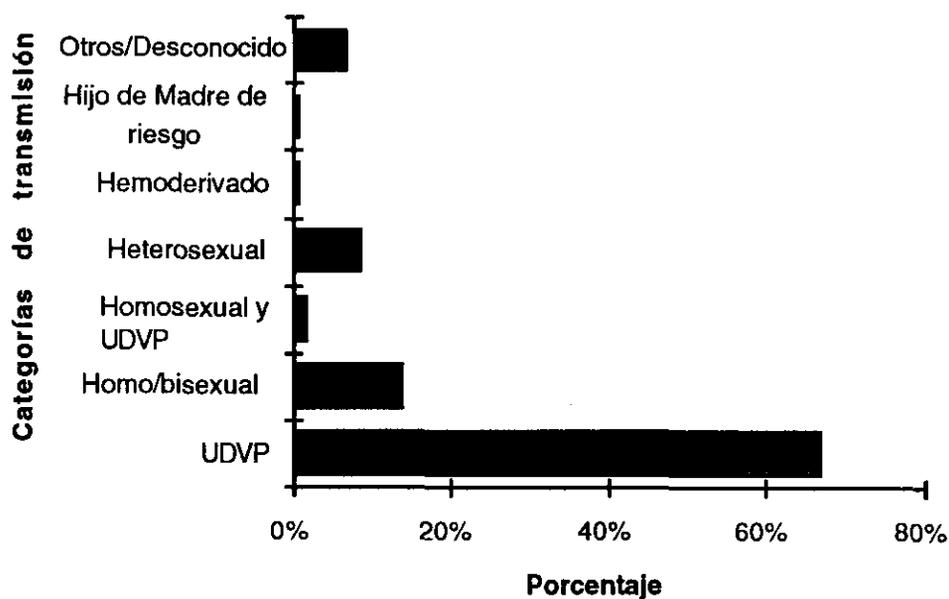


Figura 5. Distribución por categorías de transmisión en mujeres (n=1257) de los casos de SIDA en España durante 1994

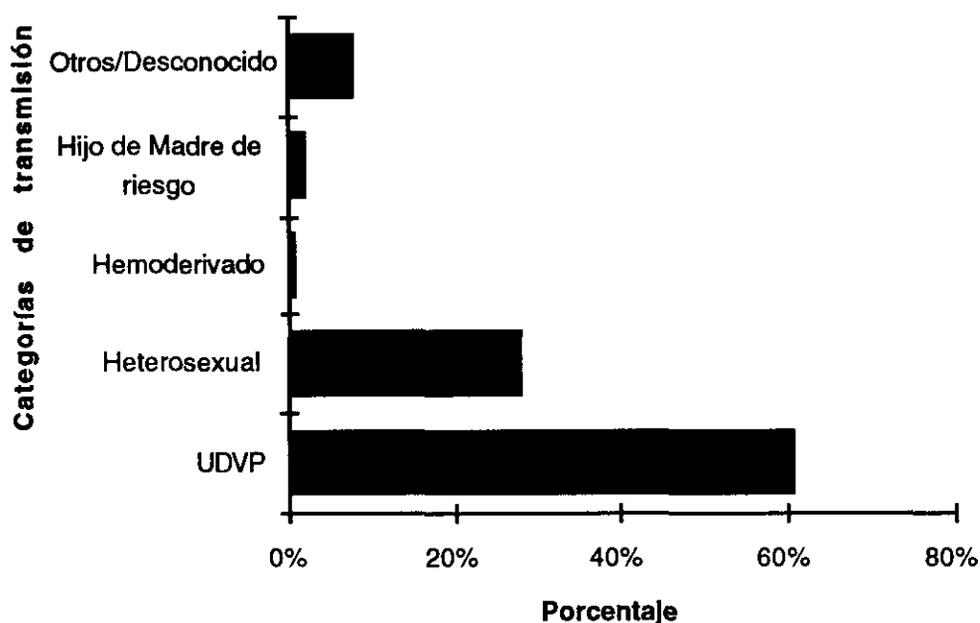


Figura 6. Casos de SIDA diagnosticados en España en 1994 (n=6.395) según grupos de edad y vía de transmisión.

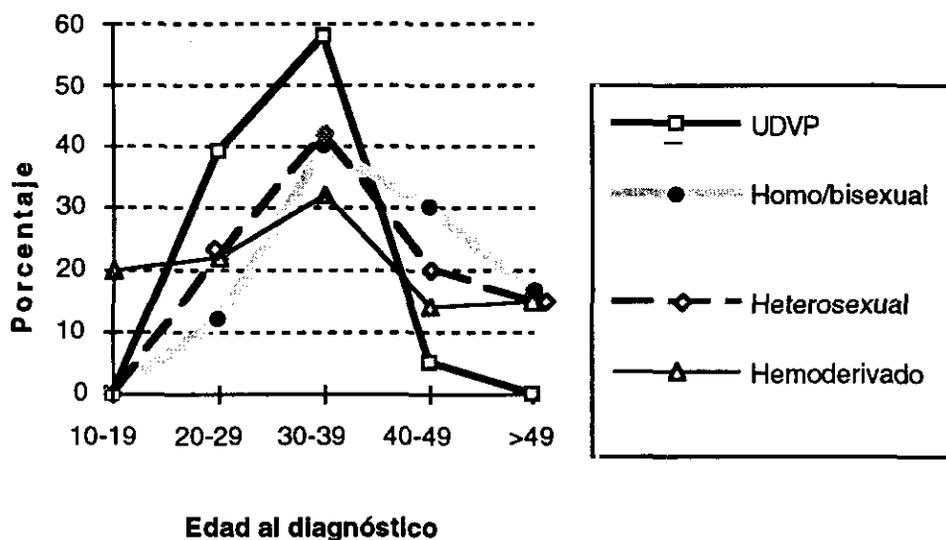


Tabla 6. Distribución del número de casos por vía de transmisión, grupos de edad y sexo en España (notificación hasta el 30-9-95).

Edad	H/B	UDVP		UDVP + H/B	RH		RT		Heterosex		Desc/otro /NC		Total por sexos		Total*
	H	H	M	H	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
13-14		2			26	1	1					1	30	3	33
15-19	5	137	51	2	68	1	3		8	15	2	2	225	71	296
20-24	180	1959	690	74	83	6	2		68	169	52	25	2418	895	3314
25-29	689	6572	1738	223	83	4	11		230	448	229	69	8037	2268	10308
30-34	1009	6308	1234	183	80	2	16		381	353	342	76	8319	1674	9993
35-39	927	2218	355	100	67	3	13	1	351	161	225	37	3901	571	4472
40-49	1440	620	82	54	60	5	28	2	455	113	359	54	3016	277	3293
50-59	507	37	9	6	33	7	32	2	222	62	207	35	1044	133	1178
>59	207	14		1	20	7	43	2	145	53	143	25	573	112	685
No consta	21	186	43	3	2		2		12	8	63	18	289	69	358
Total	4985	18053	4202	646	579	41	158	11	1872	1382	1626	345	28229	6384	34618

H: Hombres; M: Mujeres; H/B: (Varones) homosexuales o bisexuales; UDVP: Usuarios de drogas vía parenteral; RH: receptores de hemoderivados; RT: receptores de transfusión; Heterosex: Heterosexual; Desc/otro/NC: vía de transmisión desconocida.

* El total incluye 5 pacientes de sexo desconocido: 3 de la categoría UDVP y 2 de la categoría Desconocido

En 1994 en España se diagnosticaron más de 160 casos nuevos de SIDA por millón de habitantes (191 casos por millón de habitantes tras la corrección por el retraso en la notificación), o lo que es lo mismo 1,9 casos nuevos por 10.000 habitantes. Trece Comunidades Autónomas habían superado la cifra de 1 caso nuevo por 10.000 habitantes. Las provincias de Madrid, Barcelona, Baleares, Cádiz y las tres provincias del Vascas superaron los 200 nuevos casos por millón, es decir 2 casos nuevos por 10.000 habitantes. La Comunidad de Madrid presentó las mayores tasas de incidencia (338,9 casos por millón en 1994) seguida por el País Vasco, Cataluña y Baleares. Castilla-La Mancha, Castilla y León y Extremadura no alcanzaron la media nacional (figura 7).

El ser UDVP fue la vía de transmisión más frecuente atribuida a los casos de SIDA declarados en todas las Comunidades Autónomas salvo en Canarias donde la preceden las prácticas homosexuales (Tabla 7).

No existen grandes diferencias para las categorías de transmisión ser UDVP (la vía más frecuente en España) y vía homosexual entre Madrid y la media Nacional. En Madrid la transmisión vía heterosexual es un 4% menos frecuente que la media nacional y un 7% más de casos de SIDA Clasificados en la categoría otros-desconocido. Madrid tiene unas cifras de transmisión vía ser UDVP que son intermedias respecto a las de otras comunidades que tienen gran número de casos comunicados de SIDA. Así, el País Vasco, Andalucía y Galicia tienen unas cifras más altas de transmisión vía ser UDVP que Cataluña. Justamente lo contrario con la vía homosexual o bisexual que en este caso es más frecuente en Cataluña que en las comunidades ya mencionadas, situándose Madrid nuevamente en una posición intermedia (Tabla 7 y figura 8).

Tabla 7. Porcentaje de Casos de SIDA diagnosticado en España en 1994 según categoría de transmisión y Comunidad Autónoma (datos no corregidos por retraso en la notificación).

Provincia	Homo/ bisexual	UDVP	Homo- sexual y UDVP	Hemo- derivado	Transfu- sión	Hijo de madre de riesgo	Hetero- sexual	Otros / Descono- cido	Numero total de Casos
	%	%	%	%	%/	%	%	%	n
Andalucía	5	76,3	1,5	0,9	0,4	0,8	11,6	2,8	921
Aragón	6,2	68,5	3,1	2,3			15,4	4,6	130
Asturias	7,6	66,9		1,7	0,8	0,8	17,8	4,2	118
Baleares	22,4	51,9	1,3	0,6		1,3	19,9	2,6	156
Canarias	41,3	34,1	4	0,8		0,8	15,1	4	126
Cantabria	11,1	66,7	4,8				11,1	6,3	63
Castilla y León	4,9	72,4	0,6	1,8	0,6		14,7	4,9	163
Castilla-La Mancha	7,3	71,9	1	3,1			15,6	1	96
Cataluña	17,4	58,8	2,1	0,4		1,1	14,8	5,4	1341
Comunidad Valenciana	7,9	64	2	1,2	0,8	0,4	14,8	8,9	494
Extremadura	2,7	76,7		1,4	5,5	12,3	1,4	73	
Galicia	5,9	71,1	1	1,3	1,3		18,4	1	304
Madrid	11,5	63	0,8	0,6	0,3	0,9	8,5	14,5	1650
Murcia	14,4	59,8				7,2	14,4	4,2	97
Navarra	7,4	80,2			1,2		9,9	1,2	81
País Vasco	4	76,5	0,4	1,4	0,2	1	12,9	3,6	497
La Rioja	2,4	66,7		2,4	2,4		21,4	4,8	42
Ceuta		83,3						16,7	6
Melilla	22,2	77,8							9
Extranjero	57,1	28,6					7,1	7,1	14
Total Nacional	11,1	65,6	1,3	0,9	0,3	0,9	12,8	7,1	6395

Figura 7. Tasas de incidencia de SIDA por millón de habitantes durante 1994 (n=6.395), según Comunidad Autónoma de residencia

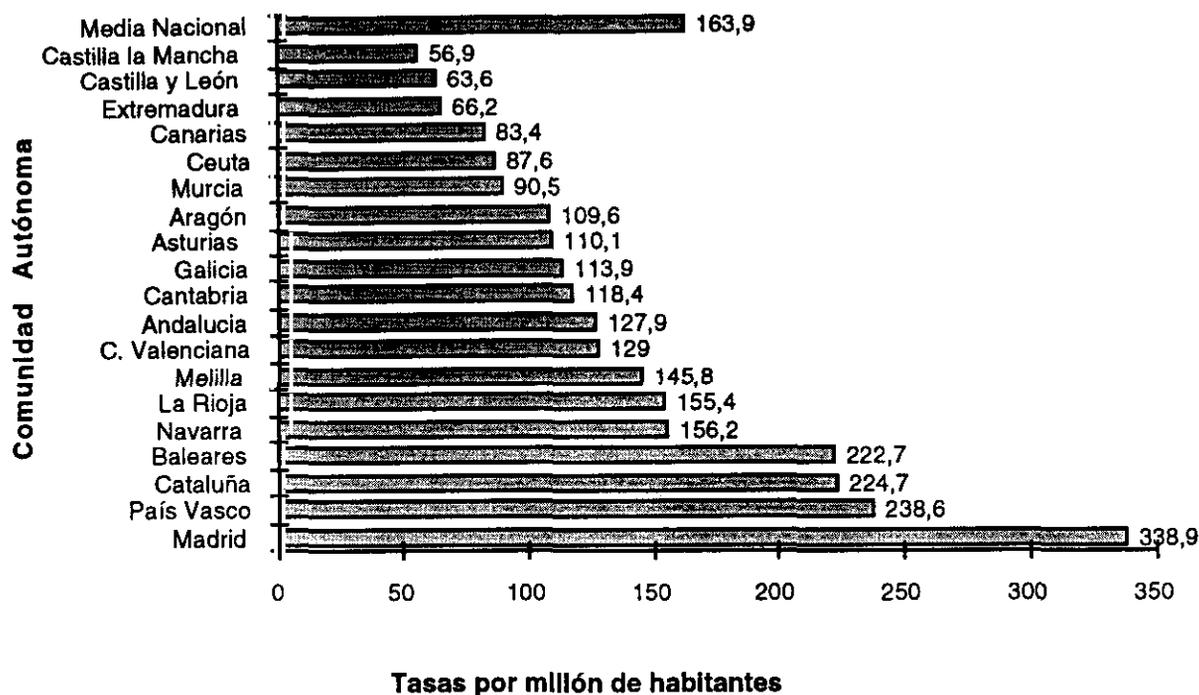
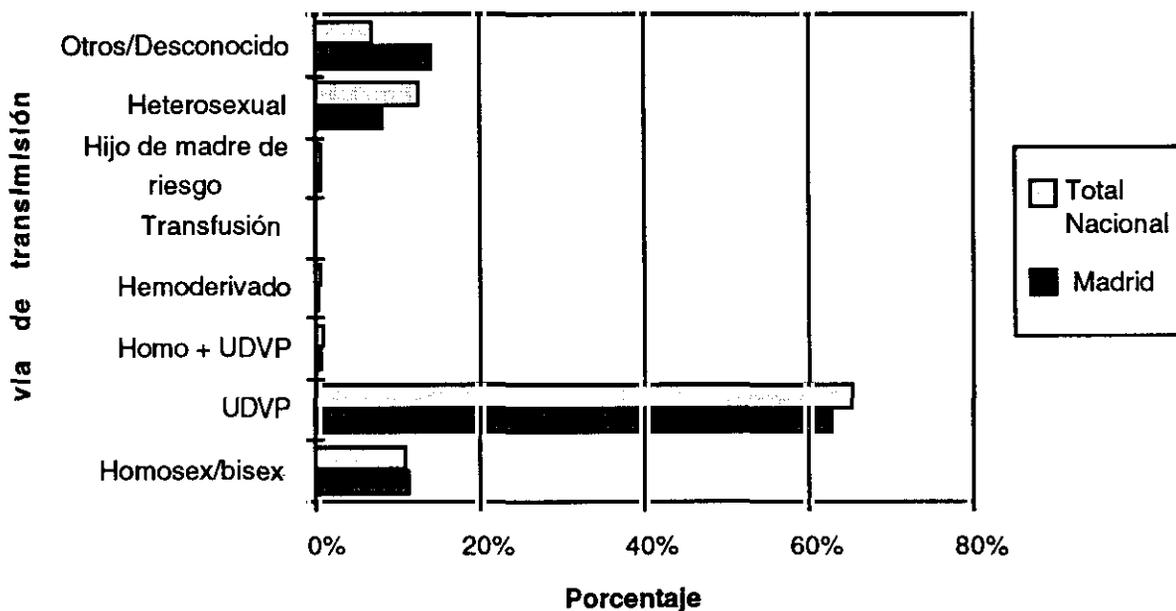


Figura 8. Casos de SIDA notificados en 1994 en Madrid y en el total de España según vía de transmisión



4.2. Evolución en el tiempo .

Desde 1991 en España se produce cada año un caso nuevo más por 10.000 habitantes, tasa que no ha sido alcanzada por ningún otro país europeo.

La incidencia corregida supera desde 1992 los 5.000 casos nuevos de SIDA cada año, y en 1994 superó los 7.000 casos nuevos. De estos 7.000 casos, un 20% corresponden a pacientes que cumplieron únicamente los criterios de la definición ampliada de SIDA. La nueva definición de SIDA aplicada en 1994 supuso un aumento de la incidencia para todas las categorías si bien afectó menos a los homosexuales o bisexuales, fueran o no además UDVP. La inclusión del cáncer de cérvix afectó prácticamente en exclusiva a las categorías ser UDVP o tener conductas heterosexuales, en el resto de categorías de transmisión la ampliación de la definición de caso de SIDA aumentó la incidencia por presencia de neumonías recurrentes.

La predicción para el año 1999 ronda la cifra de 8.000 casos nuevos de SIDA por año. La ampliación de la definición de caso de SIDA tiene como consecuencia principal que se haya adelantado el momento del diagnóstico más que el que se diagnostique como casos a pacientes que nunca iban a ser considerados casos de SIDA, por lo que ha producido un aumento puntual de la incidencia que no producirá un aumento final de las predicciones de casos de SIDA para el futuro. En el año 2.000 la epidemia tendrá en España una magnitud ligeramente superior a la actual (Brookmeyer,1991; Castilla et al, 1993) (figura 9).

Por categorías de transmisión la incidencia anual de casos de SIDA sigue aumentando en UDVP y heterosexuales. En homo y/o bisexuales está estable desde 1992. Los casos de transmisión vía transfusiones y vertical han disminuido desde 1992. Desde 1994 la transmisión heterosexual supera a la homosexual, situándose en segunda posición tras el ser UDVP (tabla 8 y figuras 10, 11, 12, 13, 14).

Figura 9 .Predicción de Casos de SIDA en España 1995-1999.

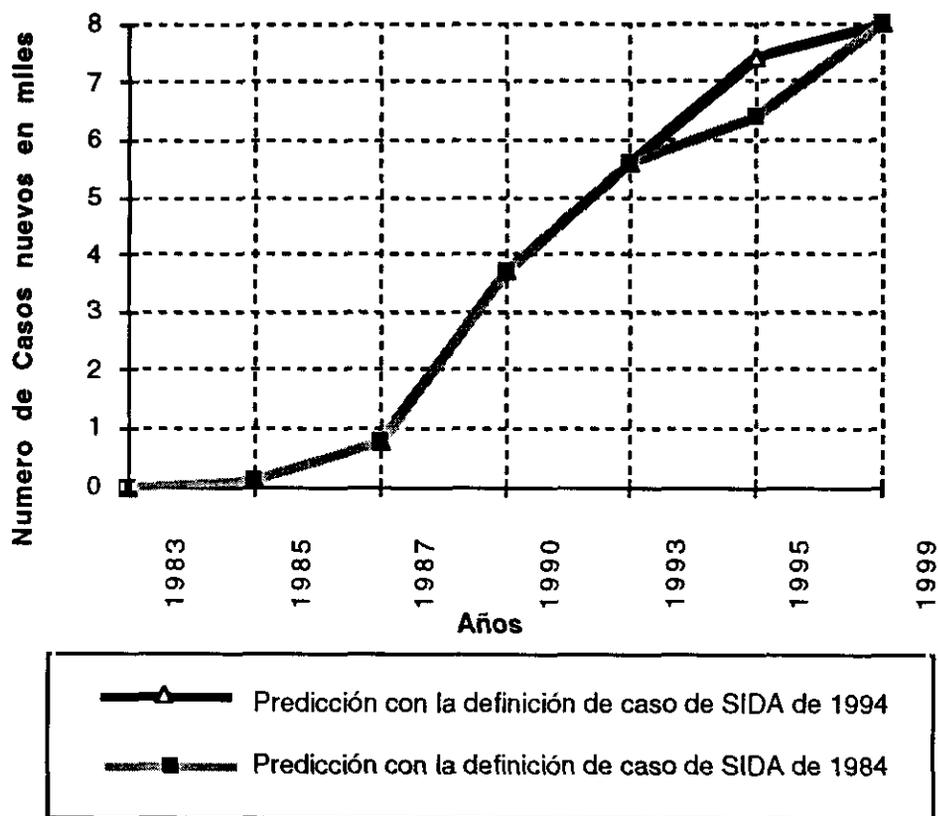


Tabla 8 .Tendencia actual del SIDA en España	
	Tendencia
UDVP	+
Transmisión heterosexual	+++
Hombres homosexuales o bisexuales	=
Receptor de hemoderivado	-
Receptor de transfusión	--
Transmisión madre-hijo	= ó -
En general la tendencia media es a:	+

Figura 10. Tasas de incidencia anual de SIDA por millón de habitantes para usuarios de drogas intravenosas en España

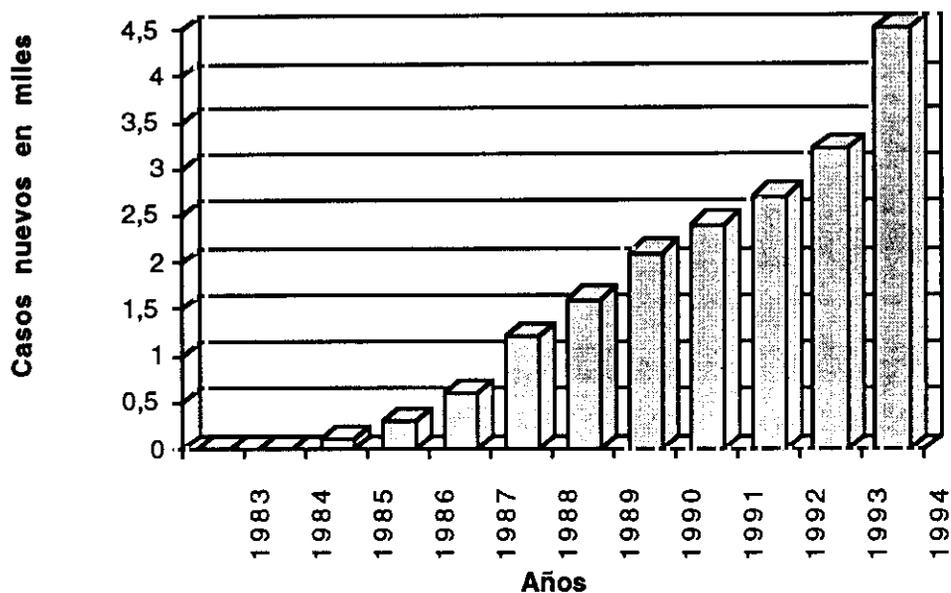


Figura 11. Tasas de incidencia anual de SIDA por millón de habitantes transmitidos vía homo/bisexual en España

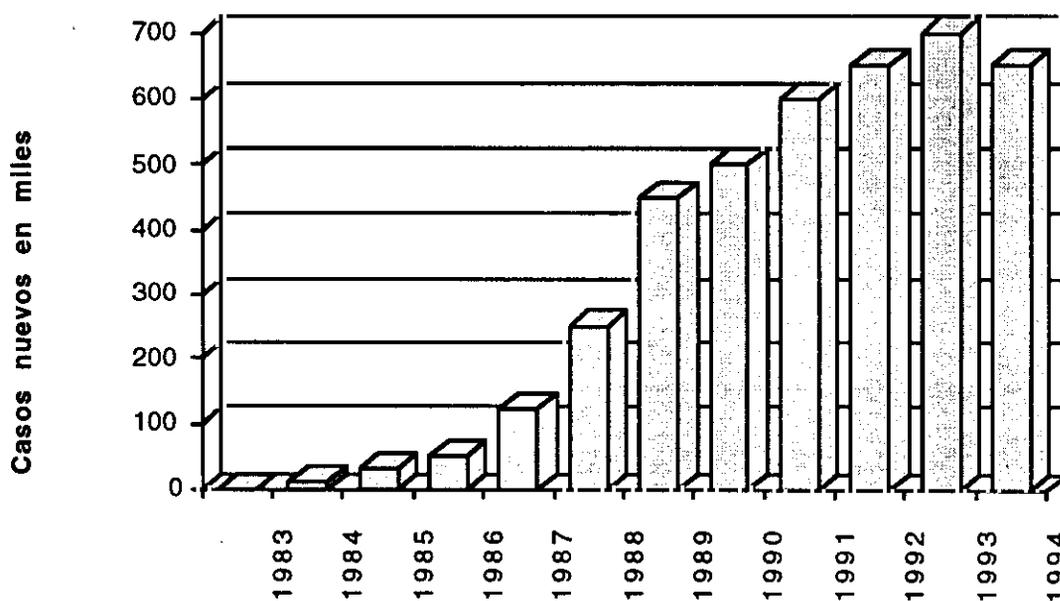


Figura 12. Tasas de incidencia anual de SIDA por millón de habitantes transmitidos vía heterosexual en España

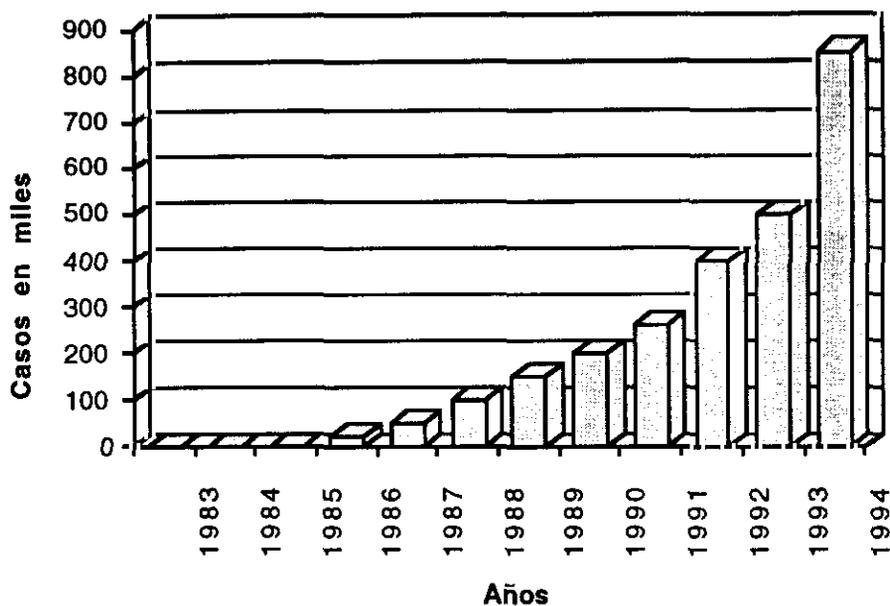


Figura 13. Tasas de incidencia anual de SIDA por millón de habitantes transmitidos vía transfusión en España.

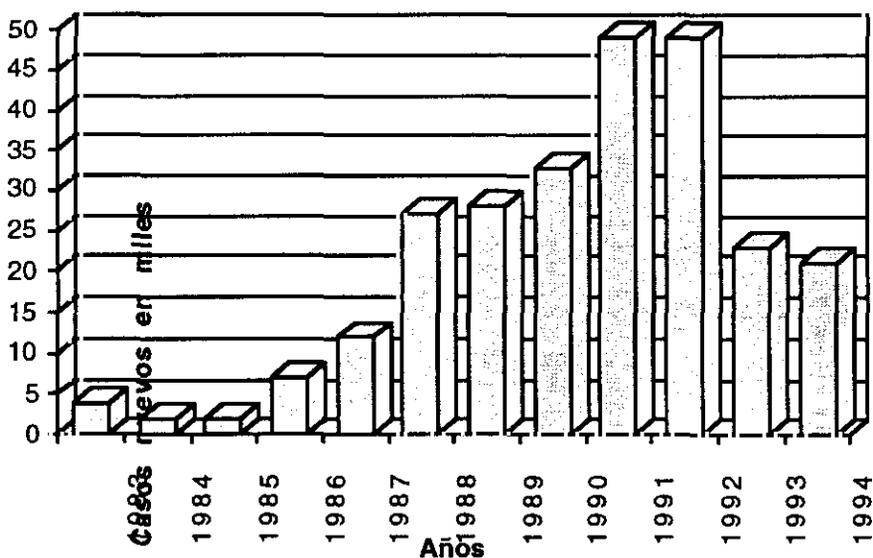
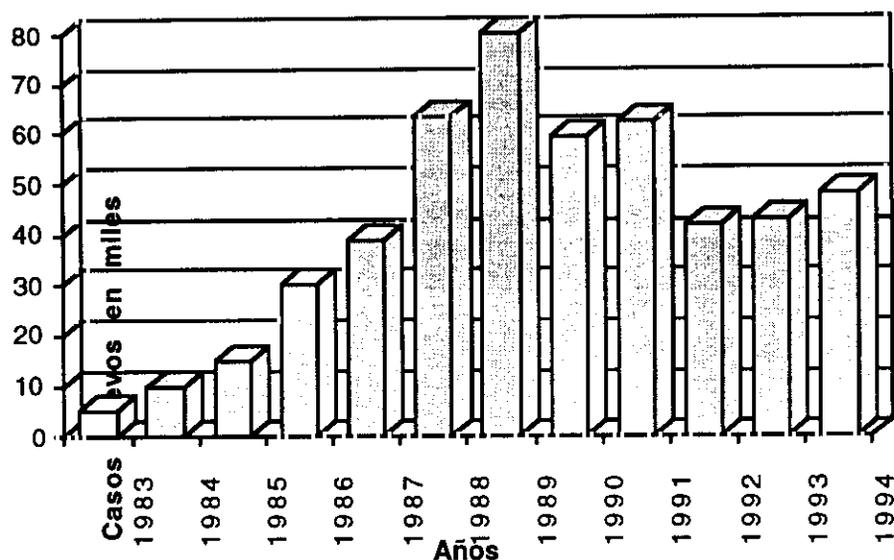


Figura14. Tasas de incidencia anual de SIDA por millón de habitantes transmitidos por recepción de hemoderivados en España



4.3. Distribución geográfica.

La diversidad de características sociales y demográficas de las diferentes Comunidades Autónomas contribuye a que existan importantes diferencias en la frecuencia de las distintas prácticas de riesgo para la transmisión del VIH y en consecuencia en el patrón geográfico del SIDA.

El consumo de drogas por vía parenteral es el mecanismo de transmisión más frecuente en España por lo que la frecuencia de su distribución en las diferentes regiones ha condicionado el patrón de distribución del SIDA, enmascarando el efecto de otros mecanismos de transmisión. El otro factor que ha influido en la distribución geográfica ha sido el momento de la introducción del virus.

Respecto a la incidencia global del SIDA en el periodo 1988-1990 ya existían diferencias geográficas importantes. Madrid, Cataluña, el País Vasco y Baleares

superan al resto de Comunidades. En Cataluña la región más afectada era Barcelona y en Andalucía, Málaga. En el periodo 1991-1993 ha aumentado el SIDA en todas las regiones españolas. La Comunidad de Madrid ha aumentado su incidencia espectacularmente (339 por millón), distanciándose del resto (País Vasco, Cataluña y Baleares son las comunidades con mayor tasa de incidencia después de Madrid y tienen aproximadamente 225 casos nuevos por millón) (figura 7).

4.4. Mortalidad por SIDA en España.

En España el SIDA afecta a hombres en una razón de 4 hombres por 1 mujer. La edad de los afectados es inferior a los 50 años en el 95% (el 75% tienen entre 25 y 39 años).

Las muertes por SIDA supusieron en 1992 el 1,6% de las muertes entre hombres (2.831 casos) y el 0,6% de las muertes entre mujeres (580 casos). El VIH/SIDA fue en 1992 la tercera causa de muerte prematura en hombres y la quinta en mujeres. El VIH/SIDA fue en 1992 la primera causa de muerte en el grupo de edad de 25 a 39 años (tasa de mortalidad de 47,7 defunciones por 100.000 en hombres y 9,6 por 100.000 en mujeres). Es prácticamente la causa de una de cada cuatro muertes en hombres y una de cada siete en mujeres en el grupo de edad de 25 a 39 años.

5. EL SIDA EN LA COMUNIDAD DE MADRID.

5.1. El Registro de Casos de SIDA de la Comunidad de Madrid.

Los datos que se exponen a continuación provienen del Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Servicio de Epidemiología de la Comunidad de Madrid, 1995b) que recoge la información actualizada hasta el 30 de septiembre de 1995.

La comunidad de Madrid con el 12,7% de la población de España tiene el 25,3% de los casos de SIDA confirmados. Desde 1983 Madrid es la Comunidad con mayores tasas de incidencia anuales (número de casos por millón de habitantes). Hasta el 30 de septiembre de 1995 se habían notificado y confirmado 8.707 casos de SIDA en Madrid lo que supone una incidencia acumulada de 1.784 casos por millón de habitantes (1,7 por mil) prácticamente el doble de la tasa a nivel nacional (893,5 casos por millón). El 65,2% de los casos comunicados han fallecido.

De los 8.516 casos mayores de 12 años el 82% son hombres y el 18% mujeres. El 91% de las mujeres están en edad fértil (15 a 40 años). El 83,6% de los casos de SIDA tienen entre 20 y 39 años. En el grupo de edad de 20 a 39 años, el 77% son UDVP y en el 6% la transmisión fue mediante relaciones heterosexuales. Entre los mayores de 49 años (4,8% del total) el 48,6% son varones con prácticas homosexuales y en el 17,4% la transmisión fue atribuida a relaciones heterosexuales.

Desde el principio de la epidemia la transmisión entre UDVP es la más frecuente (66%). Si además se tienen en cuenta los infectados a través de relaciones sexuales con UDVP y los hijos de éstos, de forma directa o indirecta la transmisión vía UDVP fue de un 70%.

De los 622 casos debidos a transmisión heterosexual, el 51,6% son hombres y el 48,4% mujeres. El 22% de estos casos refiere haber tenido relaciones heterosexuales con UDVP y el 17,2% promiscuidad, en el 59% no se obtuvo información. De las mujeres infectadas por vía heterosexual el 85% tienen entre 20 y 39 años y el 5,3% más de 49 años. Entre los hombres el 55% tiene entre 20 y 39 años y el 44,5% son mayores de 49 años.

Entre 1992 y 1993 el incremento de casos entre UDVP fue del 0,6% y entre infectados por transmisión heterosexual del 35%. Entre 1993 y 1994 el incremento fue respectivamente del 34% y 25%.

En el anexo II se presentan unas gráficas sobre la distribución de los casos notificados según las variables año de diagnóstico (figura 15) , grupos edad y

sexo (figura 16) , vía de transmisión y grupos de edad y sexo (tabla 9), vía de transmisión y año de diagnóstico (figura 17).

Figura 15. Casos de SIDA en la Comunidad de Madrid y fallecidos por años de diagnóstico. Notificado a fecha 30-9-1995.

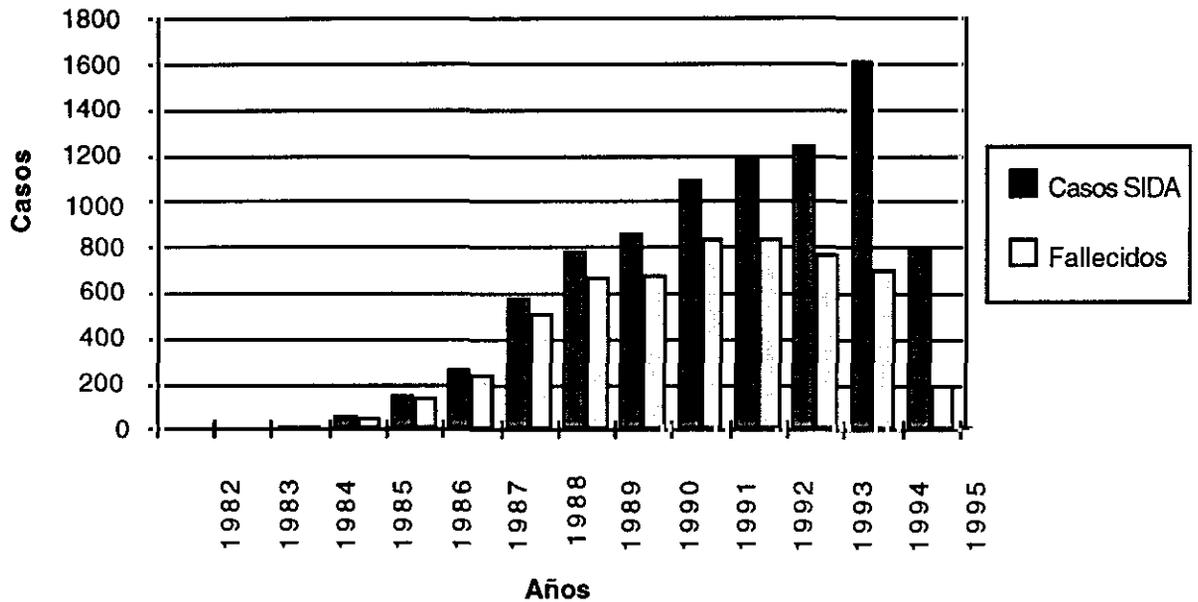


Figura 16. Casos de SIDA en la Comunidad de Madrid por grupos de edad y sexo. Notificados a fecha 30-9-95.

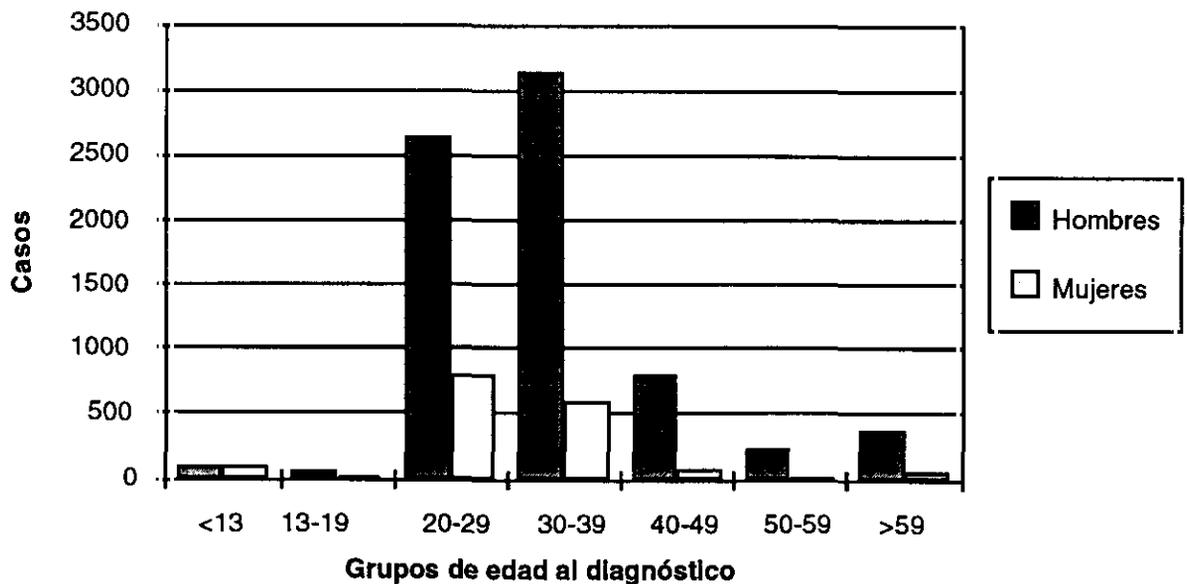


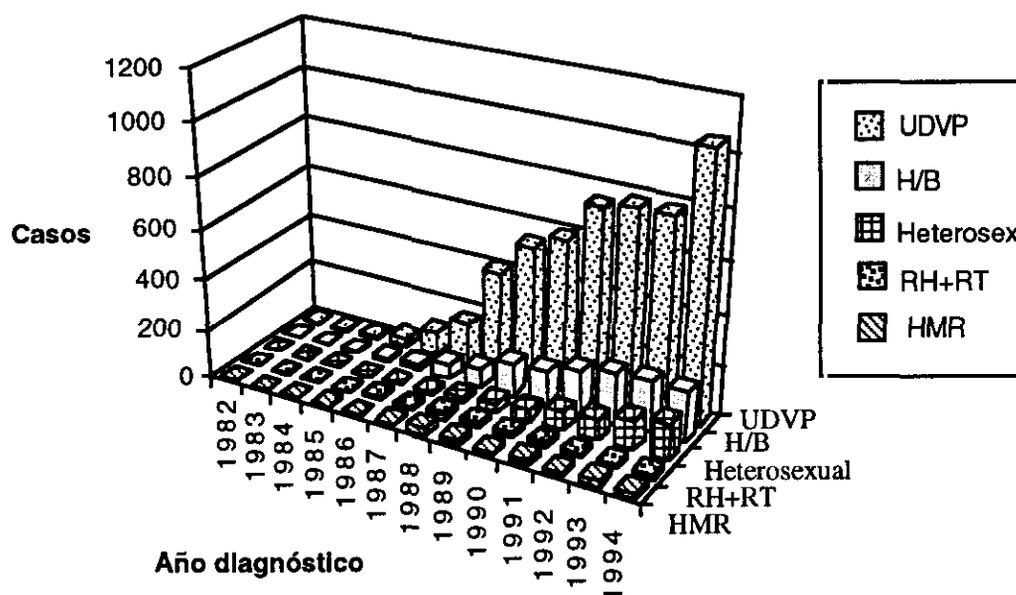
Tabla 9. Distribución del número de casos por vía de transmisión, grupos de edad y sexo en el Registro de la Comunidad de Madrid (notificación hasta el 30-9-95).

Edad	H/B		UDVP		H/B + RH		RT		Heteros		Desc/ otro		No consta		Total /edad/ sexo		Total /edad
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
13-14							3		2		1				3	3	6
15-19	2	25	8				15				2			1	43	10	53
20-29	219	2194	625	45	29	1	3	3	46	128	27	7	67	24	2630	788	3418
30-39	511	2245	407	45	28		7	3	130	128	63	12	105	33	3134	583	3717
40-49	397	178	22	11	14	1	5	3	84	26	39	5	53	12	781	69	850
50-59	149	7		2	5	1	5	7	28	5	23	6	20	2	239	21	260
>59	49	2			2		4	5	31	7	22	9	14	2	124	23	147
No consta	6	23	7				1		2	4	1	1	17	3	50	15	65
Total/sexo	1333	4674	1069	103	96	3	25	23	321	301	175	40	277	76	7004	1512	8516
Total	1333		5743	103		99		48		622		215		353		8516	8516

H: Hombres; M: Mujeres; H/B: (Varones) homosexuales o bisexuales; UDVP: Usuarios de drogas vía parenteral; RH: receptores de hemoderivados; RT: receptores de transfusión; Heteros: Heterosexual; Desc/otro: vía de transmisión desconocida.

Total/sexo: total para cada sexo; Total /edad/sexo: total para cada sexo según grupo de edad; Total /edad: total para cada grupo de edad.

Figura 17. Casos de SIDA en la Comunidad de Madrid según vías de transmisión y año de diagnóstico. Notificación a fecha 30-9-95.



HMR: Hijos de madre de riesgo; RH: Receptor hemoderivado; RT: Receptor de hemotransfusión; H/B: Varón homo o bisexual; UDVP: Usuario de drogas vía intravenosa

5.2. Eficiencia en la indicación del test.

El Hospital Universitario San Carlos durante el periodo de enero de 1988 a septiembre de 1995 ha recibido 25.846 solicitados de test de VIH con un resultado de 3.808 positivos lo que da una eficiencia a la hora de sentar la indicación de hacer el test de un 14,7% (Eficiencia a la hora de sentar la indicación de hacer el test = nuevos seropositivos / demanda).

Las peticiones de test del VIH en Madrid en 15 servicios hospitalarios fueron 369.050 durante el periodo enero de 1988 a septiembre de 1995. Se obtuvieron 34.545 resultados seropositivos, lo que resulta en un 9,1% de eficiencia global, con un rango que va del 0,7% de eficiencia para los hospitales

privados al 27,2% del Instituto Carlos III. Para los 2 laboratorios extrahospitalarios la eficiencia media fue del 13,8% (cifras de eficiencia del 12,5% para uno de los laboratorios y del 15,4% para otro). En dichos laboratorios extrahospitalarios se pidieron 40.362 test, obteniéndose un total de 5.577 seropositivos. En definitiva la cifra de eficiencia contando servicios hospitalarios y extrahospitalarios es del 9,7% con un total de 408.412 peticiones y 40.122 seropositivos.

5.3. Accidentes en personal sanitario con material potencialmente contaminante para el VIH.

Hasta junio de 1995 se han contabilizado 1.876 casos de accidentes en personal sanitario Han ocurrido 3 seroconversiones debidamente documentadas (tabla 10).

La sangre fue el vehículo contaminante en el 94,8%. En el 2,9% de los casos no se conocía la situación serológica de la fuente en el momento del accidente. El 78,3% de los accidentes fueron inoculaciones percutáneas (73,5% pinchazos) y el 16% contacto con piel. En todos los grupos profesionales salvo celadores el accidente más frecuente fue el pincharse con una aguja.

El 61,2% de los accidentes ocurrieron en personal de enfermería, el 17,1% en médicos y el 15,2% en auxiliares sanitarios. En enfermería y auxiliares el 60% de los accidentes ocurren en el área clínica. En el área quirúrgica ocurren el 46% de los accidente médicos.

Con los datos disponibles el riesgo de transmisión en personal sanitario con material potencialmente contaminado es de un 2,3 por mil, y en el caso de inoculaciones percutáneas de un 3 por mil.

Tabla 10. Resultados globales del registro de accidentes en personal sanitario con material potencialmente contaminante para el VIH notificados a fecha 30-6-95

Nº total de trabajadores registrados	1876
- con el control basal (mes 0) realizado	80
- con el control del mes 3 realizado	70
- con el control del mes 6 realizado	62
- con el control del mes 12 realizado	971
Pérdidas en el seguimiento	692
* con sólo el control basal	303
* Con el control de los 3 meses	146
* Con el control de los 6 meses	243
Nº total de seroconversiones registradas	3

6. GRUPOS DE RIESGO TRADICIONALES Y NUEVOS GRUPOS DE RIESGO.

6.1. Grupos de riesgo tradicionales.

Los casos de SIDA han sido clasificados tradicionalmente en términos de grupos de riesgo según la vía por la que se ha podido transmitir el virus (ver sección 1.2.1.). Según dicha clasificación los grupos de riesgo son: conductas sexuales (homosexuales o heterosexuales con conductas de riesgo), vía parenteral (usuarios de drogas vía parenteral, transfusiones de hemoderivados, pinchazos o exposiciones de piel a fluidos con presencia del VIH, etc) y transmisión vertical o perinatal (hijos de madre VIH positiva).

Existen diferencias en la vía de transmisión más frecuente según los países. En el sur de Europa la vía más frecuente es ser UDVP, en Norte América, ámbito anglosajón y Centroeuropa es la vía homosexual, en el Norte de Europa y Asia es la vía heterosexual (Brookmeyer & Gail, 1994).

6.2. Nuevos grupos de riesgo.

La clasificación tradicional en los grupos de riesgo que ya hemos visto en el epígrafe anterior permite realizar grandes campañas a nivel de medios de comunicación sobre todo dirigidas contra las conductas sexuales o el uso de drogas intravenosas, pero no cubre las necesidades de una asistencia sanitaria individualizada. No es habitual que alguien acuda a un dispositivo asistencial por presentar una conducta de riesgo para adquirir el VIH con el objetivo de que le ayuden a suprimir dicha conducta. Esto puede explicar porque los objetivos de la prevención no se han alcanzado en los últimos años (Brewer & Derrickson, 1992; Booth & Watters, 1994). Lo habitual es que un paciente acuda a consulta para que le resuelvan un determinado problema médico o social y en el transcurso de la exploración o entrevista se descubre la presencia de conductas de riesgo para transmitir el VIH. Esto es debido a que es frecuente la asociación, ya como causa o como consecuencia, de ciertas patologías médicas o ciertas variables sociodemográficas con la presencia de conductas de riesgo para adquirir el VIH.

Para lograr una mejor prevención de la transmisión y para la identificación precoz de posibles seropositivos se está tendiendo actualmente a estudiar las características de estos nuevos grupos de riesgo definidos según ciertas variables sociodemográficas o clínicas. Ejemplo de esta tendencia es la creación, usando variables clínicas, del grupo de riesgo ser hemofílico o usuario de drogas intravenosas (UDVP). Usando variables sociodemográficas se han definido los grupos de riesgo ser: recién nacido con madre seropositiva, mujer, varón homosexual, o bien dedicarse a la prostitución, estar en prisión etc.

Esta forma de clasificar está más cerca de la realidad asistencial y permite identificar grupos que tienen varias conductas de riesgo simultáneamente de forma habitual. Esto va a permitir alertar a ciertas especialidades médicas y dispositivos asistenciales sobre el mayor riesgo de que sus pacientes o usuarios estén infectados para que puedan intervenir más activamente en la prevención de la expansión del VIH.

Dentro de los diversos pacientes médicos, en la literatura que se comentará a continuación se ha detectado que el grupo de los pacientes psiquiátricos severos o crónicos es un grupo de riesgo.

7. LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS COMO NUEVO GRUPO DE RIESGO PARA ADQUIRIR EL VIH.

Existe una evidencia creciente de que los pacientes con trastornos psiquiátricos severos pueden tener mayor riesgo de adquirir el VIH que la población general por presentar con más frecuencia conductas de riesgo fundamentalmente de tipo sexual y de transmisión vía endovenosa (Cournos et al, 1994; Sacks et al, 1990; Zafrani & McLaughlin, 1990; Hellerstein & Prager, 1992).

Varios estudios han sido específicamente diseñados para evaluar la frecuencia de dichas conductas. A continuación se resumen por año de publicación los más significativos.

En un estudio de 113 pacientes psiquiátricos ingresados en un hospital de Nueva York, alrededor de un 20% de los pacientes femeninos y un 68% de los masculinos tenían conductas de alto riesgo, tales como: tener múltiples compañeros sexuales (13%), ser UDVP (7%), ser receptor de sexo anal sin protección (12%) (Sacks et al 1990). También en 1990 Sacks et al (1990) con una muestra de 205 pacientes agudos ingresados en Nueva York, encuentran que el 19% de los pacientes tenían una o más conductas de riesgo para adquirir el VIH y que al 57% no le preocupaba el SIDA o el temor a infectarse por el. De los que tenían comportamientos de riesgo un 8,8% tenían relaciones homosexuales, un 63% eran UDVP y un 11,7% tenían un comportamiento sexual de alto riesgo. Un año después Baker & Mossman (1991) estudiando 23 adolescentes femeninas ingresadas encuentran que el 57% tenían conductas sexuales de riesgo.

Hellerstein & Praeger (1992) en una muestra de 101 pacientes ambulatorios psiquiátricos en un centro urbano (53 con trastorno afectivo, 17 con

psicosis y 8 con trastorno mental orgánico) encuentran que un 16,8% tienen al menos una conducta de riesgo para transmitir o adquirir el VIH y un 10,9% son sospechosos de tener dichas conductas de riesgo. De los que tenían comportamientos de riesgo un 75% eran UDVP y un 7% tenían relaciones homosexuales. En el mismo año Kelly et al (1992) estudian 60 pacientes ambulatorios (38 hombres y 28 mujeres) de un centro urbano encontrando una alta frecuencia de conductas de riesgo (tabla 11).

Tabla 11. Conductas de riesgo para adquirir el VIH halladas en 60 pacientes psiquiátricos crónicos durante el mes pasado y en el año pasado. (Kelly et al, 1992)

Conducta de riesgo	Época de evaluación			
	Mes pasado		Año pasado	
	N	%	N	%
Tener relaciones sexuales a cambio de dinero, drogas o alojamiento	7	12	8	13
Tener relaciones sexuales con alguien por menos de un día	3	5	6	10
Tener relaciones sexuales bajo presión	8	5	6	10
Tener relaciones sexuales después de usar drogas o alcohol	9	15	12	20
Ser receptor de sexo anal	1	2	2	3
Tener relaciones sexuales con alguien que usa drogas intravenosas	2	3	4	7

Cournos et al (1993, 1994) en una muestra de 95 pacientes ambulatorios con esquizofrenia de la ciudad de Nueva York (70 hombres y 25 mujeres) obtiene que el 44% estaba sexualmente activo, de ellos: el 62% (26 pacientes) tenían múltiples parejas sexuales, el 12% había tenido un compañero sexual que era UDVP o seropositivo al VIH, el 50% había tenido relaciones a cambio de dinero u

otros bienes y el 10% había tenido relaciones homosexuales en los últimos 6 meses. El 22% de los hombres o mujeres había tenido relaciones homosexuales a lo largo de su vida. Susser et al (1993) en una muestra de 90 pacientes ambulatorios (59 con esquizofrenia) encuentran que el 24,7% eran UDVP y el 13,3% tenía relaciones homosexuales.

McDermott et al (1994) en una muestra de 61 pacientes de los cuales 35 tenían el diagnóstico de esquizofrenia, 10 el de trastorno bipolar y 16 el de depresión, encuentran que el 14,7% son UDVP, el 22,9% tiene relaciones homosexuales, el 57,3% no usa preservativo y el 21,3% tiene relaciones sexuales con prostitutas. Kalichman et al (1994) en una muestra de 95 pacientes ambulatorios (50 hombres y 47 mujeres) de Milwaukee obtiene que un 33% tiene un factor de riesgo, un 19% tiene dos y un 15% tiene tres (tabla 12).

En la tabla 13 se resumen los datos de los estudios descritos en las líneas precedentes. En la tabla 14 se muestran la frecuencia de conductas de riesgo en los estudios de seroprevalencia realizados hasta la actualidad.

Tabla 12 Comportamientos de riesgo para adquirir el VIH en pacientes adultos con enfermedad mental crónica en el último año (Kalichman et al, 1994).

Comportamiento	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Uso de drogas intravenosas	3	6	1	2	4	4
Uso de drogas intravenosas por el compañero sexual	4	8	4	9	8	8
Enfermedad de transmisión sexual en el compañero sexual	1	2	6	13	7	7
Dos o más compañeros sexuales de diferente sexo	13	26	13	29	26	27
Enfermedad de transmisión sexual	1	2	2	4	3	3
Ulceras genitales en el año pasado	4	8	2	4	3	3
Recibir dinero o drogas a cambio de relaciones sexuales	5	10	12	27	17	18
Dar dinero o drogas a cambio de relaciones sexuales	21	42	4	9	25	26
Compañero sexual infectado por el VIH	4	8	2	4	6	6
Relaciones homosexuales (hombres)	11	22			11	12
Compañero bisexual (mujeres)			3	7	3	3
Un factor de riesgo	17	34	14	31	31	33
Dos factores de riesgo	9	18	9	20	18	19
Tres o más factores de riesgo	9	18	5	11	14	15

Tabla 13. Conductas de riesgo para adquirir el VIH en varios estudios con población psiquiátrica.

Estudios	Tipo de paciente	n	Alguna conducta de riesgo	UDVP	Relación Homosexual	Relación Heterosexual
Sacks et al, 1990	Ingresado	113	68% de hombres 20% de mujeres	7%	12%	13%
Sacks et al, 1990	Ingresado	205	19%	6,3%	8.8%	11,7% parejas de riesgo: UDVP, bisexual, prostituta
Hellerstein & Praeger, 1992	Ambulatorio	101	16,8%			
Baker & Mossman, 1991	Adolescentes ingresadas	23	57%			
Kelly et al, 1992	Ambulatorios	60	83	5%	3%	42% de hombres 19% de mujeres
Susser et al, 1993	Ambulatorios	90		24%	13%	
Di Clemente & Ponton, 1993	Adolescentes ingresadas	76		9,2	20	62,5 múltiples parejas
Mc Dermott et al, 1994		61		14%	3%	21,3% con prostitutas. 57,3% no usa preservativos
Kalichman et al, 1994	Ambulatorios	95	33%	4%	12% total 22% hombres	26% con prostitutas. 27% más de dos parejas/año
Cournos et al, 1994	Ambulatorios e ingresados con esquizofrenia	95	33%	4%	22%	27% múltiples parejas 22% prostitución 5% con UDVP o seropositivo

Tabla 14. Factores de riesgo para adquirir el VIH en los estudios de seroprevalencia publicados.

Estudios	Método	Factores de riesgo en la muestra completa	Factores de riesgo en seropositivos	Variables socioeconómicas Predominio de:
Schleifer, 1990	S.A.	100% alcohol, 0% UDVP 0% otras drogas,	UDVP y menos abuso de alcohol	indigentes, raza negra (92%) (las 3 muestras fueron seleccionadas según la frecuencia de consumo de sustancias)
	S.A.	100% de alcohol 100 % UDVP 100% otras drogas	No diferencias significativas en UDVP por sexo, aunque en hombres se da en un 57% (25% en mujeres).	
	S.A.	100% alcohol, 0 % UDVP 5% otras drogas		
Cournos, 1991	S.A.	Algún factor:54/451= <u>12%</u> UDVP=8,6% raza negra: 38% Homosexual=7,5%	Algún factor:9/25= <u>36 %</u> UDVP= 24% raza negra: 76% Homosexual=25%	Raza negra. Psicóticos 2-5 ingresos sobre todo esquizofrenia Pocos >50 años
Volavka, 1991	S. no A. y S.A.	Diferencias significativas: - UDVP en ambos sexos. - En mujeres: sexo con UDVP o infectado por SIDA y con bisexuales		Raza negra 58% Psicóticos sobre todo esquizofrenia
Saks, 1992	S.A.	Algún factor:77/350=22% UDVP 8,5% Homosexual 20,1 % Otros 4,5%	Algún factor:22/25=88% UDVP=20% HOMOSEX=63% Ambos 4%. Otros 3,7%	Trastornos depresivos Más mujeres
Ayuso, 1993	Revisión		84% UDVP	
Empfield, 1993	S.A.	Algún factor:10,8% Homosexual: 6,8% UDVP=6,8 %	Algún factor:23,1% Homosexual: 10% UDVP=23%	Esquizofrenia, 2-5 ingresos, hombres
Meyer, 1993	S.A.	Homosexual: 6,1% UDVP=7%	Homosexual: 20% UDVP=37,5 %	Hombres
Susser, 1993	Revisión	UDVP=19,3% Homosexual=27,4%	9/12= <u>75 %</u> UDVP=41,6% Homosexual=41,6%	30-39 años, raza negra, esquizofrenia
Mahler, 1994	S.A.	Algún factor: 28 %	Algún factor: 64,5 %	Raza blanca, abuso de otras sustancias
Silbers-tein, 1994	S. no A.	Algún factor: <u>50,4%</u> Homosexual: 16,2% UDVP=23%, Ambos=11%	Algún factor: <u>81,4%</u> Homosexual: 26% UDVP=37% Ambos=18,5%	Hombres 87,1%, raza negra, usan crack, cocaína
Naber, 1994	S. no A.	Algún factor:30,5% Homosexual: 11,2% UDVP=20,7%, Otros=22,6%	Homosexual: 20% UDVP=83,3% Otros=53,3%	Esquizofrenia, abuso de sustancias

S.A.: seroprevalencia anónima; S. no A.: seroprevalencia no anónima; Revisión: revisión de historias

7.1. Factores asociados a la presencia de conductas de riesgo.

La alta exposición a conductas de riesgo en la población psiquiátrica se achacó en un principio a que los pacientes psiquiátricos por su patología, presentaban más inestabilidad afectiva, peor control de los impulsos, más

comportamientos autoagresivos y peor percepción de la realidad y de las consecuencias de sus actos. Estas y otras variables se han ido investigando desde la aparición del SIDA, a continuación se exponen resumidos los hallazgos más relevantes

7.1.1. Influencia del diagnóstico y de su severidad o cronicidad en la presencia de conductas de riesgo para adquirir el VIH.

El aumento de riesgo en la población psiquiátrica en general se debe sobre todo al aumento especialmente alto de conductas de riesgo en ciertos trastornos como la esquizofrenia, la manía, los trastornos mentales orgánicos, los trastornos de personalidad, en particular los trastornos de personalidad inestable, los trastornos de la actividad sexual en los que aumenta la libido, y el comportamiento sexual impulsivo en los trastornos de control de los impulsos (Akhtar et al 1977; Gewirtz et al, 1988; Guirguis, 1981; Taylor & Abrahams, 1973; Zubenko et al, 1987; Verhulst & Schneidman, 1981). Algunos autores aportan datos a favor de una mayor frecuencia de conductas de riesgo en los pacientes con trastornos de personalidad (eje II del DSM-IV) que en los pacientes con un diagnóstico de tipo síndrome clínico (eje I del DSM-IV) (Sacks et al, 1991; Perkins et al, 1993). Hay muchos otros trastornos diferentes de los ya citados en los que en un momento dado se puede perder el autocontrol o pueden alterarse las funciones cognitivas favoreciéndose la presentación de conductas de riesgo para adquirir el VIH ya de forma voluntaria o por presiones exteriores.

Intentando hallar alguna relación entre la gravedad del trastorno, más que el trastorno mismo, y la presencia de conductas de riesgo, se emplean en muchos estudios los términos: "pacientes crónicos" o "pacientes con trastornos psiquiátricos severos" sin aportar una definición clara pero considerando dichos grupos como de riesgo para adquirir el VIH. En otras ocasiones se intenta clasificar según el grado de severidad usando variables más objetivas como por ejemplo la variable "haber sido ingresado".

En pacientes con un trastorno psiquiátrico "severo" se ha encontrado una asociación entre seropositividad y ser de raza negra (Cournos et al, 1991), uso de drogas intravenosas (Sacks et al, 1992; Cournos et al, 1991; Volavka et al, 1991; Meyer et al, 1993), actividad homosexual en hombres (Cournos et al, 1991; Volavka et al, 1991), e historia de relaciones sexuales con un compañero que usa drogas intravenosas o que está infectado por el VIH en mujeres (Volavka et al, 1991).

7.1.2. Influencia de la marginalidad y el bajo nivel socioeconómico en la presencia de conductas de riesgo para adquirir el VIH.

La marginalidad y el bajo nivel socioeconómico pueden ser causa o consecuencia de la enfermedad psiquiátrica o del consumo de drogas. La mayoría de los pacientes psiquiátricos con trastornos severos tiene una disminución importante de su nivel socioeconómico que en ocasiones les pone en situación de marginalidad. Por contra un bajo nivel socioeconómico suele ser factor de riesgo para muchas enfermedades psíquicas.

La marginalidad y el bajo nivel socioeconómico favorecen la desinformación de los pacientes sobre el VIH (Abernethy, 1974). Ambas son más frecuentes en áreas urbanas densamente pobladas y se asocian a falta de hogar, bajos ingresos económicos, el ingreso en instituciones psiquiátricas o en la cárcel. Todo ello favorece el contacto con personas que pertenecen a grupos de riesgo para adquirir el VIH tanto por vía sexual como por la vía del consumo de drogas (Seeman et al 1990; Cournos et al 1994; Sacks et al, 1990; Sacks et al 1990; Froner, 1988). La marginalidad y el bajo nivel socioeconómico favorecen la explotación sexual por: presiones de otras personas, o por búsqueda de dinero, alojamiento, drogas u otras ventajas por parte del paciente (Cournos et al 1994; Sacks et al, 1990; Sacks et al 1990; Froner, 1988). Se ha señalado como con frecuencia los pacientes vagabundean sin rumbo, por zonas en ocasiones escasamente pobladas, y con frecuencia de noche debido a la alteración del ritmo

sueño-vigilia lo que favorece que sean víctimas de delitos sexuales (Seeman et al, 1990). Además los pacientes psiquiátricos crónicos en situación de marginalidad cambian con frecuencia de pareja y de lugar de alojamiento (Seeman et al, 1990). Se ha podido demostrar como las personas sin hogar consumen más drogas que los pacientes psiquiátricos con domicilio fijo (Susser et al, 1989). Otro dato de especial relevancia es el hallazgo de que el 40% de las mujeres con trastornos psiquiátricos ingresadas en prisión se dedican a la prostitución (Lamb, & Grant, 1983).

Los pacientes psiquiátricos que se encuentran en una situación socioeconómica baja o muy baja, como los pacientes sin hogar, son una población que no usa los recursos sanitarios médicos o psiquiátricos, que no se organiza, y con una baja utilización de los servicios de ayuda o públicos (Susser et al 1984; Fischer et al 1988). Los estudios de pacientes psiquiátricos crónicos adultos en áreas urbanas muestran que estos pacientes tienen un riesgo alto de adquirir el VIH (Cournos et al 1991; Sacks et al, 1992; Susser et al, 1993). De un 6% (Susser et al, 1993) a un 19% (Empfield M et al, 1993) de los pacientes psiquiátricos adultos sin hogar en Nueva York están infectados por el VIH.

7.1.3. Influencia de la adolescencia en la presencia de conductas de riesgo para adquirir el VIH.

Muchos de los pacientes con esquizofrenia, trastornos de personalidad u otros de los diagnósticos que presentan conductas de riesgo para adquirir el VIH son adolescentes. Los adolescentes han sido identificados como grupo de riesgo para adquirir el VIH (Di Clemente, 1990). La frecuencia de conductas de riesgo no es uniforme en los diferentes subgrupos de adolescentes o jóvenes (Vermund et al, 1989). Según un estudio que compara 76 pacientes psiquiátricos adolescentes ingresados con 802 adolescentes no psiquiátricos, los pacientes psiquiátricos adolescentes, independientemente del diagnóstico, son un subgrupo de riesgo entre los adolescentes ya que dichos enfermos tenían más conductas de riesgo de

tipo sexual y de consumo de sustancias que los controles de la población no psiquiátrica. Un 53% de los pacientes adolescentes eran activos sexualmente en el momento del estudio. De éstos sólo el 38% era monógamo, sólo un 23% usaba preservativos de forma regular en las relaciones sexuales con penetración. Un 78% nunca o pocas veces usó preservativo en las relaciones sexuales con penetración anal. Un 20% había tenido relaciones homosexuales y un 20% había tenido relaciones sexuales con UDVP. Un 15% tuvo otra enfermedad de transmisión sexual y un 27% tuvo embarazos planificados o no. Un 9% era UDVP y un 15% de ellos se prostituía (DiClemente & Pontón, 1993).

7.1.4. Influencia de la desinformación sobre el VIH en la presencia de conductas de riesgo para adquirir el VIH.

El conocimiento sobre el SIDA en pacientes psiquiátricos presenta carencias en ciertas áreas (Baer, et al 1989; Coverdale & Aruffo, 1992). Además, aunque muchos pacientes varones tienen comportamiento homosexual o bisexual, ya sea por su patología mental o por falta de una adecuada orientación sexual, dichos pacientes no se integran habitualmente en las redes de apoyo de las comunidades de homosexuales, que les podrían ayudar a adquirir información sobre la transmisión del VIH y sobre medidas preventivas (Carmen & Brady 1991).

Kelly et al (1992), en un estudio de 60 pacientes atendidos en un ambulatorio de un centro urbano, encontraron déficits importantes en el conocimiento sobre comportamientos de riesgo para adquirir el VIH (tabla 15). En el mismo estudio el 53% de los pacientes decían estar muy o bastante preocupados sobre la posibilidad de haber adquirido el VIH. Un tercio de los pacientes se habían realizado pruebas del VIH, siendo los resultados negativos en todos ellos.

Kalichman et al (1994), en un estudio de 95 pacientes ambulatorios reclutados mediante anuncios encuentra que los pacientes fallan menos en las

preguntas sobre la transmisión sexual del VIH y más en las que postulan otras formas de transmisión por las que no se transmite el VIH, tal como contactos casuales, compartir objetos o mediante estornudos etc (tabla 16).

En otro estudio, un 38% de los pacientes con dos trastornos psiquiátricos simultáneos responden mal a preguntas sobre información general acerca del SIDA (Hanson et al, 1992).

Tabla 15. Grado de conocimiento sobre los comportamientos de riesgo para adquirir el VIH entre 60 pacientes psiquiátricos crónicos (Kelly et al, 1992).

Preguntas de tipo verdadero-falso	Sujetos que respondieron adecuadamente	
	N	%
La mayoría de las personas caern rápidamente enfermas tras adquirir el virus del SIDA	32	53
Las mujeres no pueden adquirir el SIDA si sólo tienen relaciones sexuales con hombres	26	43
Las personas que pueden transmitirte el virus siempre parecen enfermas	27	45
Los hombres no pueden adquirir el virus si sólo tienen relaciones sexuales con mujeres	23	38
Lavarse tras la relación sexual evita el SIDA	23	38
Sólo los homosexuales masculinos tienen SIDA	20	33
Tienes que tener muchos compañeros/as sexuales para contagiarte el SIDA	19	32
El sexo con alguien que usa drogas intravenosas aumenta el riesgo para adquirir el SIDA	17	28
Usar preservativos puede ayudar a prevenir el SIDA	14	23
Los fetos pueden adquirir el SIDA de sus madres	11	28
Puedes adquirir el SIDA a través de un solo compañero sexual	9	15

Nota: las personas entrevistadas conocían más la palabra SIDA que VIH por lo que se usa SIDA como sinónimo de VIH.

Tabla 16. Grado de conocimiento a cerca del SIDA en pacientes con una enfermedad mental crónica. (Kalichman et al, 1994)

Comportamiento	Personas que respondieron incorrectamente					
	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
La mayoría de las personas que tiene el virus del SIDA caen enfermos en pocas semanas	30	60	24	53	54	57
Una persona no puede adquirir el virus por compartir cocinas y baños con alguien que tiene el SIDA.	32	64	19	42	51	57
El virus del SIDA disminuye las posibilidades del cuerpo de luchar contra las enfermedades	7	14	12	27	19	20
Puedes coger el virus de alguien que estornude o tosa como en la gripe o resfriados.	21	42	17	38	38	40
Una persona puede adquirir el virus despues de haber tenido relaciones sexuales una vez con alguien que tiene el virus	10	20	3	7	13	14
Puedes adquirir el SIDA por tocar a una persona con el SIDA	18	36	8	18	26	27
Ducharse tras tener relaciones sexuales puede prevenir adquirir el SIDA	22	44	13	29	35	37
Las mujeres pueden transmitir el virus del SIDA a los hombres	6	12	4	9	10	11
Una persona debe tener muchos compañeros sexuales para adquirir el virus del SIDA	15	30	10	22	25	26
Una persona que adquirió el virus compartiendo jeringuillas no puede transmitir el virus a otro mediante relaciones sexuales	16	32	7	16	23	24
La media total de respuestas incorrectas para hombres, mujeres y total fueron respectivamente: 4,1 (SD=2,8), 3,1 (SD=2,4) y 3,6 (SD=2,6).						
Nota: las personas de la calle conocen más la palabra SIDA que VIH por lo que se usa SIDA como sinónimo de VIH.						

7.1.5. Influencia del abuso sexual en la infancia en la en la presencia de conductas de riesgo para adquirir el VIH.

Los antecedentes de abuso sexual son más frecuentes en los pacientes psiquiátricos que en la población general. Como secuela del abuso cuando son adultos tienen comportamientos peligrosos para ellos mismos u otras personas y las relaciones sexuales son, con más frecuencia que en la población general, promiscuas o impulsivas. Además pueden seguir siendo víctimas de abuso sexual en el momento de la evaluación (Carmen et al 1984; Rieker & Carmen, 1986). Es por todo esto que el riesgo de infección en los pacientes víctimas de abuso es más alto que en la población general (Carmen & Rieker, 1989).

7.1.6. Características del consumo de sustancias en pacientes psiquiátricos y su influencia en la transmisión del VIH.

a- Consumo de sustancias en pacientes psiquiátricos.

El consumo de sustancias puede ser causa o consecuencia de la enfermedad mental, esto explica las altas tasas de comorbilidad de los trastornos psiquiátricos con el uso de sustancias (Way & McCormick, 1990; Lehman et al 1989; Schneider & Siris, 1987; Khantzian, 1985; Richard et al 1985; McLellan et al 1979; Mueser et al 1992). Es tan frecuente que se diagnostique a los pacientes de ambos trastornos que dicha situación se conoce en el mundo anglosajón como diagnóstico dual (dual diagnosis) (Smith & Hucker, 1993).

- ***Consumo de sustancias como consecuencia del trastorno psiquiátrico.*** El hecho de que el consumo de sustancias pueda ser consecuencia de la enfermedad mental viene explicado en su mayor parte por la hipótesis de la automedicación (Lehman et al 1989; Kosten & Klebber, 1988; Schneider & Siris, 1987; Khantzian, 1985).
- ***Consumo de sustancias como causa del trastorno psiquiátrico.*** El uso de sustancias puede precipitar o exacerbar un cuadro psicótico (Safer et al, 1982), afectivo o de tipo ansioso.

En un estudio de 503 pacientes psiquiátricos vistos en urgencias el consumo de sustancias fue el desencadenante del cuadro clínico que motivó la visita a urgencias en la mitad de los casos. La sustancia desencadenante fue en un 20% al alcohol, en un 21% a otras drogas y en un 12% estaban presentes alcohol y otras drogas. Por diagnósticos, el consumo de sustancias fue el desencadenante en el 53% de los trastornos adaptativos, en el 29% de los trastornos esquizofrénicos y en el 20% de los trastornos afectivos (Atkinson, 1973).

El consumo de sustancias favorece el ingreso en unidades psiquiátricas en hasta un tercio de los pacientes. En un estudio de 50 pacientes ingresados, el 18% de los ingresos no se hubieran efectuado de no haber existido un problema de consumo de alcohol u otras sustancias (Crowley et al, 1974).

b- Unidad en la que se estudia el consumo de sustancias.

En los estudios sobre consumo de sustancias es importante tener en cuenta el dispositivo asistencial en el que se realiza el estudio. A continuación se ha extraído una selección de estudios según áreas.

Según el estudio ECA (Epidemiologic Catchment Area) que obtiene la prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población general durante seis meses investigando tres comunidades de Estados Unidos, un 6,4% de la población consume drogas (5% alcohol y 2% otras drogas). Las cifras para trastornos afectivos y esquizofrenia son respectivamente 1% y 5,2% (Myers et al, 1984). En estudios de poblaciones psiquiátricas más seleccionadas estas cifras aumentan. Así, consumen drogas un 64% de los pacientes de los distritos céntricos (Galanter et al, 1992) y un 44% de los pacientes adultos crónicos en la comunidad (un 73% tiene antecedentes de consumo de drogas) (Safer, 1987).

- El consumo de alcohol en los pacientes con esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, sobre todo depresivos, puede ser menor que el presente en los trastornos de personalidad o en cuadros neuróticos (Ritzler et al, 1977). Esto puede deberse entre otros factores, a que los pacientes más deteriorados tienen menos habilidades sociales para mantener un hábito tóxico (Galanter et al, 1988).

Los pacientes consumen sustancias durante su ingreso si les es posible pero dicho consumo es más fácil a nivel ambulatorio. El consumo de sustancias hace que la morbilidad y la no respuesta al tratamiento aumente (Galanter et al, 1988).

- **Pacientes ambulatorios.** Kelly et al (1992), en un estudio de 60 pacientes ambulatorios de un medio urbano obtiene que en el último año, el 55% de los pacientes habían consumido alcohol, el 15% marihuana, el 8% cocaína en forma de crack, el 8% fármacos psicotrópicos sin control médico y el 5% se habían inyectado drogas. Las cifras para el mes previo eran similares.

Kalichman et al (1994), en un estudio de 95 pacientes ambulatorios encuentran que el 60% de los pacientes habían consumido alcohol el último año, las cifras para marihuana y cocaína son respectivamente del 21% y 11%. Un 36% consumió alcohol o u otras drogas antes de las relaciones sexuales.

- **Urgencias.** A 174 pacientes que acuden a urgencias se les hizo rellenar un cuestionario autoadministrado (Treier et al, 1969) encontrando que el 35% de los pacientes tenían problemas de alcohol y que el 15% tenía problemas con otras sustancias. En otro estudio Galanter et al (1973) obtienen cifras similares: un 50% de los pacientes vistos en las urgencias psiquiátricas consumen algún tipo de sustancias.

- **Pacientes ingresados.** En los estudios de pacientes ingresados Crowley et al (1974) al analizar la presencia de tóxicos en orina de 50 pacientes adultos ingresados consecutivamente encuentran resultados positivos para benzodiazepinas u otros sedantes en el 24% de los pacientes, para alcohol en el 10%, para opiáceos en el 6% y para antipsicóticos en el 3% (en la época en que se realizó el estudio todavía no había aumentado el consumo de cocaína).

Davis (1984) analiza el consumo de sustancias en 170 pacientes psiquiátricos ingresados encontrando presencia de consumo de sustancias en el 63% de los hombres y en el 49% de las mujeres.

c- Desinformación y mal uso de los sistemas públicos por los pacientes consumidores de sustancias.

El uso de sustancias favorece la no comprensión o no realización de las normas preventivas, ya por estar bajo los efectos de la intoxicación o abstinencia, o por poner al paciente en una situación de marginalidad que favorece su desinformación. En un estudio de pacientes ingresados comentado anteriormente (Davis, 1984) la mitad de los pacientes que consumían drogas (68% de hombres y 49% de mujeres) habían tenido deterioro a nivel social como consecuencia de dicho consumo. Por otro lado es notorio el deseo de estos pacientes de no relacionarse con las instituciones (Stall et al, 1986). En el estudio ECA el 46,7% de los pacientes con esquizofrenia o el 31,4% de los pacientes con trastorno afectivo acudieron a un centro de atención psiquiátrica en los seis meses previos buscando ayuda médica. Sin embargo, sólo un 13,6% de los pacientes con abuso de sustancias acudieron a los mismos centros (Myers et al, 1984).

Es difícil determinar si el deterioro social de los pacientes que consumen sustancias es previo o posterior al inicio del consumo. En un estudio de 100 pacientes de entre 15 y 25 años ingresados, el 39% consumían sustancias. Estos pacientes tienen con más frecuencia desempleo, divorcios o separaciones matrimoniales, más problemas de robos o asaltos, más deterioro en la red social de apoyo, especialmente la familiar. Algunos de estos problemas eran previos al inicio del consumo y otros no (Westermayer & Walzer, 1975).

d- Detección del consumo de sustancias por los profesionales sanitarios.

A parte del problema del mal uso de los servicios públicos que suelen hacer las personas que consumen sustancias, en las historias clínicas no se suele recoger adecuadamente dicho consumo (Davis, 1984). En un estudio de 115 pacientes ingresados en un hospital público sólo se diagnosticaron como alcohólicos al 30%, aunque el 57% tenía problemas en ese área. Dado que el 24% reconoció ser alcohólico al ingreso, parece que no se exploró mucho más allá de lo que el paciente refirió espontáneamente.

A los pacientes con problemas de sustancias con frecuencia se les da otro diagnóstico, con frecuencia el del cuadro clínico que desencadena la droga, y no se

añade el diagnóstico de consumo de sustancias. Así, en un estudio de 112 pacientes con problemas de sustancias ingresados en un hospital público, se encontró que al 20% de los ingresos precipitados por el consumo de heroína se les diagnosticó de trastorno disocial. Los ingresos precipitados por marihuana (7%), anfetaminas (20%) o alucinógenos (42%) fueron diagnosticados de esquizofrenia .

e- Consumo de sustancias y enfermedades de transmisión sexual.

Existen una clara asociación entre el consumo de sustancias y la aparición de enfermedades de transmisión sexual (Medhus A, 1975). El uso de drogas intravenosas o cocaína fumada (crack) es realizado con frecuencia por los pacientes psiquiátricos, y ambas conductas están asociadas con un aumento de riesgo para adquirir el VIH (Hasbrouck et al, 1990; Schoenbaum et al 1990; Estroff et al 1985; Alterman et al, 1982; McLellan & Druley, 1977; Atkinson, 1973; Hahn et al, 1989; Kim et al, 1991). El uso de cocaína intravenosa tiene más riesgo que el de otras drogas, como la heroína intravenosa, por la necesidad de una mayor frecuencia de dosis (Chaisson et al, 1989). Dentro del grupo de los UDVP, los pacientes que además presentan patología psiquiátrica tienen más riesgo para adquirir el VIH (Brooner et al, 1993; DeJong et al, 1993; Dwiniddie et al 1992). Los pacientes que consumen alcohol están en riesgo de adquirir el VIH por la alta comorbilidad que tiene con el consumo de drogas vía endovenosa (Sokolow et al, 1981) y por la mayor frecuencia de prácticas sexuales de riesgo (Robertson & Plant, 1988).

f- Diagnósticos psiquiátricos.

•*Trastornos afectivos.* La alta comorbilidad de trastornos afectivos con el consumo de sustancias crea problemas de diagnóstico diferencial. La depresión secundaria al consumo de alcohol va desde un 28% a un 70% (Weissman et al, 1977; Weingold et al, 1968) y entre consumidores de opiáceos es del 32% al 46% (Weissman et al, 1977). En un estudio retrospectivo de 577 pacientes con diagnóstico primario de dependencia alcohol, que incluía una entrevista cara a

cara con el paciente y dos familiares, al menos un 30% habían tenido un episodio de depresión secundario a dicho consumo (Schuckit, 1986). Por otro lado, un trastorno depresivo se puede complicar con el abuso de sustancias. McLellan et al (1977) en una muestra de 87 pacientes depresivos ingresados encuentran que el 44% tenían de forma secundaria un consumo de otras sustancias. El consumo de alcohol complica el cuadro de un trastorno bipolar en un 20% de los casos (Stenstedt, 1952; Dunner et al 1979). Los trastornos bipolares con frecuencia usan cocaína o anfetaminas (Estroff et al, 1985).

- **Esquizofrenia.** El consumo de sustancias es frecuente en pacientes con esquizofrenia (Schneier FR & Siris SG, 1987; Mueser et al, 1992), sobre todo en los jóvenes y adolescentes. En una muestra de 82 pacientes de entre 18 a 30 años se dan cifras de hasta el 58% (Test et al, 1989). Las sustancias más usadas por los pacientes con esquizofrenia son anfetaminas, cocaína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, café y tabaco (Schneier & Siris, 1987).

- **Trastornos de personalidad y de ansiedad.** Los trastornos de personalidad antisocial se complican con frecuencia con el consumo de alcohol (Lewis et al, 1983) u otras sustancias (Crowley et al, 1974; Robins, 1966). Los trastornos de ansiedad se asocian con frecuencia al consumo de alcohol u otros depresores del sistema nervioso central (Quitkin et al, 1972; Quitkin & Rabbin, 1982). En pacientes con consumo de alcohol se encuentran síntomas de ansiedad en hasta el 44% (Bower et al, 1984).

7.1.7. Características de las relaciones sexuales en pacientes psiquiátricos y su influencia en la transmisión del VIH.

a - Relaciones sexuales de riesgo en pacientes psiquiátricos.

La alta frecuencia con que ciertos pacientes psiquiátricos tienen relaciones sexuales de riesgo, especialmente relaciones sexuales sin protección, con extraños y con personas que se inyectan drogas vía parenteral favorece la transmisión del VIH en este grupo (Sacks et al, 1987; Cournos et al, 1990; Gift et al, 1988;

Horwath et al, 1989; Zverina et al, 1987; Lukoff et al, 1986; Verhulst & Schneidman, 1981; Akhtar & Thomson, 1980).

Los pacientes que padecen enfermedad mental desde muy jóvenes, pueden ver afectada su capacidad para mantener relaciones sociales y afectivas adecuadas, aumentando la probabilidad de que estas relaciones sean tensas, confusas y con crisis (Schover LR & Jensen SB, 1988). Las relaciones íntimas pueden ser con personas con otros trastornos psíquicos o discapacidades. Dichas relaciones se caracterizan por la ingenuidad, el abuso o la explotación por parte de otras personas (Test MA & Berlin SB, 1981). Las actividades sexuales son a menudo impulsivas, con personas desconocidas o bajo presión. Los resultados de este tipo de relaciones sexuales son embarazos no deseados, abortos repetidos y múltiples episodios de enfermedades de transmisión sexual incluyendo el VIH (Abernethy V, 1974). La presencia de psicopatología hace que los pacientes no asimilen la información sobre el VIH y las medidas para prevenir la transmisión. Su pasividad y la facilidad para inducirles conductas les hace más vulnerables a ser víctimas de abuso sexual o a la inducción al consumo de drogas (Test MA & Berlin SB, 1981; Test MA et al, 1985; Carmen E & Brady S, 1990; Seeman MV et al, 1990; Ostrow DG, 1989).

b- Unidad en la que se estudian las conductas de riesgo sexual.

Al igual que en los estudios sobre consumo de sustancias, es importante tener en cuenta a la hora de analizar la frecuencia de conductas de riesgo sexuales la unidad en la que se realizan los estudios.

- *Pacientes ambulatorios.* Kelly et al (1992), estudiando 60 pacientes ambulatorios de centros urbanos, encuentra que el 62% han estado activos sexualmente el último año y el 52% el último mes. Un tercio tuvo una enfermedad de transmisión sexual. La proporción de hombres que han tenido múltiples compañeros sexuales fue de un 32% el último mes y de un 42% el último año. Un 11% de los hombres tuvo relaciones bisexuales. Sólo usan preservativo el 18% de los pacientes. Un 12% de las mujeres tuvieron múltiples compañeros sexuales el último mes y un

19% el último año. Sólo el 12% de las mujeres usaba preservativo. Un 83% tuvieron algún comportamiento sexual de riesgo de los enumerados en la tabla nº 11.

Kalichman et al, (1994), estudiaron una muestra de 95 pacientes ambulatorios reclutados mediante anuncios. El comportamiento sexual de riesgo más frecuente fue el de tener dos o más compañeros sexuales del sexo opuesto (27%), seguido de tener relaciones sexuales a cambio de dinero o drogas (26%). Un 12% de los hombres eran homosexuales (tabla 14). De los pacientes activos sexualmente un 29% jamás había usado un preservativo. Era frecuente el uso de alcohol o drogas antes de tener relaciones sexuales (36%). Un 43% habían tenido relaciones sexuales bajo presión o forzados (27% de hombres y 61% de mujeres). Un 32% había sido tratado por enfermedades de transmisión sexual. Un 48% conoció a sus compañeros sexuales en bares y otro 40% en los hospitales psiquiátricos (tabla 12).

• ***Pacientes ingresados.*** Una parte de los pacientes psiquiátricos permanecen casi continuamente hospitalizados ya sea con estancias prolongadas o con múltiples estancias cortas.

Los pacientes de unidades de larga estancia suelen tener menos antecedentes de abuso de alcohol o de otras drogas que los pacientes de corta estancia o los pacientes con múltiples ingresos cortos, lo que disminuye también la probabilidad de conductas de riesgo sexual (Herr et al, 1991; Richardson et al, 1985).

Los pacientes durante sus ingresos mantienen relaciones sexuales, con más frecuencia de lo esperado por el personal que los atiende (Eiguer A et al, 1974). En las unidades grandes, especialmente aquellas con un cociente personal/paciente bajo es más frecuente la actividad sexual entre los internados (Modestin et al, 1981; Blinder, 1985; Welch et al, 1991). Esta situación es más preocupante en unidades donde existe una alta tasa de pacientes psiquiátricos institucionalizados. Las relaciones sexuales dentro del hospital son de riesgo por la presencia más intensa de déficits cognitivos u otras alteraciones psicopatológicas, por la falta de

facilidades dentro del hospital para tener relaciones sexuales y por la creación de una subcultura entre los pacientes ingresados que favorece comportamientos de riesgo que fuera de esta subcultura serían considerados como inapropiados. Así, los pacientes consideran innecesarias unas relaciones sexuales satisfactorias desde un punto de vista emocional, en cambio mantienen relaciones sexuales con cualquiera como medio de desahogo o a cambio de bienes tipo café, cigarrillos u otros beneficios. El hecho de que las actividades sexuales sean desaprobadas por la mayoría del personal hace que estas se realicen en sitios de difícil acceso, de forma rápida y sin medios de protección, ya que la forma más sencilla de obtener por ejemplo preservativos sería pidiéndoselos al personal sanitario (Welch et al, 1991).

- ***Pacientes de interconsulta.*** Un 61,9% de los pacientes ingresados por SIDA en un hospital general tiene simultáneamente un diagnóstico psiquiátrico en el eje I (trastornos clínicos) del DSM III o DSM IV (Snyder et al, 1992).

c- Influencia del diagnóstico en la presencia de relaciones sexuales.

- ***Manía.*** La desinhibición asociada a la manía con frecuencia produce comportamiento promiscuo (Lehman, 1985; Gewirtz et al, 1988). Según algunos estudios, el 14% de los pacientes con manía son homosexuales o bisexuales (Taylor et al, 1972). Se ha encontrado una asociación entre seropositividad y trastorno bipolar en mujeres (Valovka et al, 1991).

- ***Trastornos mentales orgánicos.*** Los trastornos mentales orgánicos cursan en ocasiones con aumento de la actividad sexual (Miller BL et al, 1986). Se ha encontrado una asociación entre seropositividad y la presencia de trastorno mental orgánico (Sacks et al, 1987).

- ***Trastornos de personalidad.*** Desde los primeros estudios sobre trastornos de personalidad, quedó de manifiesto que los trastornos de personalidad límite muestran alteraciones en la esfera sexual (Hoch & Cattell, 1949a), tienen confusión a cerca de su orientación sexual (Hoch & Cattell, 1949a; Wolberg, 1960; Rosner, 1969), hipersexualidad (Hoch & Cattell, 1949a; Hoch & Polatin, 1949b),

disfunciones sexuales (Gunderson & Singer, 1975) y desviaciones sexuales (Hoch & Cattell, 1949a; Wolberg, 1960; Rosner, 1969; Hoch & Polatin, 1949b; Deutsch, 1942; Rangell, 1955; Frosch, 1964; Kernberg, 1967; Godbey & Guerra, 1970). Los trastornos de personalidad borderline tienen con frecuencia a lo largo de su vida múltiples compañeros sexuales (Stein, 1990; Farrugia, 1992). En las actuales clasificaciones para trastornos mentales, se consideran criterios para el diagnóstico de trastorno de personalidad límite la presencia de comportamiento sexual impulsivo en la esfera sexual o alteraciones de la identidad sexual (American Psychiatric Association, 1995, World Health Organization, 1992).

En un estudio de 80 pacientes ingresados con diferentes trastornos de personalidad se ha encontrado que el 21% son homosexuales, el 5% son bisexuales y el 11% tienen parafilias. El 53% de los hombres (19 hombres) y el 11% de las mujeres eran homosexuales. Cuando se comparan con controles procedentes de la población general o con un grupo de pacientes con depresión estas cifras de homosexualidad son 10 veces mayores en hombres y 6 veces mayores en mujeres con trastorno de personalidad límite (Zubenko et al, 1987).

- **Esquizofrenia.** Los pacientes con esquizofrenia están con frecuencia aislados y apartados de la realidad. Por ejemplo desconocen ciertos aspectos sobre la transmisión del VIH y su prevención lo que les hace más vulnerables a adquirir el virus.

Cournos et al (1994) estudiando 99 pacientes con esquizofrenia a nivel ambulatorio, encuentra que el 44% de los pacientes han tenido actividades sexuales en los últimos seis meses, el 62% tienen múltiples compañeros sexuales, un 12% tiene relaciones sexuales con una persona que estaba infectada por el VIH o era UDVP y un 50% tuvo relaciones sexuales comerciales. Un 10% tuvo alguna relación homosexual en los seis meses previos y el 22% las tuvo alguna vez durante su vida. La frecuencia fue similar en hombres que en mujeres. La actividad sexual y el tener múltiples compañeros sexuales estaba asociado a mayor severidad en la patología. Los pacientes jóvenes tenían más compañeros sexuales pero también usaban con más frecuencia preservativos.

El conocimiento sobre el VIH y sus formas de transmisión en un grupo de 49 mujeres de un clínica ambulatoria fue menor que el de un grupo control de pacientes con enfermedad médica. Las diferencias se debieron a la presencia de pacientes esquizofrénicos en la muestra psiquiátrica (Aruffo et al, 1990).

A pesar de que los pacientes con esquizofrenia generalmente son suspicaces, sus compañeros o amigos les pueden manipular, poniéndoles en situaciones de peligro en lo referente a su seguridad o su salud y pueden ser fácilmente persuadidos para que repartan su dinero o posesiones.

Los pacientes con esquizofrenia parecen tener una primera fase de hiperactividad sexual que luego conforme avanza la enfermedad se transforma en disminución de la actividad sexual (Akhtar & Thompson, 1980). La libido parece que se afecta más en los hombres que en las mujeres (Nestoros et al, 1981; Verhulst & Schneidman, 1981; Test & Berlin, 1981). Respecto al efecto de los neurolépticos en la libido, desde la introducción de éstos la fertilidad de los pacientes ha aumentado en vez de disminuir, si bien tienen todavía un 27% menos de hijos que la población general (Nestoros et al, 1981).

En un estudio realizado con 23 pacientes esquizofrénicas la presencia de una mayor desorganización del pensamiento se asocia a una mayor actividad sexual y a desear quedar embarazada (McEvoy et al, 1983). En estudios transversales dos tercios de los pacientes entrevistados en hospitales generales han tenido en el pasado relaciones sexuales, la mayoría con más de un compañero sexual. Sólo un 25% usa medidas contraceptivas con regularidad (Abernethy, 1974). En una muestra de 113 pacientes hospitalizados el 14% han tenido relaciones homosexuales (6 hombres y 10 mujeres), el 8% han tenido numerosas parejas y el 7% (2 hombres y 6 mujeres) han sido violados (Lyketsos et al, 1983). Las relaciones sexuales con personas UDVP es una conducta de riesgo que se da con más frecuencia entre las mujeres (Center for Disease Control, 1991). Los pacientes con esquizofrenia no mantienen relaciones estables (Nestoros et al, 1981; Saugstad, 1989). Se ha estudiado la homosexualidad en la esquizofrenia, especialmente en varones, encontrándose que dicho comportamiento es frecuente

en los hombres que padecen esta enfermedad (Akhtar et al, 1963), especialmente dentro de las instituciones de ingreso (Klaf & Davis, 1960).

La mayoría de los estudios anteriormente citados son en pacientes internados sin embargo la actividad sexual de los pacientes no ingresados es mayor. En un estudio suizo, un 33% de los pacientes tiene actividad sexual con frecuencia (Buddeberg et al, 1988). En Estados Unidos un 54% de las mujeres y un 38% de los hombres habían tenido relaciones sexuales el último mes.

Todos lo dicho anteriormente para los pacientes en situación de marginalidad es especialmente válido para los pacientes esquizofrénicos.

8. LA REALIZACION DE TEST PARA EL VIH.

La realización del test puede tener como objetivos: promover el cambio de conductas de riesgo para la transmisión del VIH, permitir la administración de tratamientos preventivos o paliativos u otras ayudas a los infectados, informar a los contactos del infectado de los riesgos a los que han estado sometidos, prevenir que se expongan en el futuro a conductas de riesgo y promover que se hagan el test. Además debe servir como punto de arranque para la educación realizando un asesoramiento (counselling) pre- y post-test. Por último el test debe servir para identificar sangre y hemoderivados infectados.

Existen varias técnicas para realizar el test del VIH:

a- ELISA.

Usa un antígeno derivado del VIH obtenido por cultivo celular unido a un soporte físico y se expone dicho antígeno al suero del paciente. Después de hacer un lavado, se añade una inmunoglobulina G contra los anticuerpos antiHIV, unida a su vez a una enzima. Esta inmunoglobulina se unirá a los anticuerpos antiHIV si están presentes. Tras el lavado, se añade un sustrato que cambia de color ante la presencia de la enzima unida a la inmunoglobulina G ya mencionada de tal manera que la intensidad del cambio del color nos dirá indirectamente la

cantidad de anticuerpos antiHIV presentes en el suero del paciente. Se tarda en realizarlo unas 4 horas.

Es un test que fue diseñado para realizar el screening de donaciones de sangre. El test predice que la muestra seguirá siendo positiva en otro test más específico, el llamado test confirmatorio.

Para poner un ejemplo de la falta de especificidad del test basta examinar los test realizados durante 1985 en un país como Estados Unidos. De todas las donaciones de sangre resultaron ser positivas al VIH un 1%. Cuando se volvió a repetir el test sólo un 0,17% fue otra vez positivo. Sólo un 0,038% de las muestras fueron positivas en un test confirmatorio. Esta falta de especificidad se debe a que en las muestras analizadas existía un anticuerpo hacia algo diferente que los anticuerpos para el VIH que reaccionó sin embargo con el antígeno del VIH.

Los principales motivos para la aparición de falsos positivos fueron enfermedad hepática, haber sido receptor de una transfusión sanguínea o de gammaglobulina en las 6 semanas previas, ser mujer y haber tenido muchos hijos, padecer enfermedades reumáticas, ser UDVP, haber recibido vacunas contra la gripe o la hepatitis B o bien fallos en la realización del test en el laboratorio (Fang et al, 1989). Debido a estos falsos positivos el test se debe realizar dos veces. Si los dos test son negativos, se considera negativo, y si uno de los dos test es positivo se realiza un test confirmatorio. El valor predictivo de un test indica el porcentaje de los verdaderos positivos sobre el total de positivos detectados por el test. El valor predictivo de un test depende de la prevalencia de la infección en la población. Si la prevalencia es alta es más probable que un ELISA positivo sea realmente positivo.

b- Western blot.

Sigue siendo el procedimiento estandar para determinar cuando un test es verdaderamente positivo. El grado de aproximación del test a este ideal es cercano al 100% cuando se usa apropiadamente. El procedimiento consiste en producir la lisis de cultivos celulares donde el virus del VIH se encuentra presente de manera que quedan liberadas las proteínas del virus que son

sometidas a electroforesis en gel y transferidas a un soporte de nitrocelulosa. Se añade el suero del paciente al soporte, de tal manera que si están presentes los anticuerpos, se unirán a los antígenos del virus unidos al soporte de nitrocelulosa. Tras un proceso para colorear las bandas similar al descrito para el ELISA, se compara la tira con dos tiras control: una que ha sido expuesta a un suero positivo y otra que ha sido expuesta a un suero negativo. El test dura de 12 a 24 horas y es una labor muy poco automatizada.

El ELISA sólo nos decía si había presencia o no de anticuerpos, el Western blot nos indica contra qué antígenos se dirigen los anticuerpos. El problema del Western blot es que no están estandarizados los criterios de interpretación. Con el Western blot hay menos falsos positivos entre otras cosas porque se hace sólo a muestras que ya resultaron ser positivas al ELISA.

El CDC afirma que usando conjuntamente el ELISA y el Western blot se obtiene una precisión superior al 99% usados de forma repetida, aunque no se sabe la proporción con exactitud. Estas cifras aunque puedan parecer muy satisfactorias, dada la baja prevalencia de la enfermedad en la práctica no lo son tanto. Así, por ejemplo con esta precisión del 99%, se obtuvieron un 0,6% de resultados positivos en Estados Unidos, pero un 0,3% eran falsos positivos, lo que da en realidad un 50% de oportunidades de estar verdaderamente infectado si el test resulta positivo, es por ello que hay que repetir el test en los siguientes 6 meses a 1 año.

En la tabla 17 se muestra la información que se debería dar a un paciente antes de realizar el test ELISA y el confirmatorio Western blot.

c- Inmunofluorescencia directa o indirecta.

Permite realizar el test en consultas ambulatorias o urgencias. Se tarda en realizarlo 90 minutos.

d- Recombigen.

Se tardan 5 minutos. Hay que confirmar con Western blot.

e- Reacción de la cadena de polimerasa (RCP).

Identifica hasta 6 cadenas de ADN viral por 150.000 células ó 1 cadena viral por 10 microlitros de sangre amplificando dicha cadena hasta hasta hacerla detectable por las técnicas habituales. Se usa sobre todo para detectar el virus en momentos en que aun estando el virus presente no se han producido anticuerpos, por ejemplo en los recién nacidos.

f- SUDS.

En 1992 la FDA aprobó un tests de screening que se realiza en 10 minutos y se llama SUDS (single-use diagnostic system) que tiene una sensibilidad del 99,9% y una especificidad del 99,6%. Se puede realizar en cualquier consulta sin entrenamiento y si sale positivo (azul) requiere que se realice confirmación.

g- Test basados en sondas de RNA.

Estas sondas marcadas con radioisótopos entran dentro de los macrófagos o bien se unen a la polimerasa del VIH de tejidos. Permiten la detección de 1 virus entre 400.000 células no infectadas tan pronto el virus comienza a replicarse. Se tarda 1 día.

h- Test de hemaglutinación pasiva.

Es el mejor candidato para países en vías de desarrollo. Se tarda 3 horas. Tiene un 100% de sensibilidad.

i- Otros.

En la actualidad se están desarrollando otros 9 test de screening y 4 test confirmatorios más. Se está intentando realizar test para muestras de orina y saliva. Estos test serán especialmente útiles en países en vías de desarrollo.

Se han desarrollando kits para que el propio paciente pueda realizar el test en casa, sin embargo no han sido aprobados por las autoridades en el país donde se desarrollaron (Estados Unidos). La principal razón para diseñar este test fue que un 30% de las personas que quieren hacerse el test sólo se lo haría si pudiera realizarlo en su propia casa. La FDA no lo aprobó por que no se garantizaba el asesoramiento post-test, por la necesidad de sangre adicional para realizar el test confirmatorio, la necesidad de recipientes adecuados para las agujas usadas para obtener la sangre y la necesidad de que se estableciera un

seguimiento médico en los positivos. Estos y otros problemas se plantean también respecto a la posibilidad de realizar el test mandando la sangre a una empresa usando el correo.

El test del VIH se debería realizar a las personas que presentaran al menos en los últimos 10 años conductas de riesgo de tipo sexual, transfusión sanguínea o hijos de madres de riesgo, síntomas o signos sugerentes de inmunodepresión o SIDA.

Tabla 17. El significado de los resultados del test

El test del VIH no es un test para detectar el SIDA, sino para detectar si has sido infectado por el VIH. El resultado del test es confidencial. La decisión de hacerse el test es personal. Para hacer el test completo del VIH se realiza un test llamado ELISA dos veces seguidas, si cualquiera de los dos test ELISA salen positivo se realiza otro test llamado Western blot que es el test de confirmación. Finalmente te comunican los resultados cuyo significado es el siguiente:

Resultado positivo	Resultado negativo
<p>Si el resultado es positivo significa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tu sangre ha sido sometida al test dos veces y el test indica que existen anticuerpos contra el VIH. 2. Has sido infectado por el VIH y tienes anticuerpos. El test no detecta el virus ni indica el grado de infección. <p>Si el resultado es positivo NO significa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Que tengas el SIDA. 2. Que necesariamente vayas a desarrollar el SIDA, pero la probabilidad es alta. Puedes retrasar las posibilidades de progresión hacia el SIDA evitando nuevos contactos con el virus y llevando una vida sana. <p>Si has resultado positivo debes hacer lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Protegerte de nuevas infecciones. 2. Proteger a otros del virus siguiendo las precauciones para evitar el SIDA. 3. Debes acudir a un médico para una evaluación completa y obtener consejos sobre como mantener tu salud. 4. Evitar drogas o alcohol, mantener buena nutrición, evitar fatiga y estrés para aumentar las posibilidades de seguir sano. 	<p>Si el resultado es negativo significa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No se han encontrado anticuerpos en el momento del test. <p>Existen dos posibles explicaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No has sido infectado por el VIH. 2. Has sido infectado pero no has producido todavía los anticuerpos (falso negativo). <p>El 50% de las personas infectadas por el VIH tienen anticuerpos a los 3 meses y el 90% a los 6 meses. Algunos no tienen anticuerpos hasta 3 años despues. Algunas personas nunca desarrollan anticuerpos.</p> <p>Si tu test es negativo NO significa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Que no tienes que preocuparte. Puedes infectarte, ten cuidado. 2. Que eres inmune al VIH. No se ha demostrado que existan personas inmunes al VIH. 3. Que no estás infectado por el virus. Puede que todavía no hayas desarrollado los anticuerpos.

Otros conceptos.

Resultado no concluyente. Significa que el ELISA dio un resultado y el Western blot el contrario. Se requiere extraer una nueva muestra de sangre y repetir el proceso.

Falso positivo. A un pequeño porcentaje de las personas el test les sale positivo cuando realmente son negativas.

9. ASPECTOS ÉTICOS Y SU IMPACTO EN EL CONTROL DE LA EPIDEMIA.

Desde la aparición en 1985 del test para el VIH, se hizo posible la detección de personas infectadas que no mostraban síntomas de enfermedad. Este avance técnico por un lado hace una contribución incomensurable a la tarea de enlentecer la expansión del VIH, pero también expone a los infectados por el VIH a la estigmatización, discriminación e incluso pérdida de libertad.

Desde su aparición, el test se ha usado como ayuda en los programas de asesoramiento y de educación, para la identificación de aquellos que se podrían beneficiar de un tratamiento precoz y como herramienta epidemiológica para evaluar la prevalencia e incidencia de la infección. Por otro lado también se ha usado para identificar a los que luego serán discriminados.

En cada uno de estos usos siempre ha habido un conflicto entre los protectores de los derechos civiles y los que piensan que el derecho a la defensa de los intereses de la sociedad puede violar algunos derechos individuales en un momento dado. Conforme la epidemia evolucionaba este debate ha ido cambiando, así como las alianzas entre los diversos colectivos de presión.

9.1. El test como elemento en una estrategia de cambio conductual.

La base de la prevención de la diseminación del VIH, es el cambio de conductas de riesgo. El objetivo de evitar la diseminación en esta enfermedad es más importante que en otras dado que la evolución es hacia la muerte y no existen terapias que erradiquen al VIH del organismo de los infectados o que impidan eficazmente su acción.

Los defensores de la realización del test a grandes masas de población creían que el conocimiento de la situación serológica por parte de las personas a las que se realizara el test ayudaría a cambiar los comportamientos de riesgo. Para los que obtuvieran un resultado positivo dicha información sería importante para establecer medidas de protección para evitar infectar a otros. Los que

tuvieran un resultado negativo se esforzarían a partir de ese momento en establecer medidas que les protegieran en el futuro de la infección.

Los que se oponían a la realización del test argumentaban que todos, independientemente de su situación serológica, deberían tomar medidas de precaución. Según ellos, el test no aportaría nada positivo a la estrategia de evitar que se realizaran conductas de riesgo pero podría aportar en todo caso elementos negativos, como la estigmatización, el estrés y el peligro de discriminación. También se defendía que con el dinero que se gastara en los tests se podrían hacer campañas educativas (Bayer, 1989).

Este debate se estableció sin que existieran evidencias empíricas para apoyar una u otra postura (Lyter, 1989). Conforme aparecieron estudios que mostraban que los cambios radicales en conductas de riesgo en homosexuales o los más modestos cambios en los UDVP no tenían relación con los resultados del test, el debate se trasladó a la conveniencia de hacer el test con asesoramiento a los grupos que todavía no habían modificado sus conductas de riesgo. Así mismo, aumentó la preocupación sobre el papel que el test podría tener para las mujeres de cara a proporcionar información que podría ser importante en la decisión sobre tener o no hijos.

La mayoría de los países consideran al test como un factor clave en la estrategia para conseguir el cambio de conducta, pero han rechazado la realización de test obligatorios, entre ellos los test realizados a grandes masas de población o los realizados de forma indiscriminada. En general se recomienda en los programas de diferentes países la realización del test a las personas con gran riesgo de infección.

En países como Alemania (Frankenberg, 1992), Francia (Steffen, 1992) y Estados Unidos (Bayer, 1989) con altas tasas de infección se ha presionado mucho para que se realizara el test. Algunos países con bajas tasas de infección pero con estados con grandes posibilidades de intervención en la vida privada como Suecia, URSS, Cuba, países del este europeo, Japón o Marruecos han presionado para realizar el test a grandes masas de la población. Muy pocos países han

relegado la realización del test a un papel marginal en la lucha contra la epidemia, tal es el caso de Holanda, que hereda la política de los primeros años de la epidemia cuando funcionarios estatales alertaban a la población homosexual de los peligros de realizarse el test (Van Wijngaarden, 1992).

Descartada por la mayoría de los países la realización del test de forma obligatoria (especialmente los realizados de forma masiva o indiscriminada) el desarrollo de la estrategia de persuadir a los grupos de riesgo para realizarse el test hace necesario el mantenimiento de la confidencialidad de los resultados, lo cual sin embargo no se ha garantizado con normas regulatorias en muchos de los países que pretenden seguir esta estrategia (Bayer & Gostin, 1989). La discusión sobre si se debía defender la confidencialidad o el completo anonimato, llevó a algunos países a adoptar estrategias para realizar test individuales anónimos. Ahora que la capacidad de intervención terapéutica ha aumentado, la balanza parece decantarse en contra de la realización de test individuales completamente anónimos dada la necesidad de que las personas infectadas sean atendidas médicamente.

9.2. Screening, seguridad y discriminación.

El VIH ha causado una gran ansiedad social debido a que es una enfermedad temible, durante mucho tiempo no se supo la causa y ha sido el primer reto epidémico importante desde hace una generación.

Al principio, el deseo de identificar a los infectados era con el fin de lograr su segregación del resto de la población. Sin embargo se supo muy desde el principio de la epidemia que las vías de transmisión estaban restringidas a ciertas prácticas. Esto ayudó a evitar la discriminación de los infectados en colegios (Center for Disease Control, 1985a), lugares de trabajo (Center for Disease Control, 1985b) o al pedir alojamiento en sitios públicos.

La lucha en este campo sigue dependiendo con mucho de la información que ofrecen los grandes medios de comunicación. Ya que no suele ser posible

lograr la no discriminación de los enfermos en general porque la enfermedad produce miedo y rechazo como primera reacción en la mayoría de los humanos, el objetivo para los pacientes de SIDA es lograr un trato al menos igualitario con los enfermos que padecen una enfermedad con similares mecanismos de transmisión.

9.3. Tipos de estudios para determinar la prevalencia de la epidemia del VIH y sus aspectos éticos.

El sistema de notificación de casos de SIDA no permite obtener información actualizada de la expansión de la epidemia ya que el periodo de tiempo necesario desde el inicio de la infección hasta la aparición de la síntomas que permitan hacer el diagnóstico de SIDA es de 8 a 10 años (Lui et al, 1988; World Health Organization, 1993).

La necesidad de obtener información ágil sobre el número de infectados (Turner et al, 1989) se puede lograr mediante pruebas serológicas voluntarias u obligatorias, pero ya que el objetivo es saber, no quienes son los infectados, sino cuántos infectados hay e incluso con qué variables se asocia el ser positivo, no es necesario saber la identidad de las personas. Esto permite la utilización de dos nuevos instrumentos: los métodos de serovigilancia y los estudios de seroprevalencia anónima.

Suele crearse confusión al hablar de aspectos éticos de las pruebas ya que se confunden los aspectos éticos relacionados con la realización de un test para identificar una persona seropositiva con los aspectos éticos relacionados con la realización de estudios que no quieren identificar a un seropositivo sino saber cuántos seropositivos hay en una muestra. En ocasiones la metodología empleada hace que se logren los dos objetivos, como en el caso de los estudios de serovigilancia o seroprevalencia no anónimos o en los estudios con voluntarios o estudios con test obligatorios. Sin embargo, en los estudios de seroprevalencia anónimos el objetivo es exclusivamente saber cuántos seropositivos hay,

tomándose medidas para que no se pueda identificar ni casualmente a un seropositivo. Hemos de fijarnos en la metodología del estudio para aplicar unos aspectos éticos u otros antes de decir que es o no éticamente admisible.

9.3.1. Los sistemas de serovigilancia.

El sistema de serovigilancia se ha instaurado en varios países. En Estados Unidos los Center for Disease Control (CDC) colaboran con agencias sanitarias metropolitanas y federales, con instituciones de investigación y bancos de sangre comunitarios en varios estudios con el objeto de obtener una serovigilancia de la infección y promover actividades de prevención a nivel estatal (Centers for Disease Control, 1990). En áreas que no sean Europa, Estados Unidos o Australia, el sistema de serovigilancia es menos completo.

La O.M.S. ha promovido la realización de estudios de serovigilancia estandarizados del VIH como la forma más fiable de evaluar y pronosticar las futuras tendencias de la epidemia en países en vías de desarrollo (Sultkin et al, 1990). Este sistema tiene como objetivo saber cuántas pruebas serológicas se han hecho y cuántas han resultado positivas, recogiendo información en los laboratorios en los que se realizan dichas pruebas serológicas. No se pueden obtener cifras reales de incidencia o prevalencia de la población porque no se coge toda la población ni todos los casos, pero se emplean estos conceptos sabiendo que nos referimos a una subpoblación. Estos estudios tienen sesgo de selección pero cubren amplios grupos de riesgo. La identidad del paciente se oculta tras una codificación pero el médico que solicita el test suele tener que recoger ciertas variables de tipo sociodemográfico, sobre las conductas de riesgo y sobre resultados de tests previos que se vincularán al resultado del test en el centro de análisis estadístico. Más importante que los datos de prevalencia, son los cambios de ésta en el tiempo, por lo que es necesario repetir los estudios de serovigilancia o mantener el sistema de serovigilancia. Dos ejemplos de países

que cumplen todos estos requerimientos son Australia (McDonald et al, 1994) y Dinamarca (Smith et al, 1994).

De los estudios de serovigilancia realizados en Dinamarca y Australia cabe destacar que un porcentaje alto, especialmente en Dinamarca (40%), de las personas que resultaron positivas fueron negativas en test previos; en Australia el porcentaje fue de un 18% en 1993 y en 1991 era de sólo un 6%. Esto nos informa indirectamente de que las estrategias realizadas en estos países para prevenir la infección en pacientes con resultados negativos previos no dieron resultado. Otro hallazgo de ambos estudios es el cambio de los grupos de riesgo que están infectándose, y que son con más frecuencia heterosexuales.

En Estados Unidos se hace serovigilancia pero en 27 estados se obliga a dar el nombre del infectado con lo que para diferenciarlo del típico estudio de serovigilancia se le llama no anónimo. Allí también se ha detectado que cada vez es más frecuente la infección entre los grupos étnicos con nivel socioeconómico más bajo (afroamericanos e hispanos) y en mujeres.

La controversia sobre si es necesario dar el nombre o si es mejor conservar el anonimato en los sistemas de serovigilancia está pendiente de investigaciones, algunas de ellas ya iniciadas por los Centers of Disease Control de Estados Unidos. La información que se obtiene con la notificación con nombre que se realiza en estos estados se usa para ayudar en el asesoramiento posterior a la notificación, para notificar a los compañeros sexuales y para el seguimiento del tratamiento (Centers for Disease Control, 1990). Los que están a favor de dar el nombre del infectado, defienden que de esta manera los datos epidemiológicos son más fiables y útiles. Los que están en contra de esta medida piensan que esto evita que muchas personas vengán a pedir ayuda y a realizarse el test.

La heterogeneidad en la extensión de la epidemia entre diferentes poblaciones (St Louis et al, 1990) ha hecho que los estudios de serovigilancia se hagan cada vez más sobre subpoblaciones específicas en determinadas áreas. Por otro lado para mantener una adecuada estandarización entre estudios de diferentes áreas, se han identificado subpoblaciones diana, tales como pacientes

sin hogar, donantes de sangre, consumidores de drogas, recién nacidos, mujeres embarazadas, pacientes hospitalizados o pacientes psiquiátricos. Ninguna de las subpoblaciones diana refleja toda la situación de la epidemia por lo que hay que tener todos los estudios en cuenta junto con los casos comunicados y los estudios sobre conductas de riesgo y de otras enfermedades transmisibles para hacerse una idea de la progresión de la epidemia.

9.3.2. Las pruebas serológicas voluntarias, y obligatorias

Estos estudios cubren sobre todo la necesidad de información en grupos especiales aunque en algunos países se han intentado hacer de forma masiva a grandes grupos de población.

a- Estudios con voluntarios.

Los estudios voluntarios tienen un inevitable sesgo de selección. A parte de los estudios en que se piden voluntarios para realizarse el test mediante anuncios u otros medios, se han realizado algunos intentos de realizar el test a todos los habitantes de un área de forma voluntaria.

El mejor ejemplo es el del estudio que se hizo "puerta a puerta" en Dallas en 1990 (Centers for Disease Control, 1991). La prevalencia estimada era baja comparada con la obtenida mediante un cálculo retrospectivo (back-calculation) a partir de los casos de SIDA comunicados (Brookmeyer & Gall, 1988; Brookmeyer & Damiano, 1989). Esta baja estimación fue debida seguramente a la alta frecuencia de no colaboración de personas con conductas de riesgo, como venía sugerido por un estudio piloto previo. La importancia de este estudio estriba en que supuso que se desechara la vía de estudios nacionales en la comunidad con voluntarios como forma de determinar la progresión de la epidemia. En su lugar se propuso usar la técnica de cálculo retrospectivo y la posibilidad de realizar estudios de serovigilancia (Centers for Disease Control, 1991).

b- Los estudios obligatorios.

Se consideran actualmente no admisibles desde el punto de vista ético en la mayoría de los países, aunque se han realizado sobre todo al principio de la epidemia con cierta frecuencia.

Tras la aparición del test se planeó en algunos países como en Estados Unidos la realización de estudios de seroprevalencia en grandes masas de la población, sin embargo poco después se rechazó la idea porque el beneficio esperado de esa acción no compensaba los costes económicos, éticos y políticos de la acción. El intento de realizar el test a toda la población se ha llevado a cabo en al menos tres países: Cuba, URSS y Bulgaria. En los países en los que se han realizado un gran número de pruebas a la población no existe evidencia de que se hiciera un consentimiento informado y habitualmente se establecieron posteriormente medidas restrictivas contra los que resultaron ser positivos (ver tabla 18) (Mann et al, 1992).

Tabla 18. Screening con test del VIH realizados de forma obligatoria en grandes masas de población en países con baja seroprevalencia hasta 1991.	
Población	País
Población general	Cuba: 75% de la población Bulgaria: 45% de la población URSS: 30% de la población
Grupos específicos	Birmania, China, India, Indonesia, Jordán, Corea del Norte, Kuwait, Nepal, Omán, Pakistán, Papua Nueva Guinea, Sri Lanka, Túnez, Vietnam

La realización del test en grupos específicos de forma obligatoria no siempre se ha hecho según el patrón de expansión del VIH (ver tabla 19). Los grupos más frecuentemente analizados han sido: prisioneros, pacientes con enfermedades de transmisión sexual, mujeres embarazadas y emigrantes que volvían a su país de origen por este orden. Existen otras categorías que se muestran en la tabla 19. Estas prácticas se han realizado en numerosos países,

algunos de ellos occidentales. Así, se han realizado test a prisioneros en Italia y Estados Unidos, a solicitantes de residencia en Estados Unidos, a solicitantes de asilo y trabajadores inmigrantes en España, a personal militar en Francia y Estados Unidos, a futuros policías en Italia y a funcionarios en Alemania y Estados Unidos. Desde que en 1986 Arabia Saudí requirió a todos los visitantes un certificado de no infección por el VIH, más de 50 países solicitan la realización del test a personas en tránsito violando las normas internacionales sobre temas sanitarios, que fue aprobada en 1969 por la Asamblea Mundial de la Salud para evitar precisamente innecesarias restricciones al tránsito de personas.

Tabla 19. Test obligatorios en grupos específicos	
Categorías	Grupos
Grupos considerados de alto riesgo en ciertos países	<ul style="list-style-type: none"> - Prostitución - Prisioneros - Usuarios de drogas - Homosexuales
Usuarios de servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Mujeres embarazadas - Pacientes con enfermedades de transmisión sexual. - Todos los pacientes hospitalizados - Pacientes con tuberculosis - pacientes con hepatitis B - pacientes con enfermedades mentales - receptores de derivados sanguíneos - hemofílicos
Personas en tránsito	<ul style="list-style-type: none"> - emigrantes que retornan al país de origen - inmigrantes - solicitantes de residencia prolongada - residentes extranjeros - trabajadores inmigrantes - estudiantes extranjeros - solicitantes de asilo - refugiados
Profesiones	<ul style="list-style-type: none"> - marineros - militares - policía - funcionarios - becarios - personal de líneas aéreas - personal de servicios turísticos - conductores de camiones - artistas - personal sanitario

La realización o no de test obligatorios en contextos sanitarios plantea problemas aun más difíciles de resolver que en otras situaciones. A pesar de las recomendaciones de no realizar el test del VIH sin consentimiento, una encuesta

realizada en 1991 a médicos y enfermeras en los Estados Unidos reveló que el 75% de ellos apoyaban la realización del test obligatoriamente en el preoperatorio (Colombotos, et al, 1991). La discrepancia que nos muestra esta encuesta entre las normas y lo que piensan las personas que tienen que aplicarlas venía sugerida por la gran cantidad las denuncias sobre test realizados sin consentimiento que habían aparecido en los últimos años (Blendon et al, 1992).

La aplicación de test de forma voluntaria es puesta a prueba en determinadas situaciones como cuando choca con otras normas éticas ya establecidas, por ejemplo las normas éticas que se aplican en la realización de procedimientos invasivos. Desde un punto de vista ético es deseable la petición de consentimiento explicando los peligros y beneficios esperables antes de realizar una prueba invasiva. Desde la aparición del VIH, hay que informar sobre el riesgo que dicha prueba puede tener para su transmisión.

Desde el ámbito sanitario o desde el de los pacientes podría plantearse la necesidad de realizar el test del VIH antes y después de la técnica invasiva para determinar o descartar que dicha técnica pudiera haber transmitido la infección. Esta aplicación quizás tuviera interés de tipo epidemiológico pero si se realiza con fines de reclamación ante tribunales chocaría con ciertas dificultades. Usando las técnicas habituales dado, que hay un periodo ventana en el que no es posible determinar si existe la infección siempre se puede argumentar que se pueden haber realizado otras prácticas de riesgo durante dicho periodo. Es menos defendible argumentar que se pueden haber realizado el mismo día de la intervención pero seguramente se argumentaría si se usase otra técnica que permitiera saber inmediatamente tras la intervención si se ha producido la infección. En cualquier caso dichas técnicas se salen de los test rutinarios para determinar el VIH y no son de aplicabilidad práctica de forma sistemática.

Otro problema que se plantea en las técnicas invasivas es cuando el médico está infectado por el VIH y su participación en procedimientos invasivos podría infectar a otras personas. La controversia sobre este punto se inició en Estados Unidos en 1991, planteándose incluso impedir la realización de

procedimientos invasivos a dichos médicos (Gostin, 1989). Tras la aparición de algunos casos de infección producidos por dentistas a sus pacientes el debate aumentó de intensidad.

Ciertos bioéticos defienden que se debe evitar la realización de pruebas invasivas por personal sanitario infectado por el VIH sin el consentimiento del paciente o que dicho personal tiene la obligación moral de desistir de realizarlas (Caplan, 1991). Este argumento se basa en la posición ética ya establecida hace dos décadas de que el paciente tiene derecho a decidir las condiciones bajo las que se va a exponer al riesgo de infectarse. Aunque no se menciona la necesidad de realizar pruebas obligatorias a los médicos, este derecho del paciente podría llevarle a pedir que se le garantice que sus médicos no están infectados por el VIH, colisionando su derecho con los derechos de los médicos y resto de personal sanitario de no realizarse el test de forma obligatoria ni de revelar su situación serológica. No hay posibilidad de acuerdo intermedio, ya que si se intentaran respetar ambos derechos se acabaría discriminando negativamente a los profesionales que no se hicieron el test frente a los que ya se los han hecho y salieron negativos que serían los que intervendrían en las operaciones con más frecuencia o serían seleccionados para los trabajos con preferencia.

La American Medical Association autorizó la postura de excluir a los médicos infectados de los procedimientos con alto riesgo de transmisión del VIH, aunque rechazaba explícitamente la necesidad de un test obligatorio. Sin embargo las encuestas entre población general y entre personal sanitario que habían oído el contenido del informe mostraban que el 90% y el 50% respectivamente habían extraído como conclusión que había que identificar a los positivos. Incluso el director del New England Journal of Medicine defendía la necesidad de screenings obligatorios entre personal sanitario y pacientes hospitalizados (Angell, 1991).

Frente a esta postura está la de los que opinan que los esfuerzos por identificar y segregar al personal sanitario infectado son desproporcionados dada la baja probabilidad de transmisión, los costos de excluir personal sanitario del trabajo y la necesidad de realizar test repetidamente (Barnes et al, 1990).

Finalmente la realización de tests obligatorios a sanitarios conllevaría la realización de dichos tests a los pacientes. Por último si el médico debe informar de su seropositividad cada vez que hace un acto médico, ¿acaso no se está violando su derecho a su privacidad?. Como no, volvemos además a encontrarnos con el problema del periodo ventana que sólo daría la seguridad de que hace un mes no había infección pero no se descarta que exista en el momento de la infección.

Esta disputa tuvo un fiel reflejo en las normas publicadas por el CDC. El CDC en 1991 defendió en un principio la necesidad de excluir al personal sanitario infectado de la realización de procedimientos invasivos o al menos se defendía que el médico infectado debía informar a sus pacientes antes de realizar dichos procedimientos (Center for Disease Control, 1991), pero finalmente ya que aunque en esta declaración explícitamente se rechazaba la realización de test obligatorios pero implícitamente, como reconoció el Congreso de Estados Unidos, llevaba a ello, esta recomendación se anuló.

Mientras se producía este debate en Estados Unidos en otros países económicamente desarrollados se seguía el debate con interés, pero en ninguno se defendió la necesidad de realizar el test al personal sanitario o de excluir a los seropositivos de la práctica clínica.

Otro problema que se plantea con los test voluntarios es el de la gran relación de la tuberculosis con el VIH, que ha producido un aumento del número de casos de tuberculosis en países donde esta enfermedad no era un problema de salud importante. Tradicionalmente, en la tuberculosis al ser una enfermedad de contagio aéreo, se toman medidas para identificar de forma obligatoria a las personas sospechosas de estar infectadas. Han sido frecuentes los test en colegios, en pacientes hospitalizados, prisioneros e inmigrantes cuando se sospechaba un posible contacto con un paciente infectado. Cuando se descubría a alguien infectado, se le podía someter a cuarentena y se le administraba tratamiento. Las personas infectadas por tuberculosis a veces no responden a las pruebas dando

falsos negativos, esto es especialmente frecuente cuando el paciente también está infectado por el VIH, por esto algunos sugieren realizar el test del VIH de forma obligatoria a aquellos con resultados negativos, mientras que otros sostienen que la posibilidad de un falso negativo no es suficiente justificación para evitar pedir el consentimiento informado.

9.3.3. Estudios de seroprevalencia anónima.

La determinación serológica anónima evita los sesgos de selección que conllevan otros estudios. En los estudios con voluntarios que acuden por propia iniciativa a realizarse el test, los voluntarios acuden frecuentemente por saberse en situación de riesgo, lo cual es un importante sesgo de selección. En los estudios en que el investigador busca a las personas activamente para ofrecer el test de forma voluntaria, en los estudios en que se pretende hacer el test de forma obligatoria o en algunos estudios de serovigilancia no anónima existe un sesgo de selección debido a la no cooperación por parte de algunos candidatos a ser incluidos en el estudio. Ninguno de estos sesgos de selección se presentan en los estudios de seroprevalencia anónimos, si bien debido a ello sus objetivos no son tan ambiciosos ya que para no identificar a los seropositivos se ha de recoger menos información (Hull et al, 1988).

En un estudio de seroprevalencia anónima se aprovechan extracciones de sangre pedidas por el médico que atiende desde el punto de vista clínico al paciente y que no ha de tener contacto alguno con el equipo investigador. Si en vez de aprovechar extracciones de sangre éstas se tuvieran que realizar a propósito, dejaría de ser un estudio de seroprevalencia anónimo y pasaría a ser un estudio con voluntarios, ya que tendríamos que pedir el consentimiento a los pacientes para realizar la prueba. En los estudios de seroprevalencia anónimos no se vincula el resultado con el nombre u otro identificador vinculado al nombre como el número de historia. Se trabaja con muestras sin nombre y no con personas individuales, por lo que no se vulneran los derechos individuales y no

se requiere el consentimiento o la aplicación de las consideraciones éticas para identificación de casos. La selección de variables para ser asociadas con el resultado ha de ser de manera que no se pueda identificar a ningún individuo. Cuanto más grande es el estudio más posibilidades hay de incluir variables porque menos fácil va a ser la identificación. Sin embargo resulta imposible establecer unas normas sobre cuántas y qué variables se pueden recoger según el tamaño de la muestra. Se estudian subpoblaciones y no la población entera de una comunidad, como en los estudios de serovigilancia, aunque en los estudios de seroprevalencia anónima se añaden razones de incapacidad económica y de coordinación de investigación para escoger estas poblaciones diana. Este tipo de investigaciones se empezaron a hacer en los hospitales pertenecientes a sistemas de serovigilancia ya establecidos como forma de obtener más datos y poder comparar con los resultados del estudio de serovigilancia. De esta forma, por ejemplo, se obtuvieron datos de mujeres en edad fértil, revelando así, de forma más clara que el método de notificación de casos, cómo la infección está afectando actualmente de forma especial a mujeres de bajo nivel socioeconómico en la costa este de Estados Unidos.

Se ha argumentado en contra de la realización de dichos test que no se realiza asesoramiento (counselling), no se notifican resultados y no se pide consentimiento (Isaacman, 1993; Bayer et al, 1990; Kirp & Bayer, 1992). Se han planteado diversos argumentos para defenderse de esta críticas que exponemos a continuación.

El asesoramiento se debe hacer a todos los pacientes pertenecientes a grupos de riesgo, independientemente de que se haga o no el test, por lo que no es un problema inherente al estudio. En cualquier caso no hay que hacer asesoramiento pre-test o post-test ya que no se producen los cambios psicológicos previos y posteriores a la realización del test dado que el paciente no sabe que se ha hecho el test a una muestra de su sangre, además como dicha muestra no está vinculada a su nombre u otro identificador personal no sería posible la notificación. Aunque la detección y notificación de resultados

vinculados a un identificador personal es imposible por la naturaleza del estudio, el paciente que participa en estudios de seroprevalencia anónima va a tener la posibilidad de que su médico le pida si lo considera oportuno que se haga el test con consentimiento informado, asesoramiento pre-test y post-test y con confidencialidad, es decir no pierde ninguno de sus derechos o posibilidades de asistencia individualizada. Los estudios de seroprevalencia anónima no reducen la posibilidad de que a los infectados se les hagan test y puedan recibir asesoramiento pre- y post-test, en realidad la obtención de datos puede movilizar los recursos necesarios para que se implanten servicios de asesoramiento, de atención médica y de laboratorios con capacidad de realizar test allí donde se necesiten. También sirven para evaluar el uso de los servicios de asesoramiento que hacen los pacientes infectados, la capacidad de los clínicos en detectar pacientes positivos, etc.

Las determinaciones anónimas son no sólo legales o éticamente admisibles, sino que realizadas de la forma que hemos indicado son éticamente necesarias ante la necesidad de información para detener la epidemia. En países donde al principio se habían mostrado dubitativos como Reino Unido u Holanda (Bayer et al, 1990) argumentando que no era ético usar la muestra de sangre sin consentimiento (Bayer R et al, 1990), se han aprobado estos estudios desde 1988 y 1992 respectivamente. Diferentes organizaciones e instituciones han avalado la legalidad y el correcto contenido ético de estos estudios. La Oficina Norteamericana para la Protección de los Riesgos de la Investigación ha revisado los aspectos éticos de los estudios de seroprevalencia anónima y ha concluido que dichos estudios son éticos y legales (Center for disease control, 1988). Estos estudios también han sido avalados por un comité de expertos del Hastings Center (un instituto dedicado a la investigación de cuestiones éticas en medicina (Bayer R et al, 1986), También ha sido avalado por un comité de expertos del gobierno canadiense (Government of Canada Federal AIDS Center, 1988). Finalmente la O.M.S. no encontrado problemas en la realización de estos estudios (World Health Organization, 1989).

Muchos de los problemas éticos que aparentemente planteaban los estudios de seroprevalencia anónima provienen de confundir los aspectos éticos de la comunicación o no de un resultado o de la identificación de nuevos casos con los aspectos éticos de un estudio de seroprevalencia anónimo.

Los sistemas de serovigilancia y seroprevalencia anónima tienen como nuevos retos determinar los nuevos patrones de extensión de la enfermedad, estimar la incidencia responsable de la prevalencia observada. Además han de seleccionar las subpoblaciones que mejor predicen la evolución de la epidemia. Mientras la epidemia siga evolucionando y permanezca invisible a nivel clínico, estos estudios seguirán siendo necesarios.

9.4. Identificación de casos, aspectos éticos.

Respecto a las consideraciones éticas de la identificación de casos la historia de los sistemas de salud muestra que la tendencia a realizar test de todo tipo de forma obligatoria o con coerciones ha sido frecuente (Institute of Medicine and National Academy of Sciences, 1986) especialmente cuando la epidemia se concentraba en poblaciones específicas, donde la identificación de portadores era parte de la estigmatización de dichos grupos como "fuente de infección" (Gussow, 1989). La realización de test obligatorios no se puede considerar adecuada por suponer una violación de derechos humanos reconocidos a nivel internacional o nacional pero también porque la realización de tests obligatorios suele ir asociada a la falta de confidencialidad.

Así, ante la sospecha de infección por VIH, las consideraciones éticas respecto a la identificación de casos nos impulsan a tratar a dicho paciente como seropositivo en vez de obligarle a realizarse el test. Por la misma razón en unidades con cifras de seroprevalencia alta no se recomienda hacer tests obligatorios. Además la realización de test crea una falsa seguridad, ya que existe un periodo ventana durante el cual se pueden seguir realizando conductas de

riesgo. Debido a este periodo ventana ante la sospecha de transmisión a un sanitario hay que realizar el test al sanitario no al paciente.

Desde la aparición de tratamientos que pueden mejorar el pronóstico de los enfermos no podemos quedarnos tan sólo en tratar a todos los sospechosos como infectados y no hacer nada más ya que esta postura ética respecto a la identificación de casos entra en colisión con consideraciones éticas respecto al cuidado de los enfermos.

Antes de la aparición de tratamientos que mejoraban el pronóstico de los pacientes, las consideraciones éticas de la identificación de casos coincidía con las del cuidado de los enfermos, esto es, se decía que no había que forzar la realización del test porque iba en contra de las libertades, estigmatizaba y no se podía hacer nada para ayudar a los enfermos. Con los conocimientos actuales sobre los beneficios de ciertos tratamientos tenemos que intentar realizar el test a los sospechosos pidiéndoles consentimiento informado en el que se explique el beneficio posible de la instauración de un tratamiento precoz y de la eficacia de los tratamientos en fases avanzadas y asegurándoles confidencialidad. Por eso, ahora que hay medida terapéuticas paliativas sí que es defendible que se pida sistemáticamente permiso para realizar el test en ciertas unidades a todos los pacientes que ingresen.

Sin embargo la aparición de nuevas posibilidades de tratamiento está haciendo que determinados colectivos se replanteen si la ética que obliga a proveer el mejor cuidado y que por tanto presiona para que se realice el test ya con consentimiento o ya basándose sólo en criterios terapéuticos es más importante que la ética que protege el derecho a no realizarse el test.

Basándose en la posibilidad de tratamientos eficaces en retrasar la evolución de la enfermedad y otros avances terapéuticos, el CDC está considerando recomendar la realización del test sin necesidad de consentimiento para todos los pacientes ingresados en hospitales por ser considerados grupo de riesgo. La American Medical Association ha ido más allá y ha recomendado que se haga el test siguiendo tan sólo criterios médicos sin necesidad de pedir

consentimiento informado (Jones L, 1990). Un 44% de los médicos y un 57% de las enfermeras en una encuesta nacional defendían que a todos los pacientes hospitalizados se les debería hacer el test. Esto va en contra de las recomendaciones de los especialistas en ética médica que recomiendan que el consentimiento informado que se va a requerir para el tratamiento debe extenderse al test que va a permitir identificar al paciente como persona que requiere dicho tratamiento (Levine C & Bayer R, 1989). Dichos expertos piensan que aunque por regla general no se han requerido estas medidas para los análisis de sangre las condiciones especiales del VIH requieren que se apliquen. En el caso de posibles incapaces se debería seguir la legislación vigente para consentimiento informado.

La realización de test en recién nacidos pasó por similares fases que la de los adultos, en un principio se descartó por la presencia durante un tiempo prolongado de los anticuerpos de la madre infectada, lo que ocultaba los verdaderos positivos. Además no se tenían pruebas de la mejoría del pronóstico con algún tratamiento en recién nacidos. Por último se pensaba que un positivo en un niño llevaría a presionar a la madre para realizarse un test de forma obligatoria. Actualmente tenemos la reacción de la cadena de polimerasa PCR que permite identificar los recién nacidos infectados (Comeau AM et al, 1992) y existen datos a favor de que la profilaxis de la neumonía por pneumocistis carinii puede ser efectiva en recién nacidos (Working group on PCP prophylaxis in children, 1991). Así, el debate de si los intereses de salud del niño deben privar sobre los intereses de intimidad de la madre queda ahora más a favor del niño.

En países donde se realizan ciertos test a los recién nacidos de forma obligatoria, aparecieron presiones para incluir el test del VIH (Institute of Medicine, 1991), que sin embargo, como en el caso de Estados Unidos, no han conseguido prosperar (Task force on Pediatric AIDS, American Academy of Pediatrics, 1992).

En gran medida dado que las consideraciones éticas sobre las medidas a tomar para identificar los infectados dependen de la posibilidad de que los

tratamientos mejoren el pronóstico, en aquellos países donde no hay posibilidades de tales cuidados las consideraciones éticas deben ser ajustadas a la situación socioeconómica y se deben adoptar las que se aplicaron en las primeras fases de la enfermedad cuando no existían posibilidades terapéuticas, en vez de las que se aplican en los países con posibilidad de suministrar medios terapéuticos a gran escala.

9.5. Protección de la confidencialidad.

En aquellas países en que se realiza el test de forma que se puede identificar a la persona por ser un test voluntario u obligatorio aparece el problema de la notificación a las autoridades sanitarias y de la violación de derechos humanos (Griesser GG et al, 180). En algunos países se pide que se informe de la aparición de un caso de infección o de SIDA (notificación de caso), en tal situación no se identifica al paciente, pero en otros se pide que se informe del paciente (notificación de paciente), por lo que se revela su identidad.

Las Naciones Unidas no han recomendado el seguimiento de ninguna norma para proteger la confidencialidad. El Consejo de Europa sí que ha elaborado una legislación que regula la confidencialidad. Muy pocos países han implantado una notificación anónima y menos han tomado medidas para salvaguardar la confidencialidad (Edgar et al, 1989).

Cuando no se respeta la confidencialidad de una persona, ésta, con más frecuencia de lo normal puede perder el empleo, tener problemas de alojamiento, con los seguros, con los permisos de residencia y de trabajo, aumentando el ostracismo social y las tasas de suicidio (Crimp & Rolston, 1990). El quebrantamiento de la confidencialidad y el no evitar la discriminación de los pacientes identificados aumenta la falta de cooperación de las personas en riesgo para la realización del test.

Un estudio realizado en una clínica para enfermedades de transmisión sexual en Nuevo México en los años 1986-88 reveló que las personas que no

deseaban que se les hiciera el test tenían de 5 a 8 posibilidades más de ser positivas. Las razones principales para negarse a que les realizaran el test fueron el temor a que no se respetara la confidencialidad y el temor a la estigmatización (Hull et al, 1988). Una investigación llevada a cabo en 1989 en San Francisco mostraba que la mayoría de los hombres entrevistados hubieran dado su consentimiento para hacerse el test si se hubieran establecido leyes antidiscriminatorias (Center of Disease Control, 1989). En Japón el anuncio de legislación sobre el SIDA disminuyó la asistencia a clínicas de enfermedades de transmisión sexual (Ohi et al, 1988). En el estado de Baviera (Alemania) la participación en programas para portadores del virus VIH disminuyó tras el anuncio de medidas restrictivas para los infectados (Gorgens, 1989). La clasificación del SIDA como enfermedad de transmisión sexual tuvo como efecto la pérdida de un 30% de las personas que acudían a las unidades donde se hacían test para el VIH (Sandstrom, 1988).

Un ejemplo paradigmático de la ineficacia de las pruebas obligatorias fue la obligación de realizarse el test del VIH antes de contraer matrimonio en Lousiana e Illinois. En Lousiana se aplicó dicha normativa en 1987 y tuvo que suspenderse dos años más tarde tras comprobar la ineficacia y el excesivo gasto económico del programa. En Illinois se estableció la necesidad de realizar el test antes del matrimonio en 1988 (Illinois Public Health Act 85-925, 1987). Como consecuencia de esta ley, la demanda de licencias de matrimonio cayó un 22% (se iban a los estados vecinos) y de 150.000 solicitudes solo 26 resultaron positivas, lo que da un coste de 208.000 dólares por resultado positivo. Finalmente se revocó la ley en 1989 (Illinois Public Health Act 86-884, 1989).

El presidente de la Academia Rusa de las Ciencias declaró que la realización de 18 millones de test en 1988 no mereció la pena desde el punto de vista del coste-eficacia. La realización de 4 millones de test obligatorios a embarazadas solo dio 6 resultados positivos, mientras que la realización del test de forma voluntaria a 19.000 mujeres dio 4 positivos. Por lo tanto el programa de

test voluntarios era 100 veces más eficaz que el programa de test obligatorios (New Scientist editorial, 1989).

Cuando se realiza el test no basta con que sea voluntario es decir que se haga un consentimiento informado y libre sino que tiene que ir acompañado por un asesoramiento y de la protección de la confidencialidad.

9.6. Consideraciones éticas de la comunicación de seropositividad a terceras partes, ruptura de la confidencialidad.

En 1987 la American Medical Association (AMA), dictó sus primeras recomendaciones a cerca de la comunicación a terceras partes convirtiéndose en la primera institución en comunicar su postura sobre este problema. En aquella ocasión se decía que si un paciente infectado por el VIH rehusaba cambiar sus comportamientos de riesgo para el VIH o se negaba a notificar su condición a las personas que podrían contagiarse por el, o el médico tenía una buena razón para creer que el paciente no lo hacía o era incapaz de hacerlo, era éticamente admisible para el médico comunicar con las personas que él creía que pudieran estar en peligro de contagio para advertirles (American Medical Association, 1988). Esta toma de postura estuvo muy influida por la sentencia del caso Tarasoff (Tarasoff vs Regents of California, 1976). Siguiendo las argumenaciones del caso Tarasoff, un paciente con VIH que decidiera poner a otros en peligro de infección mediante la realización de conductas sexuales estando infectado por el VIH es como un paciente homicida con un arma letal. Se estableció así el precedente legal de que los psiquiatras tienen la obligación de proteger a víctimas identificables cuando un paciente amenaza con lesionarlas. Esta norma fue apoyada por la existencia previa de otras normas legales que defendían que se podía romper la confidencialidad en ciertas ocasiones como el caso de enfermedades transmisibles o en los abusos infantiles. Tras esta decisión de la corte Californiana, 15 estados americanos adoptaron la misma regla. La decisión de la AMA creó una intensa controversia que se reflejó en dos artículos

contrapuestos publicados en la misma revista en la que la APA dio a conocer su postura oficial. y que a continuación comentamos.

• *En contra de la postura de la APA.*

En el primer artículo Perry defiende que la ruptura de la confidencialidad es una barrera para el tratamiento (Perry, 1989). Perry piensa que es muy raro que alguien quiera infectar a otros intencionadamente y que en el caso de que dicha persona acudiera voluntaria o involuntariamente a un servicio de atención psiquiátrica, las leyes vigentes permiten retener a dicha persona hasta que mejore de la patología que le motiva a realizar dicho acto. Normalmente las personas a las que se quiere proteger rompiendo la confidencialidad nos son desconocidas y en consecuencia es muy difícil contactar con ellas por lo que a nivel práctico romper la confidencialidad no lleva en estos casos a nada útil. Las personas infectadas, incluso los más marginales como los UDVP, deberían saber por los medios de comunicación cuáles son las prácticas de riesgo para adquirir el VIH (Desjerlais et al, 1987). Sin embargo, el problema no es tanto de conocimiento como de cambio de conductas (Fineberg, 1988).

Si rompemos la confidencialidad el beneficio a corto plazo es evidente para las personas que podrían ser infectadas ya que las no infectadas podrían tomar medidas preventivas y las infectadas podrían recibir tratamiento precoz. Sin embargo si tenemos en cuenta a la persona infectada, es una persona que ha acudido buscando ayuda, que ha establecido una relación de confianza suficientemente intensa para comunicarnos o confiarnos de su situación serológica, es probable que aunque no quiera comunicar el resultado a su compañero/a ya no realice tantas prácticas de riesgo desde que supo su seropositividad. Por otro lado si rompemos la confidencialidad es probable que abandone el tratamiento y perdamos la influencia para que deje de realizar prácticas de riesgo. El paciente a continuación comunicará a otras personas en riesgo que conozca lo peligroso que puede ser acudir buscando ayuda médica. La mayoría de los pacientes con tiempo y asesoramiento informarán a sus parejas

del resultado del test y en esto las normas de la APA dejan suficiente flexibilidad para que no se rompa la confidencialidad salvo como último recurso.

El problema es la persona que no acude por propia voluntad y que no quiere asesoramiento sobre cómo reducir riesgos. Son personas que en general están estigmatizadas por su homosexualidad o su uso de drogas parenterales y hacia los cuales los profesionales sanitarios siempre han tenido, como el resto de la población, un sentimiento de rechazo (Perry, 1985). Estas personas tienen dos opciones: acudir y mentir sobre aspectos que les resulten perjudiciales como la presencia actual de conductas de riesgo o no acudir. No sabemos bien cuántos hay de cada grupo, la única manera es mediante estudios de seroprevalencia anónima o de serovigilancia.

El tratamiento psiquiátrico es eficaz en reducir los comportamientos de riesgo para adquirir el VIH de ciertos pacientes (Clearly et al, 1986) actuando indirectamente reduciendo el consumo de sustancias, los impulsos autodestructivos, el descontrol de los impulsos, la autoestima (Frances A et al, 1984) y aumentando las prácticas higiénico sanitarias (Seligman EP, 1975). Para poder ofrecer un tratamiento que reduzca las prácticas de riesgo debemos atraer a los pacientes y asegurarles que pueden hablar con confidencialidad y tranquilidad sobre sus prácticas de riesgo.

Una norma para romper la confidencialidad como la de la APA, puede tener tres efectos negativos más a largo plazo. El primero efecto es que el mensaje que se les va a dar a los que acuden en busca de ayuda va a ser que es mejor que soliciten un test anónimo sin comunicarnos sus conductas de riesgo, ya que si las sabemos y el test es positivo cabe la posibilidad de que tengamos que informar a otros de dichas conductas. El segundo es que este tipo de normativa puede dar lugar a procedimientos judiciales que dieran la razón a los que denuncien que no se les comunicó la infección de su compañero a tiempo, por lo que los médicos se aprestarán a comunicar los resultados lo más pronto posible ante el temor de ser denunciados. En tercer lugar, el diálogo médico paciente se puede oscurecer para no tocar el tema o aun peor, el médico puede sentirse

nervioso y comunicar prematuramente los resultados a las personas en riesgo de infección, sin dar tiempo al paciente a realizarlo por su cuenta.

• *A favor de la postura de la APA.*

En el otro extremo de Perry está el artículo de Zonana, que defiende que la postura de la APA es razonable y en la misma línea que otras normas reguladoras de la ruptura de la confidencialidad (Zonana, 1989). Piensa que es una norma de aplicación en casos especiales y no para ser aplicada de forma extensiva. Se ha de valorar el tipo de paciente, lo que piensa y lo que se ha intentado hasta el momento para que deje de tener conductas de riesgo. Existe un grupo de pacientes que se comportan de forma que exponen de manera reiterada a otros a la infección, creando problemas de actuación (Gostin, 1986). El principio de la confidencialidad nace de que lo primordial en la relación médico-paciente es el intento del médico de ayudar a su paciente en su problema de salud y para lograr ayudarlo es necesario que el paciente pueda hablar con libertad, para lo cual se le debe garantizar la confidencialidad de todo lo que diga. Frente a este derecho del paciente y nuestro deber de respetarlo, está el deber que también tenemos de proteger la salud de otros miembros de la comunidad sobre todo cuando la información que tenemos puede prevenir un riesgo amenazante para la vida, además tenemos el deber de informar de lo que sabemos cuando la ley nos obligue. El saber que la ley nos protege y que existen precedentes en otro tipo de patología no nos exime de que personalmente debamos valorar si la decisión es ética o no. La postura de la APA como ya reconocía Perry, no apoya la comunicación indiscriminada de seropositividad, sino que la reserva como último recurso después de que se han agotado los siguientes pasos:

- primero, el psiquiatra debe informar al realizar el consentimiento informado de los límites de la confidencialidad.

- segundo, el psiquiatra debe estar seguro de que el paciente está infectado. Se le considerará infectado si el paciente lo dice, si resulta positivo en un test o si hay signos de la enfermedad.

- tercero, el psiquiatra debe aconsejar y ayudar al paciente para conseguir que deje sus conductas de riesgo o para notificar su resultado a las personas que estén en riesgo de contraer por medio de él la infección. Sólo si el paciente es incapaz o no quiere dejar sus conductas de riesgo debe el médico notificar los resultados a otras personas. La hospitalización puede ser apropiada en algunos casos como en los pacientes violentos. La notificación debe ser a personas expuestas repetidamente a conductas de riesgo con el paciente y no a todos los posibles contactos. No podemos forzar al paciente a que nos dé nombres o a que nos relate todos sus contactos. Tenemos que tomar las medidas necesarias para que la persona a la que le vamos a comunicar el riesgo al que está expuesto/a pueda recibir asistencia.

La preocupación de que la falta de confidencialidad pueda evitar que las personas acudan a realizarse el test no es apoyada por todas las investigaciones. Por ejemplo en un estudio con pacientes homosexuales la razón principal para no querer realizarse el test fue el temor a un resultado positivo y por tanto a tener que enfrentarse con el hecho de tener una enfermedad mortal (Lyter et al, 1987).

El hecho de que la infección por VIH sea una enfermedad mortal hace que de momento se deban tomar en consideración estas normas no solo en Estados Unidos sino en otros países, quizás si se descubre un tratamiento altamente eficaz la notificación a terceras partes pueda ser obligatoria en un futuro.

A pesar de mantener esta postura respecto a la posible ruptura de la confidencialidad, la APA se opuso en 1990 a las leyes que obligaban a la notificación de los nombres de los pacientes VIH positivos, ya que si esto se hiciera muchas personas dejarían de acudir a que se les realizara el test, y al no poderse identificar los infectados cualquier tipo de actuación sería imposible.

En 1993 la APA (Commission on AIDS, 1993) sacó unas nuevas normas sobre la confidencialidad, en ellas se recomienda avisar de los límites de la confidencialidad para el VIH. Dichos límites son:

- Se permite notificar los nombres de los pacientes VIH positivos o con SIDA si las autoridades lo piden.

- A todos los pacientes con conductas de riesgo se les debe pedir que cambien dicho comportamiento y se les debe informar de la posibilidad de hacerse el test.

- Se debe preguntar sobre el peligro para otros. Si sabemos que el paciente es positivo y que está teniendo conductas que exponen a otros al riesgo de infección debemos obtener el acuerdo del paciente para que deje de realizar dichas conductas o para que informe a otros del riesgo. Si el paciente lo pide, el psiquiatra, el clínico o las autoridades sanitarias públicas pueden realizar dicha notificación. Tras intentar todas las vías posibles, si el paciente rehusa cambiar su comportamiento o informar a otros del riesgo o si el psiquiatra considera que no lo ha hecho o que es incapaz de hacerlo, puede informar a los expuestos directamente o advertir a las autoridades públicas para que lo hagan. Cuando el comportamiento de un paciente es un riesgo para personas no identificables se puede notificar a las autoridades sanitarias públicas.

- Si el psiquiatra considera que el comportamiento de un paciente es el resultado de una enfermedad mental que puede ser tratada con hospitalización, se puede ingresar al paciente. La hospitalización no se puede usar a modo de cuarentena, es decir para prevenir que se produzcan contagios como fin último, sino sólo como una medida que busca cambiar las alteraciones patológicas que causan las conductas de riesgo, en definitiva tiene que tener un objetivo terapéutico. En algunas circunstancias resultará imposible garantizar la seguridad de otros, como cuando no exista patología psiquiátrica que justifique sus conductas de riesgo.

- Cuando hay terceras partes que ya no están en exposición constante, pero que lo estuvieron, dichas personas se podrían beneficiar de saber que han estado expuestas, ya que existe evidencia de que el tratamiento precoz puede ser eficaz. Se debe pedir a los pacientes infectados que informen a dichas personas

personalmente o por medio de las autoridades, sino lo hicieran o no pudieran hacerlo es éticamente permisible contactar con las autoridades sanitarias.

La notificación que los pacientes hacen de su seropositividad depende de a qué persona se realiza. Perry et al (1990) estudiaron la notificación de su seropositividad a otras personas de un grupo de 40 homosexuales que supieron recientemente que eran positivos. El 90% se lo dijeron a su médico, el 48% de los que acudieron a un dentista se lo comunicaron a dicho dentista, el 66% de los que tenían al menos un compañero sexual se lo comunicaron a todos sus compañeros sexuales. La notificación no fue acompañada sin embargo de una disminución de prácticas sexuales de riesgo. El 90% de los que tuvieron un compañero sexual en el pasado no hicieron ningún intento de comunicárselo. El 68% se lo dijeron a un amigo y un 35% se lo comunicaron a un familiar.

9.7. Consideraciones éticas y legales sobre el SIDA y la realización de test en España.

En España las relaciones tradicionales entre la Administración Sanitaria, los médicos y demás profesionales sanitarios por un lado y los pacientes por otro han dejado ser de tipo beneficiencia, paternalista o no. En los últimos años han pasado a ser dominadas por el principio de la autonomía del paciente, convirtiendo su libertad en el principio rector. En el ámbito español no existen normas específicas que regulen las situaciones en las que se encuentran las personas afectadas por el SIDA, salvo en el caso de las normas administrativas (declaración obligatoria, detección de anticuerpos...) por lo que los problemas que se planteen deben resolverse con la legislación actual (Sánchez Caro y Giménez Cabezón, 1995).

9.7.1 Voluntariedad del test del VIH.

La regla general en nuestro Derecho es que los tratamientos sanitarios son voluntarios: no hay tratamiento si uno no quiere. En el término "tratamiento sanitario" se incluye también la fase de diagnóstico, reconocimiento y averiguación del estado de salud (Cobrerros, 1988; 1989), esto también viene recogido en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 15 de abril). Sólo se excluyen los casos de que la no intervención suponga un riesgo para la salud pública, el supuesto de incapacidad de tomar decisiones (en cuyo caso el derecho recaerá en sus familiares o personas a él allegadas) y en último caso cuando la urgencia no admita demoras por poderse ocasionar lesiones irreparables o existir peligro de fallecimiento. La Ley Orgánica de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública permite tomar medidas obligatorias cuando así lo exijan razones sanitarias de urgencia o necesidad (Ley 3/1986 de 14 de Abril) lo cual no es lo habitual en el caso del SIDA por lo que no se considera enfermedad de tratamiento obligatorio.

De esto se deduce que las consideraciones respecto a la posibilidad de establecer la obligatoriedad de realizarse el test que se han planteado en otros países, no tienen lugar en nuestro país. No se puede realizar un test del VIH a un paciente con el único objeto de saber si es seropositivo o para iniciar un tratamiento sin su consentimiento. Sólo son obligatorios los test del VIH en las donaciones de semen, sangre u órganos, que parten de la voluntariedad de la persona.

Se debe pedir el consentimiento al paciente en el caso de estudios no anónimos y en ensayos clínicos, éstos últimos deben someterse a lo previsto en la Ley de Medicamento y disposiciones de desarrollo (Ley 25/1990 y Real Decreto 561/1993). También creemos que se le debe pedir consentimiento a los pacientes en el caso de que se vaya a realizar una extracción con el único fin de realizar el análisis del VIH para un estudio de seroprevalencia aunque fuera anónimo, ya que estamos realizando una intervención que no se hubiera realizado de otra

manera. Otro caso distinto es el de que se haga aprovechando extracciones que se estén realizando con otro motivo y que conservemos el anonimato, dicho tipo de estudios como ya hemos discutido anteriormente son éticamente admisibles y defendidos por la Organización Mundial de la Salud.

Dado que el SIDA no es una enfermedad de tratamiento obligatorio las medidas sanitarias preventivas deben ir encaminadas a reducir la difusión del VIH, todo ello implica el establecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológico, incluyendo un sistema de serovigilancia, la adopción de una serie de recomendaciones genéricas y específicas para la población, el control de sangre, hemoderivados y otras donaciones. Las medidas comentadas no pasan por el tratamiento sanitario obligatorio o la identificación del paciente por lo que obedecen a unas consideraciones éticas diferentes.

9.7.2. Declaración obligatoria.

El SIDA, si bien no es una enfermedad de tratamiento obligatorio, sí que puede ser una enfermedad de declaración obligatoria en nuestro país. La posibilidad legal está entregada en el momento presente a las Comunidades Autónomas, que la han llevado a cabo por razones epidemiológicas, por ejemplo el Decreto 46/1988 de 21 de abril de la Comunidad de Madrid, de declaración de casos de síndrome de Inmunodeficiencia adquirida o la Orden de 17 de diciembre de 1993 de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Comunidad de Autónoma de Castilla y León. En general se defiende que la notificación no debe ser nominal (salvo que fuera necesario para evitar la propagación del virus) dado que no hay terapia eficaz, por la injerencia innecesaria y errónea en la libertad personal y las posibilidades de que se produzca un cambio en la política social que conllevara medidas represivas.

9.7.3. VIH y entorno laboral. Situación especial de los profesionales sanitarios.

La Dirección General de Trabajo incorporando el criterio de la Subdirección General de Información Sanitaria y Epidemiología del Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró un informe en el que se aplicaban los mismos criterios ya expuestos de la no obligatoriedad de realizar el test del VIH en pruebas de aptitud, salvo en el caso de que se puedan generar riesgos para la salud del propio trabajador u otros (Dirección General de Trabajo, 1990). Se podría realizar dicha prueba cuando se demuestre científicamente el riesgo de transmisión del virus en el lugar del trabajo. Sin embargo dicha Dirección no apoya esta posibilidad, basándose para ello en las pautas de la declaración de la reunión consultiva sobre el SIDA y el lugar de trabajo, formulada por la Organización Mundial de la Salud en Asociación con la Organización internacional del Trabajo de 29 de julio de 1988, que indican que no deben exigirse las pruebas del VIH como parte de la evaluación de aptitudes en procesos de selección ni tampoco a las personas ya empleadas. Esta postura también es defendida por las conclusiones del Consejo de la Comunidades Europeas y los Ministros de Sanidad del 15 de diciembre de 1988.

La comunicación del médico de empresa al empresario debe referirse a la capacidad o aptitud para el trabajo, sin desvelar ni el diagnóstico ni otros datos clínicos.

Estas normas son genéricas y no hacen referencia expresa al personal sanitario, al que deben aplicarse de igual manera que al resto de trabajadores.

Sin embargo la Organización Médica Colegial a parte de las recomendaciones específicas para evitar la contaminación por parte del personal sanitario (Delgado A, 1988), hace referencia al caso especial de que dicho personal esté infectado por el virus del VIH y recomienda en tal caso:

- que el personal infectado no sea limitado en su trabajo por el mero hecho de ser seropositivo al VIH, salvo en el caso de lesiones exudativas.

- dado que el personal infectado corre más riesgo de adquirir enfermedades infecciosas en el ámbito hospitalario, el médico personal de dicho trabajador junto con los servicios sanitarios de la Institución o los directores médicos de enfermería o de resto de personal deben, con criterio individualizado, determinar si el trabajador puede atender a los pacientes con seguridad y deben sugerir los cambios de puesto si están indicados.

- que todos los trabajadores sanitarios infectados por el VIH deben llevar guantes en el contacto con piel o mucosas no intactas de todos los pacientes.

9.7.4. Carta de Derechos de los Pacientes y la obligatoriedad de asistencia.

La ley General de Sanidad establece la llamada Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes cuyos preceptos fundamentales se plasman en los artículos 9, 10 y 11, allí se detallan por ejemplo cómo debe ser el consentimiento informado, la posibilidad de negarse al tratamiento, el derecho a la información, los límites de la información (privilegio terapéutico) y las situaciones que cubre el privilegio terapéutico son: situación de urgencia, diagnóstico fatal, información claramente perjudicial, renuncia del destinatario. Dado que estos derechos son comunes con el resto de pacientes y no han generado especial polémica no los tratamos. Sin embargo conviene recordar el derecho del paciente con SIDA a ser atendido. La obligación del personal sanitario de atender a los pacientes ha sido recordada por la Organización Médica Colegial que se muestra dispuesta a promover expediente deontológico a todo profesional de la medicina que se niegue a la asistencia o que desvele el secreto profesional fuera de los márgenes que indica la Ley.

9.7.5. Derecho a la intimidad, confidencialidad y secreto.

Respecto al derecho a la intimidad, la confidencialidad y el secreto profesional e historia clínica, nuestra Ley Civil establece que es intromisión

ilegítima la revelación de datos privados de una persona o familia conocidos a través de la actividad profesional u oficial de quien los revela, salvo que se autorice por una ley o se otorgue consentimiento expreso. Hay una sentencia del Tribunal Constitucional en el que se deja claro que la información periodística de personas infectadas por el VIH es contraria a la ley. Lo mismo puede decirse respecto a historias clínicas y datos informatizados, los datos de tipo sanitario y relativos a la vida sexual son datos sensibles en cuanto a su protección. El conjunto de derechos frente al tratamiento automatizado de los datos se llama *habeas data*.

La violación del secreto profesional por el personal sanitario constituye delito en el nuevo Código Penal frente a la anterior normativa.

El médico puede (aunque no constituya un deber) vulnerar el secreto profesional en caso de peligro real de contagio para otras personas. En este caso se sacrifica el secreto porque existe un estado de necesidad (Artículo 8.7º. del Código Penal). Se sacrifica un derecho menor que es el derecho a la intimidad por otro mayor que es el evitar un peligro real para la vida o integridad de las personas.

Existen excepciones al deber de secreto profesional tales como el trabajo en equipo, la enseñanza de la medicina (secreto compartido), enfermedades de declaración obligatoria, divulgación científica, obligación de declarar en procesos penales.

En el ámbito deontológico se considera falta grave o muy grave la violación del secreto profesional (Artículo 64 del Real Decreto 108/1980, de 19 de mayo). Se considera un derecho del paciente, abarca todo lo que se confíe o conozca y no acaba por la muerte del enfermo. Cede por imperativo legal, cuando el médico se ve perjudicado por el paciente de forma injusta, cuando se perjudique al propio paciente o en las enfermedades de declaración obligatoria. Cede también en los expedientes disciplinarios ante el Colegio de acuerdo con los estatutos de la Organización Médica Colegial aprobados en 1990.

La excepción del deber de denunciar sólo ampara a abogados y eclesiásticos que conocieran hechos por razón de su oficio ya consumados que pudieran revestir caracteres de delito, sin embargo tienen que denunciar como todo el mundo hechos delictivos que sepan que se van a cometer o que se están cometiendo. En el hipotético caso de conocer que alguien haya transmitido el virus ya no sólo por negligencia sino de forma intencionada los médicos tienen el deber de denunciar (Artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal).

De igual manera, en procedimientos criminales existe obligación de declarar para los médicos o profesionales sanitarios (Artículos 410, 416 y 417 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal). No existe obligación de declarar en procesos civiles.

9.7.6. Discriminación.

El SIDA como enfermedad es una causa potencial de discriminación. Nuestras leyes y la Constitución se pronuncian a favor de la igualdad ante la Ley y de la igualdad en su aplicación, sin que pueda prevalecer discriminación de clase alguna por razón de enfermedad. Se viola el principio de igualdad si la desigualdad que se establece está desprovista de justificación objetiva o razonable. El término de comparación no debe ser arbitrario o caprichoso.

La discriminación no se suele manifestar expresamente, por lo que es difícil probarla; por ello, según el Tribunal Constitucional, es preciso a veces aliviar la carga de la prueba mediante diferentes técnicas. Respecto a los pacientes con SIDA o infección por VIH una medida que no sólo es discriminatoria y puede romper la confidencialidad sino que además da una sensación de falsa seguridad, es el uso de distintivos específicos como el punto rojo que por tanto no debe realizarse.

9.7.7. Matrimonio y patria potestad.

En el derecho español no se exige la obligación de hacerse el test del detección del VIH previo a contraer matrimonio. El test del VIH podría ser usado en petición de nulidad si se defiende que la situación serológica influyó en la prestación del consentimiento. También podría ser usado en los procesos de separación y divorcio como elemento probatorio de infidelidad o conducta vejatoria.

Los padres que tienen patria potestad tienen la representación legal de sus hijos menores no emancipados excepto en los derechos de la personalidad u otros que de acuerdo con la leyes y sus condiciones de madurez pueda realizar por sí mismo (Código Civil, artículo 162.1º). Teóricamente al ser el derecho a la protección de la salud un derecho de la personalidad, el menor puede actuar autónomamente en lo relativo a la realización del test del VIH, si bien los contados casos planteados a nivel jurídico no han hecho una interpretación clara en este sentido.

9.7.8. Inmigrantes y permiso de trabajo.

Para la obtención del permiso de trabajo en España se requiere un certificado médico en el que conste que el interesado no padece enfermedades transmisibles con repercusión para la salud pública. Esto deja abierta la posibilidad de una aplicación extensa que obligue a realizarse el test para obtener el permiso. Sin embargo esto no se está haciendo al no considerarse al SIDA como enfermedad de tratamiento obligatorio.

10. ESTUDIOS DE SEROPREVALENCIA.

10.1. Estudios de seroprevalencia en pacientes psiquiátricos.

La variación en las cifras de seroprevalencia de los estudios publicados hasta la fecha se debe en la mayoría de los casos a diferencias en la selección de la muestra y a los métodos empleados en la obtención de los resultados.

Los estudios basados en la revisión de historias tienen el sesgo de que la determinación serológica que revisan los investigadores, fue decidida por los médicos de la unidad en la que se hace el estudio, se hizo por tanto a los pacientes que ellos consideraron oportuno, con criterios desconocidos para el investigador y posiblemente no consensuados con los otros médicos de la unidad. Por otro lado la frecuencia de conductas de riesgo en los estudios basados en revisión de historia clínicas es mayor que en los estudios de seroprevalencia anónima, al tener los primeros los datos del informe de ingreso y sucesivas exploraciones, mientras que los estudios de seroprevalencia están basados por regla general tan sólo en la información disponible en el informe de ingreso.

Los estudios de seroprevalencia anónima ofrecen una cifra más aproximada a la realidad pero aun así hay que tener muy en cuenta si el porcentaje de determinación fue alto, es decir de qué porcentaje de los ingresados se pudo obtener una muestra de sangre para el estudio de seroprevalencia, y por otro lado si entre el grupo del que se pudo obtener una muestra de sangre y el grupo del que no se obtuvo muestra hubo diferencias significativas en alguna variable, es decir ver si hubo algún sesgo en la selección de los pacientes del estudio.

Las cifras de casos de SIDA comunicados varían mucho de una zona a otra por lo que el país en el que se hizo el estudio, las características sociodemográficas y la conducta de riesgo más frecuente en la que están involucrados es muy importante en la consideración de resultados.

En la tabla 20 se han resumido los estudios más importantes. En la tabla 14 se muestra una revisión de las conductas de riesgo encontradas en los estudios de seroprevalencia. A continuación haremos una breve mención sobre metodología y resultados de alguno de ellos.

- El trabajo de Schleifer et al (1990) se realiza en Newark (área norte de Nueva York lindando con New Jersey) durante el periodo de marzo a junio de 1989. En este estudio no aparece de forma clara cuál es el porcentaje de pacientes a los que no se les pudo extraer sangre respecto del total de la población que era candidata a la extracción (pacientes que ingresaban en la unidad). Parece desprenderse que se obtuvieron muestras de todos, ya que se aprovecha la sangre sobrante de la extracción rutinaria que, según se detalla en el artículo, se hace a todos los nuevos pacientes que son admitidos en la unidad del estudio.

Los pacientes que sólo consumen alcohol aunque aparentemente comparten el mismo ambiente socioeconómico que los pacientes que además son UDVP, no se han visto implicados en más conductas de riesgo y por ello tienen porcentajes de seroprevalencia menores (4,5%) que los que consumen además de alcohol drogas por vía parenteral (48%). Esta comparación también informa indirectamente de que los pacientes con consumo de alcohol no ocultaron su uso de drogas por vía parenteral cuando este consumo estaba presente, ya que si no en el grupo de pacientes con "sólo" consumo de alcohol se hubieran obtenido cifras mucho mayores.

En el estudio de serovigilancia hospitalaria de los ingresos durante tres meses del área de Newark, tras excluir los pacientes con diagnósticos relacionados con el SIDA se obtuvo una cifra de un 7,9% (St Louis ME et al, 1990). Por lo tanto las cifras de seroprevalencia son algo menores en el grupo de pacientes que solo consumen alcohol (4,5%) a las halladas en la población atendida en otros servicios médicos del área de la que proceden los pacientes.

En este estudio el factor más asociado a seropositividad fue el ser UDVP. No hubo diferencias para el género aunque el ser UDVP era más frecuente entre hombres.

Las cifras de seroprevalencia obtenidas para pacientes con la presencia simultánea de los factores de riesgo ser UDVP y consumo de alcohol, son similares

a las obtenidas para personas con UDVP en la misma área (de un 35,9% a un 60%).

- El trabajo de Zamperetti et al (1990), se realiza en una unidad psiquiátrica de Milán. La publicación en unos resúmenes de congreso nos han hecho difícil acceder a este trabajo por lo que no podemos comentar grandes detalles. La muestra consistió en 475 pacientes que acudieron a urgencias y cuyas historias se revisaron. La cifra de seroprevalencia fue de un 6,5%.

- El trabajo de Cournos et al (1991) presenta una metodología que cumple adecuadamente los requisitos de los estudios de seroprevalencia anónima. Los pacientes candidatos a entrar en el estudio provenían de los ingresos durante el periodo de diciembre de 1989 a julio de 1990 en dos hospitales de Nueva York: uno de agudos que aportó 133 pacientes y otro de crónicos que aportó 413. Se obtuvo una muestra de sangre de 456 pacientes (pacientes incluidos en el estudio) y se desecharon 3 muestras por ser de una cantidad excesivamente pequeña.

La muestra tenía predominio de raza negra, no hubo diferencias para las variables sexo o género entre los pacientes de los que se obtuvo sangre y los pacientes de los que no. Sin embargo se obtuvieron de forma significativa menos muestras de los pacientes de raza caucásica o asiática.

Los diagnósticos más frecuentes fueron esquizofrenia (45%), trastorno afectivo (20%) y otros trastornos psicóticos (11,6%). La mayor parte de los pacientes habían ingresado entre 2 y 5 ocasiones.

Las conductas de riesgo se agruparon en: ser UDVP, tener relaciones homosexuales entre hombres y otras. Esta misma agrupación se va a usar el estudio de Saks et al (1992), el de Empfield et al (1993) y el Meyer et al (1994) que comentaremos posteriormente.

Dos resultados positivos no se dieron por válidos por no ser confirmados por Western Blot y se eliminaron del estudio. La cifra de seroprevalencia

obtenida es de un 5,5% (1 de cada 18 pacientes), por lo que es intermedia entre las halladas en población médica del área (1,6-2,7%) y la obtenida en la población que acudió a clínicas de enfermedades para transmisión sexual en el área de Nueva York (8,8%). Las mayores cifras se dan en pacientes de raza negra (1 de cada 9). Las mujeres tienen la misma probabilidad de infectarse que los hombres.

Los médicos sólo detectaron factores de riesgo en el 36% de los seropositivos. En el estudio de seroprevalencia 6 de los 12 seropositivos masculinos tenían factores de riesgo (50%), 3 tenían historia de relación homosexual (25%) y 3 eran UDVP (25%), por ello podemos considerar la presencia de comportamiento homosexual o UDVP como conductas altamente asociadas a la seropositividad. De las 13 mujeres seropositivas 3 eran UDVP (23,1%). De los seronegativos, un 7,7% eran UDVP y un 6,7% de los 225 hombres seronegativos eran homosexuales. Los médicos solo detectaron la positividad en 7 de los 25 seropositivos, por lo que fallaron en la detección de los seropositivos.

- El estudio de Volavka et al (1991) se realiza en Nueva York en el periodo que va del 15 de febrero de 1990 hasta la misma fecha del año 1991. Se realiza en pacientes ingresados consecutivamente en un hospital psiquiátrico estatal al que acuden pacientes indigentes. En general los pacientes presentan patología psiquiátrica grave o crónica. Se les ofreció a los pacientes participar en el estudio mediante consentimiento escrito. El resultado del test de aquellos que rehusaron o fueron incapaces de dar el consentimiento fue tratado como análisis anónimo y el resultado de aquellos que consintieron fue anotado en su historia clínica.

Se les pudo realizar el test a 504 pacientes cuya situación serológica era desconocida al ingreso. Se conocía la situación serológica de 11 pacientes a los que no se les repitió el test. No se pudo realizar el test a 58 pacientes que no se dejaron realizar extracciones. De los 515 pacientes inicialmente incluidos se pudieron obtener datos sobre factores de riesgo de 404 pacientes.

No hubo diferencias para las variables raza, edad o sexo entre los pacientes a los que no se pudo extraer muestra de sangre y aquellos a los que sí se extrajo muestra. No hubo diferencias entre pacientes que consintieron en participar en el estudio (y por tanto su extracción no es anónima) y aquellos que no consintieron (extracción anónima) para las variables sexo, edad o raza, si bien los pacientes de la muestra anónima eran más jóvenes.

Los diagnósticos del conjunto de ambas muestras fueron de mayor a menor: esquizofrenia (58%), bipolares (11,4%), esquizoafectivos (9,8%), otras psicosis (5,7%), abuso o dependencia de sustancias (4,6%). La raza más frecuente era la negra (58%).

Los factores de riesgo estudiados son: ser UDVP, tener relaciones sexuales con UDVP o con personas que tienen el SIDA, tener relaciones homosexuales entre hombres, tener relaciones sexuales con prostitutas (los dos últimos factores de riesgo sólo se consideraron en hombres), tener relaciones sexuales con hombres bisexuales (sólo se consideró en mujeres) y haber recibido transfusiones de sangre.

La conclusión más importante del estudio es que el diagnóstico de manía está más asociado a tener relaciones sexuales con UDVP o personas infectadas por el VIH en las mujeres.

- El estudio de Sacks et al (1992) se realiza en el periodo del 1 de noviembre de 1989 al 31 de mayo de 1990 en el noreste de Nueva York en un hospital psiquiátrico de ingreso voluntario.

Dicho estudio tiene una metodología similar al estudio de Cournos et al (1991). La diferencia fundamental es que las historias clínicas de todos los pacientes que intervinieron en el estudio fueron revisadas 6 meses después para determinar el número de pacientes que tuvieron resultados positivos según las peticiones ordenadas por los clínicos que atendieron a los pacientes. Las personas que revisaron las historias desconocían cualquier otro dato del estudio.

Los diagnósticos más frecuentes fueron: trastornos depresivos (28,8%), esquizofrenia (23,8%), trastorno bipolar (21,1%), trastorno mental orgánico (6,8%) y abuso de sustancias (5,4%). Había un mayor número de mujeres (56%) que de hombres. Se hicieron tres rangos de edad: de 18 a 29 años, de 30 a 39 años y de 40 a 55 años; la frecuencia de pacientes para cada rango fue similar.

Los pacientes de los que se pudo extraer sangre eran de forma significativa con más frecuencia pacientes con trastornos bipolares y con menor frecuencia pacientes con trastornos depresivos. No se encontraron otras diferencias significativas a nivel estadístico.

Se detectó un 7,1% de seropositivos en el estudio de seroprevalencia anónima. Esta cifra es relativamente alta en comparación con la encontrada en pacientes no psiquiátricos ingresados en hospitales generales en la misma área. En concreto en el área del Noroeste de Nueva York incluida Newark y el sur del Bronx la seroprevalencia es, según un estudio de los Centers for Disease Control federales, de entre un 7,8% a un 5,6% (St Louis ME et al, 1990).

De los 25 pacientes seropositivos detectados por el estudio de seroprevalencia, 10 no se sabía que eran positivos al ingreso y sólo se les hizo el test durante el ingreso a 2 de estos 10 pacientes, por lo que la gran mayoría de los seropositivos no conocidos al ingreso fueron dados de alta sin ser detectados. Sin embargo, sólo 3 de los 25 seropositivos no tenían factores de riesgo recogidos en sus historias clínicas, por lo que si se hubiera hecho el test guiándose tan sólo en la presencia de factores de riesgo se hubieran detectado 22 de los 25 seropositivos.

El ser seropositivo se encontraba asociado significativamente a tener relaciones homosexuales con hombres, a ser hombre, y a tener un trastorno mental orgánico.

De los 77 pacientes a los que se identificaron factores de riesgo al ingreso, 18 ya tenían un test previo (15 positivos y 3 negativos). De los 59 pacientes restantes, 39 fueron dados de alta sin realizárseles el test, cinco de ellos dieron positivo en el estudio de seroprevalencia anónima. Sólo 3 pacientes fueron

positivos en el estudio de seroprevalencia y no refirieron factores de riesgo al ingreso, por lo que no se puede considerar que los pacientes ocultaran información sobre factores de riesgo para adquirir el VIH.

- En el estudio de Empfield et al (1993) se usa una metodología idéntica al estudio de Cournos et al (1991), pero el estudio se realiza con un grupo de pacientes sin hogar que son evaluados en la calle. Si presentan criterios de ingreso son trasladados a una unidad de ingreso para pacientes agudos (Hospital Bellevue) de la que al cabo de 28 días si no se han recuperado son trasladados a otra (Creedmoor Psychiatric Center). El estudio de Empfield et al recoge sólo los pacientes ingresados en el Creedmoor Psychiatric Center (pacientes más graves y crónicos).

No se encontraron diferencias significativas en lo referente al diagnóstico, número de hospitalizaciones previas, edad o sexo entre el grupo del que se obtuvo una muestra de sangre y el grupo del que no, sin embargo los pacientes de raza negra e hispanos tenían menos extracciones de forma significativa. Conviene recordar que en el estudio de Cournos et al eran los de raza negra e hispana los que tenían de forma significativa más extracciones (Cournos et al, 1991).

Los diagnósticos al ingreso fueron: esquizofrenia (49,3%), esquizoafectivos (43,1%), trastornos afectivos (3,3%), otros trastornos psicóticos (4,3%). El grupo de 2 a 5 hospitalizaciones psiquiátricas previas era el más numeroso (58,4%). Se hicieron dos rangos de edad: de 18 a 39 años y de 39 a 59. Había muchos más hombres (72%) que mujeres.

Se obtuvieron 19 positivos mediante el ELISA a partir de 203 pacientes, pero se rechazaron 6 por no tener confirmación con el Western Blot por lo que la cifra de seroprevalencia anónima fue de 6,4%.

Las únicas variables asociadas significativamente con ser seropositivo son tener entre 18 y 39 años (11 de los 13 seropositivos estaban en este rango) o bien ser hombre y UDVP. Tener menos de 40 años aumentaba el riesgo de ser

seropositivo 6 veces. El ser de raza negra estaba asociado con tener menos de 40 años. El ser UDVP multiplicaba el riesgo de ser seropositivo 6,5 veces.

Los médicos que atendieron a los pacientes identificaron factores de riesgo en 3 de los 13 seropositivos, lo cual hace muy débil el análisis estadístico de estos factores y quizá sea responsable de la falta de hallazgos a nivel predictivo entre seropositividad y otras variables.

- El estudio Meyer et al (1993) vuelve a ser similar en la metodología a los de Cournos et al (1991) y Empfield et al (1993) (son el mismo equipo investigador). El hospital en este caso es el que ya se menciona en el estudio de Empfield et al, el Creedmoor Psychiatric Center, en dicho hospital no se admiten pacientes con el diagnóstico de abuso de sustancias o demencia.

Se obtuvieron más muestras de sangre de forma significativa de los pacientes con otro trastorno psicótico o con un trastorno mental orgánico.

Los diagnósticos más frecuentes fueron: esquizofrenia (70,4%), esquizoafectivos (6%), otros trastornos psicóticos (4%), trastornos afectivos (8,6%), trastornos mentales orgánicos (4%). El 79,9% tienen entre 2 y 5 diagnósticos. La estancia media es de 38 meses. Se crearon dos rangos de edad: de 18 a 39 y de 40 a 59.

La seroprevalencia fue de un 4%. La seropositividad en el estudio anónimo estaba asociada significativamente con ser UDVP; su presencia multiplicaba el riesgo por 10.

- El estudio de Susser et al (1993) se realiza acudiendo a un albergue de Nueva York para ofrecer ayuda psiquiátrica orientada a ayudar que logren alojamiento los pacientes con trastornos mentales. Los pacientes acuden al programa de atención psiquiátrica por propia iniciativa, mandados por el personal del albergue o identificados por los psiquiatras del programa. Los pacientes del estudio son aquellos que se unieron al programa y a los que

posteriormente se les alojó. Durante el programa se les ofrecía hacerse el test del VIH. Los pacientes llevaban sin alojamiento al menos un año de los tres previos.

En este estudio no se realizó un estudio de seroprevalencia anónima sino que se revisaron las historias. Un paciente reveló su resultado serológico al ingreso, tres ya tenían un test hecho en la misma unidad previamente. Estos resultados fueron aceptados e incluidos. Los clínicos que atendieron a los pacientes habitualmente preguntaban por antecedentes de UDVP pero no por relaciones homosexuales. Los médicos que revisaron las historias no habían tratado a los pacientes.

La seroprevalencia obtenida es de un 19,4%. De los 12 pacientes seropositivos, 9 tienen comportamientos de riesgo. Los pacientes cuya situación serológica es conocida frente a los que la tienen desconocida tienen seroestatus desconocido hay con más frecuencia pacientes con antecedentes de conducta homosexual y es menos frecuente tener antecedentes de ser UDVP.

- El estudio de Mahler et al (1994) tiene la estructura del estudio de Sacks (pertenecen al mismo grupo de investigación). Estudian una población de una unidad para la rehabilitación del alcohol situada en White Plains, Nueva York. La metodología no es explicada con suficiente detalle como para permitir replicar la investigación, especialmente no queda claro cómo se consigue la preservación del anonimato. Las muestras no se analizan hasta dos meses después de la extracción, usándose como único identificador un código. Los datos clínicos demográficos y sobre factores de riesgo se obtienen de una extensa entrevista de evaluación inicial y de la revisión de las historias y se vinculan para el análisis estadístico con el mismo código que se usó para la muestra del paciente correspondiente. A los 6 meses se revisan las historias clínicas para determinar a cuántos pacientes se les realizó el test y sus resultados y los tratamientos para el VIH que recibieron.

Esta es la muestra americana que tiene mayor porcentaje de pacientes de raza blanca (47%). La mayoría son solteros (55%), la media de años de educación

fue de 12,5 años, un 71% consumían droga y un 22% tenían asociado un trastorno del eje I del DSM III-R. De los 31 seropositivos, 4 pacientes (12%) ya se sabía que eran positivos al ingreso. De los 27 seropositivos restantes los clínicos detectaron a 3 durante el ingreso, por ello 24 pacientes seropositivos no fueron detectados durante el ingreso (77%), de ellos, 11 no tenían factores de riesgo en la historia clínica. Sin embargo los 7 detectados durante el ingreso tenían algún factor de riesgo para el VIH. Sólo se realizó asesoramiento pre- y post-test al 50% de los pacientes incluidos en el estudio. El 25% de los pacientes que en un test previo fueron negativos ahora eran positivos.

- El estudio de Silberstein et al (1994), se realiza en uno de los dos hospitales mencionados en el trabajo de Empfield, es el hospital general municipal de Nueva York que admite pacientes para estancias cortas. El estudio se desarrolló en el año 1994 y a los pacientes que entraron en el estudio se les ofreció 15 dólares, si aceptaban se les realizaba un asesoramiento pre-test y post-test y se les pasaban varios cuestionarios.

Se les realizó a todos los pacientes de forma sistemática el ELISA y Western Blot (en los estudios vistos hasta ahora sólo se hacía el Western Blot para confirmar). A los 21 resultados indeterminados en el Western Blot pero negativos en el ELISA, se les hizo RIPA (radioimmunoprecipitation assay). Resultando 20 negativos en el RIPA, y un resultado equívoco que fue clasificado como de situación serológica desconocida en vez de negativo.

La media de edad fue 35,5, la mayoría eran hombres, de raza negra. El 39% no había tenido alojamiento (pacientes sin hogar) durante las dos semanas previas al ingreso. El 31% de los pacientes tenía como diagnóstico esquizofrenia, el 16% trastorno bipolar, el 26% tenía un trastorno de personalidad, el 14% trastorno depresivo, el 2% trastorno mental orgánico. El 58% consumían cocaína, el 29% alcohol y el 8% heroína.

El 31% de los pacientes del estudio era UDVP. Para hombres los factores de riesgo fueron: ser UDVP, tener relaciones homosexuales, compartir jeringuillas,

historia de prostitución, ser receptor de sexo anal, tener relaciones sexuales con UDVP e inyectarse en galerías (en las galerías al vendedor de la droga alquila la jeringuilla). Para mujeres los factores de riesgo fueron: ser UDVP o tener relaciones sexuales con un UDVP.

De los 27 pacientes seropositivos detectados por el estudio, se sabía su seropositividad al ingreso en 13 de ellos. Los médicos sólo detectaron a 1 paciente seropositivo en el resto de ingresos.

En los hombres tras ajustar para raza y edad se encontró una relación significativa entre ser seropositivo y ser UDVP, tener relaciones homosexuales, dedicarse a la prostitución, compartir jeringuillas (incluido ir a galerías para pincharse), tener relaciones sexuales con un UDVP y ser receptor de sexo anal. En las 15 mujeres del estudio no se han encontrado variables asociadas a la seropositividad de forma significativa.

- El estudio de Naber et al (1994), es otro estudio de serprevalencia no anónima en el que las cifras que obtenemos son las de los pacientes a los que se hizo test del VIH según el criterio de los clínicos que les atendieron, por lo tanto está basado en una revisión de historias clínicas.

Se realizó el test tras pedir consentimiento informado a 623 pacientes de los 12.603 pacientes ingresados desde 1985 en el Hospital Universitario de Munich. Los criterios para realizar el test fueron tener factores de riesgo para adquirir el VIH, presentar psicosis, déficit cognitivo, trastorno bipolar, otros trastornos que puedan aumentar los comportamientos de riesgo y en un 12,5% se hizo por propia iniciativa del paciente. Los criterios más frecuentemente usados fueron presencia de esquizofrenia y abuso de sustancias. Durante el ingreso a los pacientes se les preguntaba por la presencia de ciertos factores de riesgo como: ser UDVP, tener relaciones homosexuales, tener relaciones sexuales con alguna persona de riesgo, dedicarse a la prostitución o presencia de comportamiento promiscuo.

La media de edad de los 623 pacientes a los que se les hizo el test fue de 34 años. Había más hombres (60,5%) que mujeres. Los diagnósticos más frecuentes fueron: esquizofrenia (33,9%), abuso de cannabis, cocaína y opiodes (27,9%), dependencia a alcohol (9%), trastorno mental orgánico (7,5%), trastorno bipolar o depresión mayor (7,9%).

De los 623 pacientes a los que se les hizo el test 30 eran positivos (4,8%), de ellos, 25 ya eran positivos detectados antes de ingresar. De los cinco seropositivos detectados por primera vez, en dos de ellos había relación entre la situación serológica y la presencia de síntomas psiquiátricos. La prevalencia en pacientes con esquizofrenia es de 1,4% y entre pacientes que consumen sustancias 12,1%.

De los 30 seropositivos, 25 tenían una historia de UDVP, siendo en 21 de ellos el consumo de sustancias el principal diagnóstico. Aunque el grupo de riesgo más frecuente fue ser UDVP, el grupo que tenía más probabilidad de ser positivo fue el que se dedicaba a la prostitución.

No se recogió ningún factor de riesgo en un 57,5% de los 623 pacientes. De los 265 pacientes que sí tenían algún factor de riesgo 29 eran seropositivos (10,9%). El 15,7% de los pacientes del estudio tenían hepatitis (A, B ó C) o sífilis y en el caso de los seropositivos la cifra es del 36,7%. El 62,7% de los pacientes con hepatitis o sífilis pertenecen a grupos de riesgo.

- El estudio de Chen (1994), se realiza en dos hospitales de Taiwan, en el área de Taipei. El periodo de estudio fue del año. Se obtiene un 0% de seroprevalencia lo cual puede ser debido probablemente a la baja prevalencia del VIH en dicha área aunque también puede ser debido a una baja frecuencia de conductas de riesgo en dicha muestra. Al contrario que en otros estudios, es baja la frecuencia de comorbilidad de abuso de sustancias y presencia de trastorno psiquiátrico.

- El estudio de Stewart et al (1994) es un estudio de seroprevalencia anónima que se realiza en Baltimore. Se incluyeron durante el periodo de 1 año a aquellos pacientes psiquiátricos crónicos que tenían su primer contacto ambulatorio o bien un ingreso en un Hospital Estatal para pacientes psiquiátricos.

Un 5,8% fueron seropositivos. El 90% de los pacientes del estudio no sabía su situación serológica al ingreso, de ellos 4,1% resultaron ser seropositivos.

- Avins et al (1994) realizan un estudio sobre 888 pacientes heterosexuales que entraron consecutivamente en un programa de tratamiento para dejar el alcohol en cinco centros durante el periodo de octubre de 1990 a diciembre de 1991.

Existe cierto predominio en la muestra de pacientes de raza negra (51%) y de hombres (76%). La cooperación en el estudio fue del 68%.

La tasa de seroprevalencia fue de un 5%. No se encontraron diferencias en la seroprevalencia para las variables edad, sexo o raza. Los pacientes sin historia de ser UDVP tenían una prevalencia del 3% en el caso de hombres y del 4% en el caso de mujeres, lo cual es varias veces superior a la frecuencia para la población heterosexual en la comunidad de dicha área. Esto se debe seguramente a la alta frecuencia de conductas de riesgo que presentan dichos pacientes: un 54% tuvo múltiples relaciones sexuales en el año previo, un 97% de los pacientes no monógamos había tenido relaciones sexuales sin preservativo y la mayoría no preguntaba a sus compañeros sexuales recién conocidos por la realización de factores de riesgo en el pasado.

En definitiva los pacientes heterosexuales con problemas de alcohol tienen una prevalencia alta para el VIH, gran parte de la cual no está asociada a ser UDVP.

- Por último hay dos estudios realizados en España el primero fue una revisión de historias clínicas y el segundo es el estudio que se describe en esta

tesis. Ambos se realizaron en el Hospital Universitario San Carlos en la unidad de corta estancia para pacientes psiquiátricos.

El primero de ellos es una revisión de historias clínicas de los 652 pacientes ingresados durante el año 1991 a 1992 obteniéndose una cifra de seroprevalencia del 3,5%. Los diagnósticos más frecuentes de los pacientes de dicho estudio fueron: esquizofrenia (36,7%), abuso o dependencia de sustancias diferentes del alcohol (28,3%), dependencia a alcohol (3,3%), psicosis por estimulantes (10%), trastornos de personalidad (10%) (Ayuso et al, 1993).

Como resumen de los trabajos comentados se puede decir que la mayoría de los estudios de seroprevalencia en pacientes psiquiátricos se han llevado a cabo en Nueva York. De dichos trabajos 5 han sido realizados por dos equipos de investigadores, lo cual ha dado cierta homogeneidad a la metodología permitiendo mejores comparaciones. Se aprecia claramente como los estudios de seroprevalencia anónima dan cifras más bajas y similares entre si que los estudios en los que se han seleccionado los pacientes a los que se realiza o no la extracción. En los estudios en los que se selecciona a los pacientes por un lado se pierden seropositivos que no son detectados, y por otro al seleccionarse los pacientes de riesgo las cifras de seroprevalencia son altas. El sesgo de selección puede ser más o menos intenso lo que explica la mayor variabilidad en las cifras de seroprevalencia en los estudios no anónimos.

Tabla 20 Estudios de seroprevalencia en población psiquiátrica.					
AUTORES, Año y ciudad	TIPO DE PACIENTE	EDAD	METODO	PREVELENCIA	%*
Zamperetti, 1990, Milán	Pacientes ingresados en una unidad psiquiátrica		Rev. H.	31/475= <u>6.5%</u>	
Schleifer,1990 New Jersey.	Unidad de tratamiento para alcohol, abuso de alcohol sólo .	30-50	S.A.	3/68= <u>4.5 %</u>	100 %
	Unidad de tratamiento para alcohol, abuso de alcohol y antecedentes de UDVP actual o pasado.		S.A.	13/27= <u>48.1 %</u>	
	Unidad de tratamiento para alcohol, abuso de alcohol y otras drogas pero no antecedente de UDVP		S.A.	0/4= <u>0%</u>	
Cournos,1991 New York.	Una unidad de agudos (131 pacientes) y otra de crónicos (413 pacientes)	18-59	S.A.	6,3% agudos 5,2% cronicos Total:25/453= <u>5.5%</u>	83 % total
			Rev. H.	7/350= <u>1.5 %</u>	
Volavka, 1991 New York.	Hospital psiquiátrico para pacientes severamente o persistentemente enfermos 354 pacientes no anónimos más 11 seropositivos conocidos	No límite Media= 37±11	S.no.A.	37/365= <u>10.1%</u>	89%
	Hospital psiquiátrico. 150 pacientes anónimos	No límite Media= 39±112	S.A.	9/150= <u>6%</u>	
Sacks, 1992 New York	Unidad de agudos	18-55	S.A.	25/350=7%	91 %
			Rev. H.	17/350= <u>4.8 %</u>	
Ayuso, 1993 Madrid	Unidad de agudos	18-55	Rev. H	23/652= <u>3.5 %</u>	
Empfield,1993 New York.	Pacientes sin techo ingresados en una unidad de larga estancia psiquiátrica	18-59	S.A.	13/203= <u>6.4 %</u>	93,3 %
Meyer, 1993 New York	Pacientes de larga estancia en hospital psiquiátrico, excluidos abuso sustancias y demencias	18-59	S.A.	8/199= <u>4%</u>	84,3%
Susser,1993 New York	Albergue de hombres con un programa de atención psiquiátrica	> 18	Rev. H.	12/62= <u>19.4 %</u>	68 %
Mahler, 1994 New York	Unidad para rehabilitación de alcoholismo	18-55	S.A.	31/300= <u>10.3 %</u>	93,5 %
			Rev. H.	7/300= <u>2.3 %</u>	
Silberstein, 1994 New York	Unidad de hospitalización psiquiátrica de un hospital general, pacientes con cualquier diagnóstico psiquiatrico más abuso de sustancias	16-69 Media= 35,5	S.no A.	27/118= <u>22.9%</u>	90%
Naber, 1994 Munich	Hospital Psiquiátrico Universitario	34±5	S.no A.	30/623= <u>4.8%</u>	5%
Chen, 1994 Taiwan	Dos hospitales psiquiátricos		S.no A.	0/834= <u>0%</u>	
Stewart,1994 Baltimore	Enfermos mentales crónicos ingresados o ambulatorios		S.A.	31/533= <u>5.8%</u>	
Avins, 1994 San Francisco	Pacientes heterosexuales en 5 centros para tratar el alcoholismo		S. no A.	33/603= <u>5%</u>	

*% Es el porcentaje de pacientes a los que se pudo extraer muestra de sangre para ser incluidos en el estudio de seroprevalencia

10.2. Estudios de seroprevalencia en pacientes no psiquiátricos.

Existen otros grupos de riesgo no estrictamente psiquiátricos en los que puede haber una prevalencia de trastornos psiquiátricos mayor que en la población general, tal como UDVP, prostitutas, presos, clínicas de enfermedades de transmisión sexual, etc que se comentan a continuación y en la tabla 21. Nuestro objetivo no es realizar una revisión exhaustiva sino exponer unos cuantos ejemplos que sirvan para poner en perspectiva los hallazgos de los estudios en pacientes psiquiátricos.

Dentro de los estudios en pacientes no psiquiátricos merecen consideración especial los estudios diseñados para determinar la relación entre dar el consentimiento a un test para el VIH ofrecido por el investigador y ser seropositivo:

- El estudio de Behrendt et al (1994) es un estudio de seroprevalencia anónima que se realiza en una prisión de Maryland en el periodo de abril a junio de 1991. Las cifras de seroprevalencia que se obtuvieron fueron de 8,5% (7,9% para hombres y 15,3% para mujeres).

A parte de determinar la cifra de seroprevalencia, un segundo objetivo del estudio era determinar las características de los pacientes que aceptaban o rechazaban los test, con este fin se ofreció el test de forma voluntaria a los pacientes previamente a realizar el estudio de seroprevalencia y se vinculó su aceptación o no al resultado del estudio anónimo.

Sólo un 47% dieron su consentimiento. Aquellos a los que se hizo el test de forma voluntaria supusieron el 34% de los seropositivos identificados por el test anónimo. Los que rechazaron el test voluntario tenían 1,84 veces más probabilidades de estar infectados.

No había diferencias entre los que aceptaron y rechazaron el test para las variables factores de riesgo para adquirir el VIH consideradas, presencia de

infección actual por sífilis o UDVP. Las razones para no aceptar que les hicieran el test fueron creer que no tenían riesgo de haber contraído el VIH, temor de ser positivo y no tener interés.

- Otro estudio sobre el mismo tema es el de Groseclose et al (1994), que se realiza en este caso en dos clínicas de enfermedades de transmisión sexual en Baltimore. La metodología es similar al estudio anteriormente citado de Behrendt et al (1994). Se realizó un test anónimo a los 1.232 pacientes que eran atendidos en la clínica, a los que por otro lado se ofrecía asesoramiento y la posibilidad de realizarse el test. Finalmente se vincularon ambos resultados.

Los pacientes que rehusan hacerse el test voluntariamente tienen cifras de seroprevalencia al VIH más altas (7,8%) que los que aceptaron hacérselo voluntariamente (3,6%). Los pacientes que rehusan hacerse el test tienen de forma significativa un test para el VIH previo. Se encontraron diferencias entre los resultados referidos por los pacientes que dijeron haberse realizado el test ya fueran positivos, negativos y los que se obtuvieron con el test anónimo.

- Jones et al (1993) realizan un estudio durante el periodo del 9 de enero al 1 de junio de 1989 en una clínica de enfermedades de transmisión sexual para evaluar la situación serológica de los pacientes que rechazan hacerse el test del VIH. La metodología es similar a los estudios anteriores, en este caso se aprovechó una extracción rutinaria para la detección de sífilis.

Los pacientes que rechazaron hacerse el test tenían 2,2 veces más probabilidades de ser HIV positivo que los que lo aceptaban según los resultados del estudio anónimo. La principal razón para rechazar el test fue que no creían tener riesgo de estar infectados.

- En dos clínicas de metadona de California Reardon J et al (1993), ofrecieron hacerse el test de forma voluntaria o confidencial a los pacientes que allí ingresaban. Se les pudo hacer el test de forma confidencial a 810 pacientes y

lo rechazaron 210. De los 810 que se hicieron el test 105 eran positivos (13%). Se hicieron el test voluntariamente 507 pacientes (62,6%), la seroprevalencia en dicho grupo fue del 3,5%, es decir cuatro veces más baja que en el grupo total. A los pacientes que están infectados no les importa que el test no sea confidencial, quizás porque el 55,2% de ellos ya sabían que estaban infectados.

Los estudios de Behrendt et al (1994), Groseclose et al (1994), Jones et al (1993), Reardon J et al (1993) analizados en las líneas precedentes refuerzan la impresión de que los test voluntarios en muestras seleccionadas por los investigadores suelen dar estimaciones más bajas que las reales. Por el contrario como ya hemos visto en otra parte de esta introducción, si la muestra no es seleccionada por el investigador sino que acude a un programa de test voluntarios por propia iniciativa las cifras salen mayores de las reales.

Tabla 21. Algunos estudios de seroprevalencia en pacientes no psiquiátricos.			
Autor, año y área	Tamaño de la muestra	Características	Seroprevalencia
Lima ES et al, 1994; Río de Janeiro	123	UDVP de cocaína	34%
Boles J, 1994; Atlanta	53	Travestidos que se dedican a la prostitución en tres áreas	Según el área : 81,1%, 62,5% y 12,5%
Raiteri R, 1994; Turín	181	Lesbianas	6,1%
Morris, 1994; New York		Homosexuales jóvenes contra mayores	Jóvenes 25% Mayores 65%
Stark K, 1993; Berlín	472	UDVP Centros de tratamiento Unidades ambulatorias clínicas de ETS	6% 20% 56%
Pape J, 1993; Haití		Áreas urbanas Áreas rurales	10% 5%
DesJarlais DC, 1994; New York	1115	UDVP	50%

Queda por dilucidar la cuestión de si la información respecto a su situación serológica que nos dan los pacientes es fiable. Los motivos para no dar adecuada información pueden ser entre otros: fallos de memoria, estar bajo los efectos del consumo o de la abstinencia de drogas, no deseo del paciente, desconfianza, ventajas o beneficios esperables, etc (Harrell, 1985). Algunas investigaciones con pacientes consumidores de drogas muestran en algunos casos buen acuerdo entre lo que los pacientes refieren y los registros reales (Stephens, 1972; Bonito et al, 1976) si bien este hallazgo no es universal (Smart & Jarvis, 1981). McCusker et al (1992), ha realizado quizás la investigación más extensa sobre este tema, usando como muestra los pacientes que pedían que les hicieran el test del VIH en dos clínicas y dos centros comunitarios de dos ciudades diferentes, así como los pacientes de una cárcel de hombres y tres programas para tratamiento de drogas. En total fueron incluidos 2304 pacientes, de los que 31 (33%) eran UDVP recientes y el 22% estaban siguiendo un tratamiento para su adicción a las drogas. La muestra de McCusker consistió en los 326 pacientes que por algún motivo fueron reentrevistados en los mismos u otros centros, en general estos 326 pacientes habían sido antes UDVP (70%) o habían estado en los centros para tratamiento de drogas (41%). Un 6% (21 pacientes) dijeron que no les habían hecho el test antes y un 10% (32 pacientes) dijeron que no se acordaban del resultado del test. De los 243 que dijeron ser seronegativos 6 dieron resultados falsos frente a 3 de los 30 seropositivos, lo que da un valor predictivo del 98% para un resultado referido como negativo y de un 90% para un resultado positivo. Estos resultados apoyan el que se puedan usar como válidos lo que los pacientes refieren en determinadas situaciones.

11. PROGRAMAS DE PREVENCION DEL VIH EN EL PACIENTE PSIQUIATRICO.

Desde que han aparecido estudios demostrando la posible eficacia del tratamiento médico en las fases iniciales de la infección (Friedland, 1990; Volberding et al, 1990) se ha potenciado la realización de pruebas serológicas a

los pacientes en riesgo de contraer la enfermedad (Center for Disease Control, 1987).

La presencia del VIH junto a un trastorno psiquiátrico puede alterar la presentación y respuesta al tratamiento de dicho trastorno psiquiátrico o bien puede provocar por si mismo un trastorno psiquiátrico, por lo que es conveniente en ocasiones realizar una determinación de VIH (Perry, 1990). Sin embargo muchas personas en riesgo de estar infectadas no se han realizado la prueba del VIH (Center for Disease Control, 1989). En los hospitales psiquiátricos con frecuencia los pacientes seropositivos no son detectados durante el ingreso (Valovka et al, 1991; Cournos et al, 1991; Sacks MH et al, 1990).

En el caso de los pacientes psiquiátricos los problemas para realizar la prueba del VIH son:

a.- Estado psíquico excesivamente deteriorado para:

- poder informar al paciente sobre factores de riesgo
- para dar un consentimiento informado
- para recibir un adecuado apoyo e información previo y posterior a la prueba

b.- Rechazo a la realización de la prueba por temor a falta de confidencialidad y a los problemas que representaría comunicar un resultado positivo a terceras partes que pudieran estar en riesgo por medio del paciente.

La epidemia del SIDA requiere la inclusión de nuevas preguntas en las valoraciones de rutina de los pacientes psiquiátricos. Las preguntas deben ser acerca del uso de preservativo, abuso de drogas, compartir jeringuillas, enfermedades de transmisión sexual, tipo y frecuencia de relaciones sexuales, compañeros sexuales pertenecientes a grupos de riesgo, abusos sexuales etc. Esta valoración se debe hacer en el primer contacto a todos los pacientes ya ingresados o ambulatorios e independientemente de su edad (Shernoff, 1988; Cournos et al, 1989). Se deben dar explicaciones claras del motivo de las preguntas para favorecer la cooperación. Tanto el paciente como el médico salen beneficiados, el paciente que ha oído algo acerca del SIDA puede obtener en este

momento mejor información y el psiquiatra aprende de las conductas de riesgo y el estilo de vida de sus pacientes.

El cambio de conductas para reducir el riesgo de adquirir el VIH es un proceso lento incluso en población sana (Joseph et al, 1987; Siegel et al, 1988; Stall et al, 1988). Desde que se identificaron los modos de transmisión se puso la esperanza en que los programas educativos reducirían los comportamientos de riesgo pero esto no se ha producido hasta el nivel esperado.

A pesar de la drástica reducción de comportamientos de riesgo en homosexuales en países donde se han realizado campañas informativas (Coates et al, 1989; Fox et al, 1987; McCusker et al, 1988) un análisis detallado de los estudios muestra que aún hay un 20% de homosexuales que tienen comportamientos de alto riesgo a pesar de estar bien informados. Teniendo en cuenta que son estudios con pacientes voluntarios que normalmente están mejor informados, la situación en el resto de los homosexuales no es mejor. Los UDVP son aun más descuidados en sus prácticas de riesgo sexual y raramente informan a sus parejas de su seropositividad (Friedland et al, 1985; DesJarlais et al, 1984).

No debe sorprendernos la falta de respuesta a las campañas educativas. No han sido eficaces para conseguir que por ejemplo se usen los cinturones de seguridad, se hagan revisiones periódicas de la presión arterial, se tomen las medicinas tal y como se prescribieron, se tomen dietas bajas en grasa, se deje de fumar o se limite el uso del alcohol. Estas campañas son eficaces durante un periodo de tiempo variable según la intensidad de la campaña y luego su eficacia declina. Cuando las consecuencias del comportamiento están muy alejadas en el tiempo, cuando los comportamientos son persistentes, egosintónicos, autoreforzadores y dominados por impulsos biológicos, la educación por si sola no consigue erradicarlos.

La eficacia de la educación es menor cuando la población a la que queremos que llegue la información está marginada y es de nivel socioeconómico bajo y por tanto está más alejada de los medios de comunicación, que son vistos como parte integrante de un sistema que les ha marginado. Desgraciadamente

muchos pacientes psiquiátricos están en esta situación. Es por ello que en esta población las campañas de educación en el VIH son aun menos eficaces (Clearly et al, 1986). Sin embargo esto no debe promover que tratemos a los pacientes psiquiátricos de forma especial. Se deberían aplicar a los pacientes psiquiátricos los métodos que han sido eficaces en la reducción de las conductas de riesgo en otros grupos de riesgo (Kell et al, 1989). Todos los médicos tienen la responsabilidad de difundir medidas de prevención sobre el VIH entre sus pacientes ya que la mayoría de las personas infectadas no saben que lo están (Center for Disease Control, 1987).

La epidemia a desbordado la capacidad de reacción de muchas unidades de manera que en los centros para tratamiento de enfermos mentales habitualmente no se informa a los pacientes sobre prevención sexual o no se pregunta por conductas para adquirir el VIH de forma rutinaria (Arras, 1988; Treiber et al, 1987; Link et al, 1987; Imperato et al, 1987; Imperato et al 1988; O'Donnell & O'Donnell, 1987; Douglas et al, 1985; Ross, 1988; Cooke, 1988). En algunos países incluso se ha encontrado oposición por parte de los profesionales alegando problemas éticos o exceso de trabajo (Carlson et al, 1989; Test & Berlin, 1981; Wasow, 1980).

11.1. Programa para la prevención del VIH en enfermos psiquiátricos. Asesoramiento pre- y post-test.

El asesoramiento (counselling) pretende como primer objetivo proveer de adecuada información a las personas de manera que se eviten conductas de riesgo para adquirir la infección. El asesoramiento debería reducir la ansiedad, la depresión, los impulsos autodestructivos y el estrés asociado a la realización del test.

Es improbable que una sola sesión de asesoramiento consiga cambios duraderos. El asesoramiento debe ser individualizado, no debe ser una lectura o un rutina inflexible ante las necesidades de los que reciben el asesoramiento.

Debe hacerse adaptándose al nivel cultural y a la capacidad cognitiva del paciente, en un lenguaje comprensible y con cuidado de respetar las opciones individuales de conducta sexual.

11.1.1.- Asesoramiento pre-test.

1. Educación. Se debe usar la información disponible sobre epidemiología, rutas de transmisión, métodos para reducir el riesgo de transmisión (tabla 22) así como una explicación sobre el significado de los resultados del test del VIH (tabla 17).

2. Reducción del riesgo. Se debe abordar un plan para reducir las conductas de riesgo, ajustado a las necesidades y capacidades del paciente, de manera que el plan sea realista. Se debe prestar atención a los intentos previos para reducir los comportamientos de riesgo para determinar la causa del fracaso.

3. Historia sexual. Se debe empezar explicando al paciente que para obtener toda la información necesaria se le va a preguntar por una serie de cuestiones que pueden darle vergüenza o que le pueden traer malos recuerdos, se le pide que intente responder lo mejor posible pudiendo no contestar a alguna pregunta si no lo desea y recordándole que la entrevista es confidencial.

Tabla 22. Conceptos a transmitir pretest.

1. El SIDA es causado por un virus llamado virus de la inmunodeficiencia humana o VIH.
2. El VIH infecta al cuerpo y gradualmente altera el sistema inmunológico.
3. El VIH se transmite por el intercambio de sangre, semen y posiblemente secreciones vaginales durante las relaciones sexuales.
4. El virus del SIDA no se transmite por un contacto del tipo de saludar a otra persona, toses, estornudos, compartir baños, así como otro tipo de contactos en los que no se pueda transmitir sangre, semen o fluidos vaginales. Se debe evitar el contacto estrecho de piel con lesiones como cortes o dermatitis con alguno de los líquidos corporales ya mencionados. No se debe usar cepillos de dientes o afeitadoras de otras personas.
4. Explicar el concepto de comportamientos de alto y bajo riesgo.
5. El intercambio de jeringuillas equivale al intercambio de sangre y por consiguiente favorece mucho transmisión del VIH, por lo que no hay que compartir, intercambiar jeringuillas o usar jeringuillas de otros o encontradas en la calle.
6. Antes de 1985 se podía transmitir el virus a través de las transfusiones de sangre porque no se realizaban análisis a las donaciones de sangre, ahora se hace a todas las donaciones.
7. Las mujeres infectadas con el virus pueden transmitir el virus a sus hijos durante el embarazo, el parto o la lactancia
9. La monogamia con personas que se sabe que no están infectadas es la mejor protección contra la transmisión vía sexual. La protección absoluta para la vía sexual sólo se podría conseguir con la abstinencia de relaciones sexuales con otras personas. El besarse y acariciarse son las prácticas con menos riesgo. Si tienen relaciones sexuales con personas que no son su pareja use preservativos. Evite el sexo oral sin preservativo.
10. Cuantas más parejas se tienen mayor es el riesgo de transmisión del virus pero podría transmitirse con tan solo una relación sexual con una persona infectada.
11. Hay que evitar tener relaciones sexuales con personas que tienen el SIDA, que están infectadas o que están realizando conductas de riesgo para transmitir el VIH, por ejemplo prostitutas y otras personas que tengan relaciones sexuales con muchas parejas diferentes, personas que se pinchan drogas etc...
12. El uso de preservativo durante las relaciones sexuales disminuye el riesgo de transmisión del VIH, aunque no lo impide por completo. Lavarse tras la relación sexual no evita la transmisión.
13. Se deben evitar las relaciones sexuales que por ser más agresivas produzcan pequeñas heridas en los órganos sexuales.

4. Historia de consumo de sustancias.

Las personas que usan drogas especialmente UDVP, pueden hacerse el test pero no volver a recoger los resultados o a realizar un asesoramiento post-test. El consumo de drogas y obtener el dinero puede absorberles completamente y además suele haber un rechazo al contacto con instituciones, por lo que es muy difícil cambiar sus comportamientos sin una intervención intensa. Normalmente no dejan sus comportamientos de riesgo porque son un fuente de ingresos (prostitución) o ayudan a mantener su imagen de fuerza (no usar preservativos en hombres) y refuerzan los contactos de la calle (compartir jeringuillas).

Se puede aprovechar el deseo frecuente de dejar el consumo de sustancias que muchos que resultan positivos tienen ante el temor a seguir perjudicándose

o como forma de "expiar la culpa" de sus conductas anteriores. El 50% de las mujeres UDVP deciden finalizar su embarazo (Selwin et al, 1989). Las mujeres embarazadas se muestran más interesadas por su salud y la del niño y por la respuesta de amigos y familia que el resto de UDVP por lo que se debe aprovechar esta circunstancia para mejorar su calidad de vida y la de su hijo proveyendo de cuidados y favoreciendo la salida del consumo de drogas.

Tras realizar esta sesión de asesoramiento pre-test, el clínico debería poder saber:

- Porqué desea realizarse el test.
- Cuándo se expuso.
- Cómo se expuso.
- El riesgo de que esté infectado.

El paciente debe decidir finalmente si se va a hacer el test. En el caso de que el asesorador considere que el paciente debería hacerse el test en contra de la decisión tomada por el paciente de no hacérselo se le debería revisar toda la información para que reconsidere la decisión e incluso volver a darle otra cita. Si decide hacerse el test se le debe empezar a hacer pensar en cual sería su reacción si fuera positivo, qué haría, a quien se lo comunicaría, etc.

11.1.2.- Asesoramiento post-test.

La comunicación se debe realizar cara a cara, tan pronto como sea posible y de forma clara.

Se debe determinar:

- si la persona ha comprendido lo que significa el resultado del test.
- la posibilidad de que siga realizando conductas de riesgo.
- la situación socioeconómica en que queda el paciente.
- la necesidad de tratamiento médico o psiquiátrico o ayuda social.

- la posibilidad de comunicación del resultado a otras personas.

Se debe informar a los pacientes sobre:

- posibilidades de obtener ayuda médica o social.
- la importancia de comunicar los resultados a otras personas.

Las reacciones pueden ser desde romper en sollozos hasta una franca hostilidad. Las reacciones que se presentan son similares a las comunicadas para los pacientes que saben que tienen cáncer o una enfermedad grave (tabla 23).

Durante meses los pacientes pueden presentar síntomas de tipo depresivo o de gran irritabilidad y ansiedad. En ocasiones presentan cuadros que cumplen criterios de depresión. Un 20% de los diagnosticados como infectados por el VIH consideran la posibilidad del suicidio (Sarti, 1990).

Se debe reevaluar a los pacientes en diferentes sesiones de asesoramiento para mantener un seguimiento y conseguir que se mantengan los cambios en las conductas de riesgo.

Tabla 23. Estadios del afrontamiento de una mala noticia del tipo comunicación de enfermedad terminal.

	Interpretación, verbalización	Estadio
Negación y aislamiento	No, no a mi.	1
Enfado o ira	Porqué a mi?	2
Pacto o negociación	Hagamos un trato (Dios)	3
Depresión	Me faltan cosas por hacer	4
Aceptación	Falta de sentimientos	5

Estos son los cinco estadios presentados por Elizabeth Kubler-Ross en su libro *On Death and Dying* (1969). Las personas pasan por estos estadios, coexistiendo normalmente varios y persistiendo siempre una esperanza en la recuperación. En ocasiones alcanzan el último estadio que supone una resignación.

11.2. Prevención

La prevención de la transmisión del VIH es la única medida en el momento actual que puede parar la epidemia ya que no hay terapia curativa eficaz, ni vacunas.

Las medidas educativas son eficaces como se demostró tras la aplicación de programas educativos entre homosexuales de San Francisco consiguiendo que el porcentaje de infectados entre homosexuales bajara de un 10-20% a un 1% en 1983 (Clement, 1993), si bien los cambios son lentos y en ocasiones de corta duración.

A veces las campañas no se realizan adecuadamente por que se piensa que el SIDA sólo afecta a determinados colectivos, cuando en realidad está asociada a ciertos comportamientos que pueden estar más o menos presentes según qué colectivos. Esto ha creado una falsa sensación de seguridad al crearse dos grupos: "nosotros" (los no infectados ahora y nunca) y "ellos" (los que ya están infectados o que lo estarán independientemente de lo que se haga) que ha hecho bajar la presión sobre la necesidad de campañas. Es cierto que determinados colectivos son menos receptivos a cambiar sus conductas de riesgo porque dichas conductas son su manera de conseguir sobrevivir (prostitución) o el motor de su conducta (adicciones).

A parte de las recomendaciones ya detalladas en la sección sobre educación en el asesoramiento pre-test (tabla), habría que añadir dos más para el público general y otras para el profesional sanitario.

Para el público en general se recomiendan dos recomendaciones extra:

1. Si está pensando en recibir semen de donaciones anónimas, hay que confirmar que a los donantes se les haya realizado un test en el momento de la donación y 6 meses después.

2. Si va a sufrir un proceso quirúrgico debería considerar donar anticipadamente su propia sangre por si fuera necesaria durante su operación. De

esta manera eliminará el mínimo riesgo que podría haber de transmisión del VIH u otros virus como el de la hepatitis B.

En el caso de personal sanitario a parte de las recomendaciones del público en general se recomienda:

1. Manejar cualquier instrumento cortante con cuidado considerándolo potencialmente infectivo.

2. Los instrumentos cortantes deben ser almacenados en contenedores resistentes a las perforaciones por pinchazos que deben estar lo más cerca posible de donde se usan dichos instrumentos. Para evitar pinchazos accidentales se debe evitar manipular las agujas usadas por lo cual no es conveniente doblarlas, ponerles la funda de plástico a la aguja o incluso quitarlas de las jeringuillas desechables.

4. Se deben usar guantes, mascarillas, batas y protectores oculares en procedimientos que supongan un contacto estrecho con sangre o fluidos potencialmente contaminantes. Las manos se deben lavar inmediatamente tras el contacto con sangre. Los guantes se deben usar al obtener muestras, extraer sangre o en tactos vaginales y de la zona perineo-rectal.

5. Para disminuir el riesgo de las maniobras de resucitación cardiopulmonar se debe tener siempre a mano aparatos de ventilación ya manuales o mecánicos.

Estas recomendaciones para el personal sanitario se complementan con las llamadas "Precauciones universales" y las medidas para el "aislamiento de sangre y sustancias corporales" (Blood and Body Substance Isolation).

Las precauciones universales se desarrollaron en 1976 cuando se recomendaron por primera vez para la prevención de la hepatitis B medidas de tipo barrera. En 1983 la CDC publicó su guía para precauciones de tipo aislamiento en hospitales (Guidelines for Isolation Precautions in Hospitals) que tenía una sección para el manejo de derivados sanguíneos cuando se sospechaba que hubiera patógenos de transmisión sanguínea. En 1987 la CDC publicó sus recomendaciones para la prevención de la transmisión del VIH en centro

sanitarios (Recommendations for Prevention of HIV Transmission in Health-Care Settings). En dichas recomendaciones ya no se recomendaba tratar con cuidado la sangre de los pacientes sospechosos de estar infectados, sino que se pasaba a tratar cualquier muestra de sangre o derivados con las mismas precauciones, asumiendo que todas las muestras son potencialmente infecciosas. El objeto de las precauciones universales es el de evitar la transmisión a través de mucosas, de soluciones de continuidad en la piel o vía parenteral. En 1991 la CDC publicó una serie de recomendaciones suplementarias. En la tabla 24 se encuentra un resumen de dichas recomendaciones.

Tabla 24. Precauciones universales

Definición.

Las precauciones universales son una serie de medidas de control de infecciones en el que se utilizan medidas de tipo barrera (guantes, máscaras, batas etc... antes del contacto con sangre y ciertos fluidos de todos los pacientes ya que la mayoría de los infectados están asintomáticos. El objeto es reducir el riesgo de transmisión parenteral, a través de mucosas o de soluciones de continuidad en la piel.

1. Las manos y la piel deben ser lavadas cuidadosamente tras un contacto con sangre o ciertos fluidos.

2. Hay que tener cuidado especialmente en prevenir pinchazos accidentales.

3. Se deben tener a mano aparatos de resucitación cardiopulmonar cuando se prevea que su uso pueda ser necesario.

4. Las personas que atienden enfermos y presentan lesiones o dermatitis exudativa en piel deben abstenerse de cuidar enfermos hasta que mejore su condición.

Fluidos a los que se debe aplicar esta normativa.

Se ha demostrado la transmisión para el caso de sangre, secreciones vaginales y semen, el resto salvo los fluidos que contienen sangre visible son un riesgo teórico.

a. Sangre

b. Semen

c. Secreciones vaginales

d. Líquido cefalorraquídeo

e. Líquido amniótico

f. Líquido sinovial

g. Líquido pleural

h. Líquido peritoneal

i. Líquido pericárdico

j. Otros fluidos y secreciones con presencia de sangre visible salvo en el caso de heces, orina, saliva, esputo, lágrimas, secreciones nasales, sudor.

11.3. Guía de actuación en las unidades psiquiátricas sobre la infección por VIH. Aspectos éticos.

Las unidades psiquiátricas son ideales para la identificación de personas en riesgo de contraer la infección, de manera que se puedan iniciar la educación sobre medidas preventivas, así como una intervención y tratamiento precoz.

Algunos psiquiatras defienden que se debería realizar el test y el asesoramiento de forma obligatoria a todos los pacientes psiquiátricos por considerarlos un grupo de riesgo (Strain J & Forstein M, 1991). Se ha descrito previamente en esta intruducción de forma extensa los pros y contras de estas medidas. En resumen los argumentos para oponerse a esta medida han sido variados: existencia de falsos positivos, sensación de falsa seguridad en los negativos debido a que están en periodo de ventana para los anticuerpos, el hecho de que el nivel socioeconómico bajo y la situación marginal que padecen muchos pacientes psiquiátricos hace que las personas que más posibilidades de ser positivas tienen menos posibilidades de beneficiarse de dicha comunicación y más posibilidades de sufrir discriminación. Por último hay que tener en cuenta el que las unidades no están a veces preparadas para ofrecer ayuda psicológica tras la notificación de seropositividad. Una postura más realista es la de hacer un mayor esfuerzo en identificar presencia de factores de riesgo en los pacientes y pedir la realización del test a aquellos que tienen más conductas de riesgo.

En algunos países se han establecido normas de actuación para pacientes ingresados que podrían ser trasladables a nuestro país. Las normas dictadas por la APA advierten de la necesidad de que el psiquiatra ayude a prevenir la transmisión de la infección por VIH respetando la confidencialidad y los derechos de los pacientes infectados. Además el psiquiatra debe proveer de asesoramiento, educación y cualquier otro tipo de intervención que aumente la calidad de vida. Para conseguir estos objetivos se han propuesto unas recomendaciones respecto al cuidado, confidencialidad y otros aspectos legales y protección del personal sanitario y pacientes.

Respecto al cuidado de los pacientes, se recomienda:

- Tratar a los pacientes infectados de la misma manera que a los demás pacientes,
- La realización del test se debe decidir caso por caso cuando esté médicamente indicado y con consentimiento informado. No se debe hacer de forma rutinaria o sólo para información de los médicos.

- No sólo se debe realizar el tratamiento de la enfermedad psiquiátrica. También se debe realizar asesoramiento sobre cómo reducir las conductas de riesgo para contraer la enfermedad y se debe dar información sobre los tratamientos médicos para la infección por VIH y sus complicaciones.

- Se debe hacer lo posible para que no se produzcan prácticas de riesgo durante el ingreso. Si se quiere informar sobre la probabilidad de que el paciente tenga conductas de riesgo una vez dado de alta, se debe hacer en un informe por separado.

- Es inapropiado retener o no dar de alta a un paciente porque con su comportamiento puede poner en peligro de infección a otros si dicho comportamiento no es debido a un trastorno mental específico.

Respecto a la confidencialidad y a otros aspectos legales, se recomienda que se intente preservar al máximo la confidencialidad de los datos. Sólo se debe revelar el estado serológico del paciente al personal directamente involucrado en el cuidado del paciente para fines de diagnóstico, tratamiento y manejo. Se deben tener en cuenta las legislaciones locales a cerca de revelar la situación serológica del paciente. El paciente debe ser informado de la política del hospital respecto al manejo de la información sobre su situación serológica antes del ingreso si ya sabe que es positivo o antes de realizar el test si su situación serológica es desconocida.

Respecto a la protección del personal y de los pacientes, las recomendaciones son las siguientes:

- A pesar de la baja infectividad del virus hay que intentar reducir los riesgos de infección desde un paciente infectado.

- Todos los pacientes y el personal sanitario debe ser considerado población susceptible de recibir o transmitir el VIH. Se deben seguir las siguientes normas básicas:

- a. se deben implantar medidas preventivas y de control sobre enfermedades transmisibles.

- b. se deben controlar eficazmente las alteraciones afectivas, cognitivas y de comportamiento para reducir los riesgos en pacientes y personal sanitario.
- c. se deben implantar servicios de educación y apoyo para familiares, pacientes y personal.

- El médico responsable de cada paciente debe asegurarse que ningún paciente adopta comportamientos de riesgo para transmitir el VIH, independientemente de su estado serológico. Si un paciente adopta comportamientos de riesgo para transmitir la infección o amenaza con iniciarlos, se deben adoptar los pasos necesarios para evitarlo, incluso se le puede aislar y realizar sujeciones físicas. El advertir a otros pacientes de la situación serológica de un paciente determinado no puede sustituir a las medidas que se proponen en estas recomendaciones.

- Si alguien del personal sanitario o un paciente tiene contacto con algún fluido corporal por el que se pueda transmitir el VIH, se debe proporcionar una asistencia psiquiátrica adecuada para afrontar al ansiedad u otras consecuencias de la exposición al VIH u otros agentes infecciosos y se debe informar a las personas presuntamente infectadas sobre la posibilidad de exponer a otros así como de los riesgos y beneficios de realizarse el test del VIH.

- d. Para determinar de forma rápida si ha habido transmisión la reacción de la cadena de polimerasa en la persona expuesta es el medio más deseable.
- e. Si el contacto ha sido muy significativo, convendría realizar el test a la fuente de la infección.
- f. La realización del test sólo a la persona sospechosa de transmitir la infección no es adecuada, ya que un resultado negativo no significa nada seguro, debido al tiempo que pasa hasta la seroconversión desde la infección y porque puede haber contraindicaciones clínicas o médico-legales para realizar el test.

La institución al cargo o que emplea a la persona que puede haber transmitido la infección o a la persona expuesta, es la que es responsable de realizar la intervención más apropiada.

12. CONCLUSIONES DE LA INTRODUCCION Y JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION.

Como ya se ha comentado, el SIDA es la primera epidemia mundial debida a un nuevo agente infeccioso desde hace una generación. Esto ha hecho que fuera, al menos para la opinión pública, algo imprevisto, ya que se pensaba que la época de los agentes infecciosos había pasado y que éstos no debían ser considerados una amenaza. En los inicios de la mayoría de las epidemias se genera una gran alarma social por el temor a ser víctima de ella, dicho temor aumenta con el habitual desconocimiento del agente causal y por consiguiente de las medidas de prevención. El temor a caer enfermo genera un rechazo a aproximarse a los enfermos, incluso de la propia familia, por parte de la mayoría de la población. Una constante en todas la epidemias la búsqueda de grupos que se consideran de riesgo (por ser en ellos más prevalente la infección) apareciendo a continuación movimientos sociales que tienden a aislar y marginar a los grupos de riesgo y a los ya infectados. Incluso cuando se conocen las conductas de riesgo se siguen marginando a los grupos considerados de riesgo, pasando a un segundo plano que lo importante son las conductas de riesgo para contraer la enfermedad, ya que los grupos de riesgo pueden cambiar, como de hecho lo están haciendo en la epidemia del SIDA. Las medidas de aislamiento, quizá sean eficaces en enfermedades como las de transmisión aérea, pero no lo son para esta enfermedad. La solución debe ser médica y de apoyo social a los afectados. En el momento presente la actividad científica ha logrado identificar el agente causal rápidamente y ya se pueden proporcionar tratamientos paliativos, por lo que se debe seguir investigando y aportando medidas de apoyo social a los afectados a la espera de otros avances científicos.

La epidemia del SIDA ha tenido un crecimiento exponencial en todo el mundo y de forma llamativa en nuestro país, en el que a pesar de que la epidemia empezó más tarde, el crecimiento ha sido tan rápido que ahora somos el

país europeo con mayor incidencia de casos comunicados de SIDA (1 por 10.000 habitantes y año) y tenemos el mayor número de casos de SIDA acumulados. Madrid destaca por su elevada incidencia de casos de SIDA comunicados dentro del conjunto nacional (3 casos por 10.000 habitantes y año).

Al principio de la epidemia se identificaron como grupos de riesgo los homosexuales masculinos y los hemofílicos. Posteriormente se añadieron los pacientes que recibieron transfusiones antes de tener el test del VIH (1985), las personas que compartían jeringuillas, las personas con relaciones sexuales con infectados y el personal sanitario que se había pinchado o había expuesto una solución de continuidad de su piel o mucosas a la sangre de un infectado. Más tarde se comprobó que ciertos grupos, tales como: prostitutas, presos, pacientes psiquiátricos, etc, tenían más conductas de riesgo y que de hecho servían como reservorio de la enfermedad al ser más difícil que pudieran adquirir información sobre normas preventivas, o que pudieran cambiar sus conductas de riesgo.

Los pacientes psiquiátricos han demostrado, al menos en literatura anglosajona, ser un grupo de riesgo para adquirir el VIH debido a varios factores que se exponen a continuación. El primero puede ser la presencia comórbida de abuso y dependencia de sustancias, el cual está asociado a intercambio de jeringuillas entre UDVP y a conductas sexuales de riesgo. Las conductas sexuales de riesgo en usuarios de drogas se realizan ya por estar bajo los efectos de la droga, ya como manera para obtener dinero para poder conseguir más droga. En cualquier caso en estas situaciones se olvidan las medidas preventivas. Algunos pacientes psiquiátricos, sobre todo los que tienen trastornos más severos, como psicosis de tipo esquizofrénico, trastornos mentales orgánicos o algunos trastornos de personalidad, se encuentran en situaciones de marginalidad o de bajo nivel socioeconómico, lo cual les obliga para poder sobrevivir o bien forzados por otras personas, a exponerse a situaciones de riesgo para adquirir el VIH (por ejemplo la prostitución). Además la marginalidad hace que los individuos se encuentren muy alejados de los medios de comunicación e instituciones por lo que la información sobre medidas preventivas no les llega, o bien no es bien

recibida por venir de unas instituciones a las que se considera responsables de la propia marginalidad y abandono. Algunos pacientes psiquiátricos tienen alteraciones cognitivas o del juicio de la realidad transitorias o persistentes que les impiden entender los riesgos de infección que conllevan ciertas conductas. La presencia de abuso infantil es más frecuente en los pacientes psiquiátricos que en el población general y está asociada a alteraciones de la esfera sexual en la vida adulta lo que puede aumentar el riesgo de contagio por el VIH. En ocasiones las conductas sexuales se hacen sin protección por realizarse dentro de las unidades de internamiento psiquiátricas, en las cuales no se suministran preservativos o similares al estar habitualmente prohibidas las relaciones sexuales. Todos estos factores tienen mayor impacto si consideramos que en muchos pacientes psiquiátricos los trastornos hacen aparición en fases de la vida de pleno funcionamiento sexual.

El siguiente paso tras comprobar que un grupo de pacientes tiene conductas de riesgo es determinar cuál es el porcentaje de infectados para poder determinar el impacto real de la epidemia en este grupo y poder determinar la evolución comparando con medidas de prevalencia previas y posteriores. La notificación de casos de SIDA es una medida que nos dice poco de la situación actual de la epidemia, ya que desde que un paciente se infecta hasta que desarrolla el SIDA pueden pasar hasta 10 años. Las autoridades sanitarias de diversos países propusieron diversos procedimientos para determinar la seroprevalencia en la población general y subpoblaciones específicas, descartándose al cabo de un tiempo por motivos éticos, políticos o científicos aquellos procedimientos que pretendían realizar el test de forma voluntaria o aquellos que pretendían hacer el test de forma obligatoria. Las razones científicas fueron debidas a los sesgos de selección que hacían subir la seroprevalencia en los estudios de voluntarios seleccionados por el investigador o que la hacían bajar en los estudios en los que se pedían voluntarios sin poner condiciones o se pretendía hacer el estudio de forma obligatoria. En aquellos países en los que se presta mayor atención a determinar la evolución de la

epidemia se han apoyado finalmente los estudios de seroprevalencia anónima y también aquellos estudios de serovigilancia en los que el paciente es comunicado al centro de serovigilancia como caso y no como individuo identificable. En ambos estudios se pretende saber cuántos pacientes hay infectados con la condición de que no se pueda identificar a los pacientes infectados, Para ello se emplea una metodología especial y los datos que se ligan al resultado del test son pocos de manera que no se pueda identificar a los seropositivos. Además estos estudios por su diseño no impiden que se le puedan hacer otras pruebas del VIH si el médico que atiende al paciente lo cree necesario, ni que reciba el adecuado asesoramiento o tratamiento pre-test y pos-test. En definitiva estos estudios no privan al paciente de ninguno de sus derechos ni entran en colisión con los aspectos éticos de la identificación de pacientes seropositivos. Es por todas estas consideraciones que dichos estudios han sido avalados por diferentes comités éticos internacionales y por la OMS.

La comprobación mediante una revisión de historias clínicas de que la seroprevalencia detectada a lo largo de los años 1991-1992 por los médicos que atendían a los pacientes fue de un 3,5%, añadida a los datos de un estudio previo en nuestro hospital que mostraba una alta frecuencia de conductas de riesgo para adquirir el VIH en los pacientes psiquiátricos (Ayuso et al, 1993) nos animó a diseñar un estudio de seroprevalencia anónimo. Tras pasar la aprobación del comité de investigación de nuestro hospital y obtener la financiación del Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) del Ministerio de Sanidad y Consumo iniciamos la investigación cuyos resultados se exponen a continuación.

B. OBJETIVOS.

1.- OBJETIVOS PRINCIPALES:

- 1.1.- Determinar la seroprevalencia anónima de la infección por el VIH en una muestra de pacientes psiquiátricos ingresados en una unidad de corta estancia.
- 1.2.- Determinar cuántos seropositivos detectados por el test anónimo pasaron inadvertidos a los médicos que atendieron a los pacientes.

2.- SECUNDARIAMENTE ESTAMOS INTERESADOS EN DETERMINAR:

- 2.1.- La frecuencia de las conductas de riesgo para adquirir el VIH en los pacientes psiquiátricos y en los pacientes seropositivos.
- 2.2.- Qué conductas de riesgo, o qué combinación de éstas, están asociadas con mayor probabilidad de que un paciente tenga un resultado seropositivo en un test.
- 2.3.- De qué manera se puede aumentar la eficiencia de los criterios usados por los clínicos para realizar los tests del VIH.

C. MATERIAL Y MÉTODOS.

Nuestro estudio consta de dos fases que requirieron diferentes abordajes metodológicos. La primera fase corresponde a la del estudio de seroprevalencia anónimo y la segunda a la revisión de historias clínicas para determinar cuántos pacientes seropositivos habían sido detectados por los médicos que atendieron a los pacientes.

1.- ESTUDIO DE SEROPREVALENCIA ANONIMO.

Fueron candidatos a ser incluidos en el estudio de seroprevalencia todos los pacientes con edades entre 18 y 59 años ingresados consecutivamente durante el periodo del 1 de septiembre de 1993 al 15 de abril de 1994 en la unidad de corta estancia para ingresos psiquiátricos del Hospital Universitario San Carlos. La unidad está ubicada en un hospital general de Madrid y consta de 86 camas, siendo la población que cubre asistencialmente de 800.000 personas. No se admiten pacientes en la unidad de psiquiatría con solo propósito de realizar desintoxicación de alcohol u otras sustancias.

Este trabajo sigue el diseño de otros estudios de seroprevalencia anónima realizados en pacientes psiquiátricos ingresados (Cournos et al, 1991 y Sacks et al, 1992). Dicho diseño fue aprobado por la Comisión de Investigación del Hospital donde se realizó la investigación y el estudio fue subvencionado con una beca del Fondo de Investigaciones Sanitarias del Ministerio de Sanidad (FIS nº 93/0116).

Para realizar el test de seroprevalencia anónimo se aprovechó la sangre sobrante de las extracciones sanguíneas que los médicos que atendieron a los pacientes solicitaron por motivos de asistencia clínica rutinaria. Se anotaron los nombres de los pacientes candidatos a ser incluidos en el estudio en un listado en el que se anotó también si se había obtenido o no muestra de sangre de cada paciente, de manera que esta información estaba disponible ante cada nuevo ingreso. Así, por un lado se evitó obtener varias muestras de sangre del mismo paciente si volvía a ingresar, y por otro lado si no se había podido obtener muestra de sangre de un paciente en un ingreso previo se intentaba obtener en el actual. Una vez que se obtenía una muestra de sangre de un paciente se le

consideraba incluido en el estudio de seroprevalencia. El listado de pacientes comentado anteriormente no estuvo vinculado a los resultados del test en ningún momento y se destruyó cuando se obtuvo la última muestra de sangre. A cada tubo con la muestra de sangre se le adjudicó un número.

La información que se recogió a partir de los informes de ingreso de cada paciente se anotó en un formulario que constaba de dos partes (figura 18):

1.- En la parte superior del formulario se recogió información sobre: nombre del paciente o su número de historia, el dato de si se obtuvo o no muestra de sangre, número de ingresos previos en cualquier hospital, diagnóstico al ingreso, edad, situación serológica al ingreso y situación serológica conocida por los clínicos al alta.

2.- La parte inferior del formulario tiene un espacio para el número que se le asignó al tubo que contenía la muestra de sangre y recoge las siguientes variables: resultado del test de seroprevalencia anónimo, sexo, rango de edad y conductas de riesgo en el último año para adquirir el VIH: ser UDVP, tener relaciones homosexuales, tener relaciones heterosexuales con más de cuatro parejas por año, haber sido receptor de hemotransfusión o haber tenido relación sexual con un paciente VIH o sospechoso de serlo. No se usó la variable "edad" sino la variable "rango de edad" para evitar identificar a algún paciente en el análisis posterior de esta parte del formulario.

Las muestras de sangre fueron analizadas mediante ELISA y cuando se obtuvo un resultado positivo se confirmó mediante el test Western blot. Sólo se consideraron positivas aquellas muestras que fueron positivas para ambas pruebas; los resultados indeterminados (positivos en ELISA y negativos en Western blot) fueron eliminados del estudio.

2.- REVISION DE HISTORIAS CLINICAS.

Seis meses despues de haber finalizado el estudio anterior se revisaron las historias clínicas para anotar en la parte superior del formulario la situación serológica conocida por los médicos. Tambien se obtuvo durante esta revisión el

número de tests que habían realizado los clínicos y el número de tests que habían resultado positivos.

Antes de anotar el resultado del test del estudio de seroprevalencia se analizó la información de todo el cuestionario para detectar diferencias entre los pacientes de los que se pudo extraer muestra de sangre de los que no se pudo, así como para obtener información epidemiológica sobre las diferentes variables. A continuación se destruyó la parte superior del formulario y se anotó el resultado del test del estudio de seroprevalencia anónima en la parte inferior, realizando a continuación un análisis estadístico de esta parte del formulario con el fin de determinar fundamentalmente la seroprevalencia y las variables asociadas a resultado positivo en el test.

El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico para ciencias sociales en su versión 6.0: SPSS 6.0 (Statistical package for social sciences: SPSS 6.0). Las comparaciones entre grupos se hicieron con el test de Chi-cuadrado para variables no cuantitativas; para las cualitativas se usó la t de Student cuando las muestras eran paramétricas, o el test de Mann-Whitney cuando eran no paramétricas. En algunos casos se determinó la odds como medida de asociación entre una situación y su posible factor etiológico.

Figura 18. Formulario de recogida de datos.

NOMBRE _____ APELLIDOS _____
 Nº H CLINICA/ARCHIVO _____

SE HIZO EXTRACCION

- 1 SI
- 2 NO

SITUACION SEROLOGICA AL INGRESO

1 SABE QUE ES POSITIVO

2 DESCONOCIDA (Tuvo algún test negativo, no le han hecho nunca el test, no hay información en la hoja de ingreso)

SITUACION SEROLOGICA DETECTADA POR LOS CLINICOS AL ALTA

- 1 POSITIVO.
- 2 NEGATIVO.

Nº INGRESOS PREVIOS EN HOSPITALES PSIQUIATRICOS _____

EDAD _____

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO AL INGRESO: _____

MOTIVO DEL INGRESO

- TR INICIO INFANCIA/NIÑEZ/ADOL/RM
- SD DEMENCIAL Y OTROS TRASTORNOS ORGANICOS
- TR POR USO DE SUSTANCIAS (ABUSO/DEPENDENCIA)
- TR MENTAL POR USO DE SUSTANCIAS
- TR PSICOTICO DELIRANTE CRONICO
- ESQUIZOFRENIA
- DEPRESION MAYOR O EPISODIO DEPRESIVO EN TR BIPOLAR
- EPISODIO MANIACO
- OTROS TR PSICOTICOS
- TRANSIOSOS
- TR DISOCIATIVO
- SOMATIZACIONES
- TR PERSONALIDAD
- INTENTO SUICIDIO
- SIN DIAGNOSTICO

***  *****

Nº DE MUESTRA _____

RANGO DE EDAD 18-29 X 30-39 X 40-49 X 50-59 X

SEXO 1) VARON
 2) MUJER

FACTORES RIESGO EN EL ULTIMO AÑO:

- SER UDVP 1) SI 2) NO
- TENER RELACIONES HOMOSEXUALES 1) SI 2) NO
- TENER MAS DE CUATRO PAREJAS HETEROSEXUALES 1) SI 2) NO
- RELACION CON PAREJA VIH POSITIVA O SOSPECHOSA DE SERLO 1) SI 2) NO
- RECEPTOR DE HEMODERIVADOS 1) SI 2) NO
- NO HAY FACTORES DE RIESGO RECOGIDOS X

RESULTADO DEL TEST ANONIMO	POSITIVO	X
	NEGATIVO	X
	INDETERMINADO	X (Elisa +, Western blot -)

D. RESULTADOS.

1. ESTUDIO DE SEROPREVALENCIA ANONIMA

1.1.- Determinación de la seroprevalencia anónima.

De los 477 pacientes candidatos a ser incluidos en el estudio se obtuvieron muestras de sangre de 390 (pacientes incluidos), lo que supone un porcentaje de obtención de muestras del 81,76%.

No se obtuvieron diferencias significativas entre el grupo de pacientes del que se pudo extraer una muestra de sangre y el grupo del que no se pudo extraer para cualquiera de las variables analizadas: rango de edad (tabla 25 y figura 19), edad (tabla 26), sexo (tabla 27 y figura 20), diagnóstico al ingreso (tabla 28 y figura 21), número de ingresos (tabla 29), situación serológica al ingreso (tabla 30), ser UDVP (tabla 31), tener relaciones homosexuales (tabla 32), tener más de cuatro parejas heterosexuales por año (tabla 33), haber tenido relaciones sexuales con un paciente infectado por el VIH o sospechoso de serlo (tabla 34), presencia de alguna conducta de riesgo (tabla 35) o presencia de más de dos conductas de riesgo (tabla 36). En definitiva la muestra de 390 pacientes de los que se les pudo obtener una muestra de sangre es representativa del total de 477 pacientes candidatos a ser incluidos en el estudio de seroprevalencia anónima.

De los 390 pacientes a los que se extrajo una muestra de sangre, 20 resultaron ser seropositivos, lo que supone un 5,12% de seroprevalencia anónima. Los 20 pacientes considerados seropositivos fueron positivos al ELISA y al Western blot y los restantes 370 pacientes fueron negativos al ELISA. Los pacientes entre 18 y 39 años son 15, lo que supone el 75% de los seropositivos. De los 390 pacientes a los que se realizó el test 247 pacientes tienen entre 18 y 39 años (63,3%). Por lo tanto la seroprevalencia en el grupo de 18 a 39 años es del 6,1%.

Tabla 25 Variable rango de edad para la población candidata a ser incluida en el estudio y la muestra incluida en el estudio; casos y porcentajes. Diferencias significativas entre pacientes incluidos y no incluidos en el estudio (Chi-cuadrado).

Rango de edad	Población candidata a ser incluida		Muestra incluida en el estudio			Chi-cuadrado		
	n	%	n	%	%*	X2	Grado libertad	p
18-29	143	30	120	30,8	83,9	5,22444	3	0,15608
30-39	149	31,2	127	32,6	85,2			
40-49	93	20,5	73	18,7	74,5			
50-59	87	18,2	70	17,9	80,5			
Total	477	100	390	100				

%* n de muestra incluida / n de Población candidata a ser incluida

Figura 19. Rango de edad de la población incluida en el estudio de seroprevalencia anónimo.

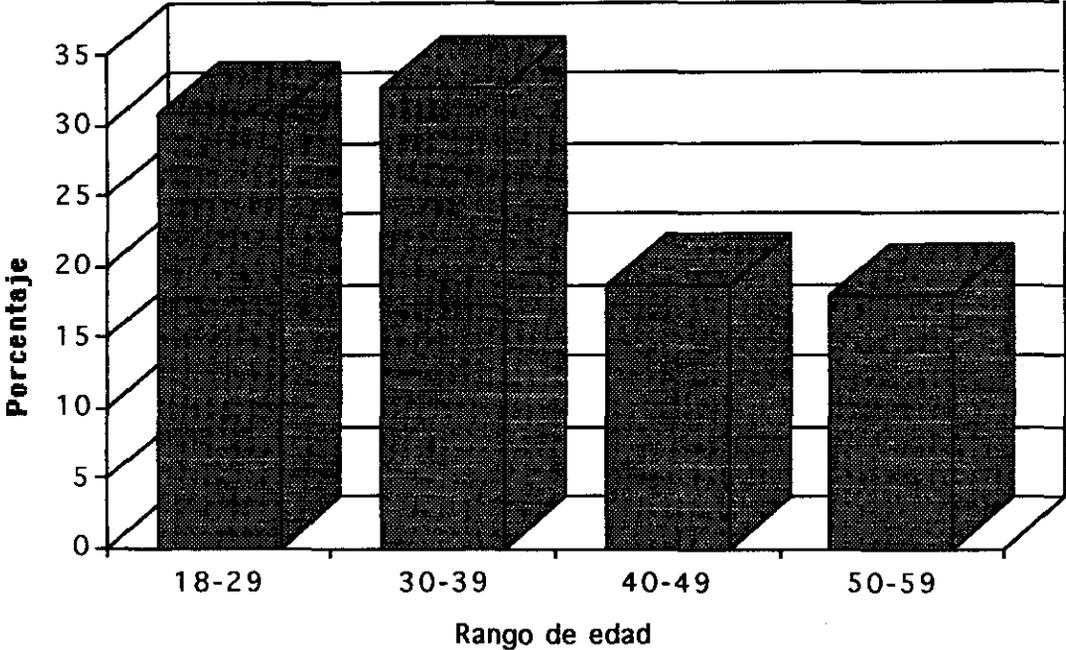


Tabla 26. T-test para muestras independientes para hallar diferencias entre pacientes incluidos y no incluidos en el estudio para la variable edad.

Incluidos en el estudio	n	Media	Desviación estandar	Error estandar
SI	390	36,8	10,9	0,555
NO	87	38,1	11,5	1,237
Total	477	37,1		

		Estimación para varianza apareada			Estimación para varianza no apareada		
Valor de F	Probabilidad para 2 colas	Valor de T	Grados de libertad	Probabilidad para 2 colas	Valor de T	Grados de libertad	Probabilidad para 2 colas
1,11	0,518	-0,97	475	0,331	-0,94	123,03	0,348

Tabla 27. Variable sexo para la población candidata a ser incluida en el estudio y la muestra incluida en el estudio; casos y porcentajes. Diferencias significativas entre pacientes incluidos y no incluidos en el estudio (Chi-cuadrado).

Sexo	Población candidata a ser incluida		Muestra incluida en el estudio			Chi-cuadrado		
	n	%	n	%	%*	X2	Grado libertad	p
Varón	272	57	230	59	84,6	3,32219	1	0.06835
Mujer	205	43	160	41	78			
Total	477	100	390	100				

%* n de muestra incluida en el estudio / n de Población candidata a ser incluida

Figura 20. Distribución de la variable sexo en la muestra incluida en el estudio de seroprevalencia anónima.

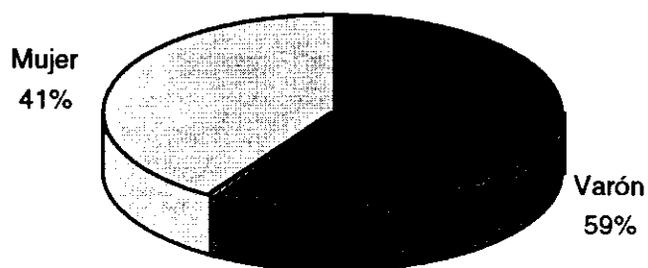


Tabla 28. Diagnósticos para la población candidata a ser incluida en el estudio y la muestra incluida en el estudio realizado; casos y porcentajes. Diferencias significativas entre pacientes incluidos y no incluidos en el estudio (Chi-cuadrado).

Diagnóstico	Población candidata a ser incluida		Muestra incluida en el estudio			Chi-cuadrado		
	n	%	n	%	%*	X2	Grado libertad	p
Tr de inicio en la infancia o adolescencia	7	1,5	6	1,5	85,7	17,7264	14	0,21953
Sd demencial y otros tr mentales orgánicos	8	1,7	5	1,3	62,5			
Tr. por uso de sustancias	17	3,6	17	4,4	100			
Tr mental por uso de sustancias	9	1,9	8	2,1	88,9			
Tr psicótico delirante	9	1,9	9	2,3	100			
Esquizofrenia	194	40,7	156	40	80,4			
Depresión mayor o episodio depresivo de tr bipolar	69	14,5	56	14,4	81,2			
Episodio maníaco	54	11,3	48	12,3	88,9			
Otros tr psicóticos	31	6,5	23	5,9	74,2			
Tr ansiosos	5	1	4	1	80			
Tr disociativos	1	0,2	0	0	0			
Tr Somatoforme	1	0,2	1	0,3	100			
Tr de personalidad	17	3,6	15	3,8	88,2			
Intento autolítico	25	5,2	19	4,9	76			
Sin diagnóstico	30	6,3	23	5,9	76,7			
Total	477	100	390	100				

Tr Trastorno, Sd síndrome. Sin diagnóstico: no se le dió diagnóstico al ingreso.

%* n de Muestra incluida en el estudio / n de Población candidata a ser incluida en el estudio

Figura 21. Diagnósticos al ingreso más frecuentes en la población incluida en el estudio de seroprevalencia anónima.

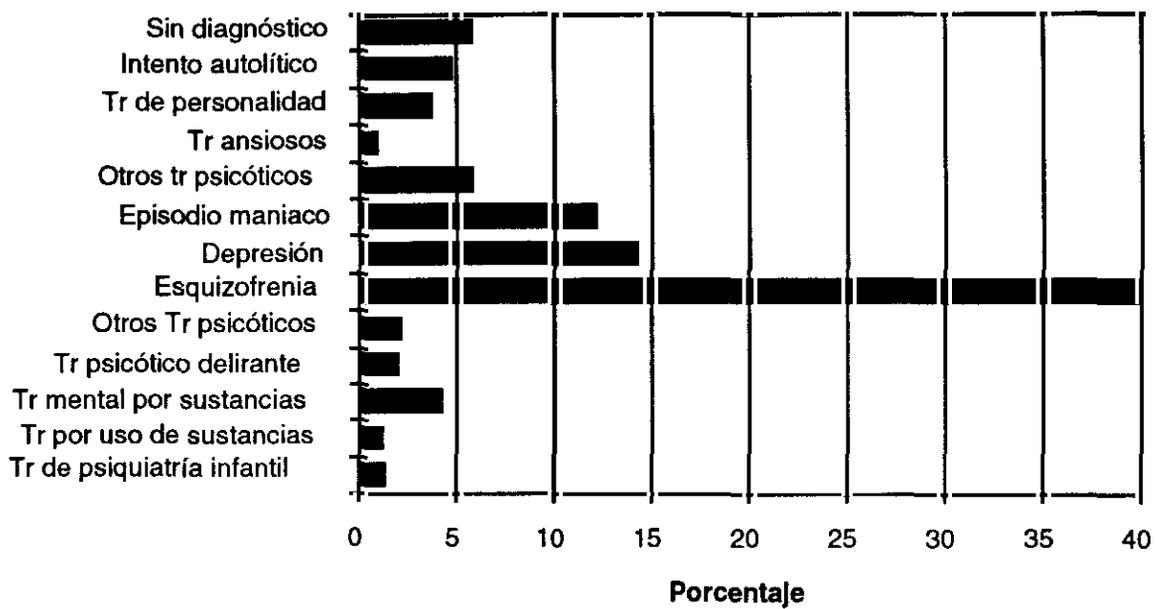


Tabla 29. Mann-Whitney para hallar diferencias entre pacientes incluidos y no incluidos en el estudio para la variable número de ingresos			
Incluidos en el estudio		n	Rango medio
SI		389	242,79
NO		87	219,33
Total		476	
U	W	Corregido para dos colas	
		Z	Probabilidad para 2 colas
15253,5	19081,5	-1,5210	0,1283

Tabla 30. Variable situación serológica al ingreso para la población candidata a ser incluida en el estudio y la muestra incluida en el estudio; casos y porcentajes. Diferencias significativas entre pacientes incluidos y no incluidos en el estudio (Chi-cuadrado).

Situación serológica al ingreso	Población candidata a ser incluida		Muestra incluida en el estudio			Chi-cuadrado		
	n	%	n	%	%*	X2	Grado libertad	p
	Positiva	18	3,8	17	4,4	94,4	2,01793	1
Negativa o desconocida	459	96,2	373	95,6	81			
Total	477	100	390					

%* n de Muestra incluida en el estudio / n de Población candidata a ser incluida en el estudio

Tabla 31. Variable ser UDVP para la población candidata a ser incluida en el estudio y la muestra incluida en el estudio; casos y porcentajes. Diferencias significativas entre pacientes incluidos y no incluidos en el estudio (Chi-cuadrado).

UDVP	Población candidata a ser incluida		Muestra incluida en el estudio			Chi-cuadrado		
	n	%	n	%	%*	X2	Grado libertad	p
SI	33	6,9	29	7,4	87,9	0,88980	1	0,34553
NO	444	93,1	361	92,6	81,3			
Total	477	100	390	100				

%* n de Muestra incluida en el estudio / n de Población candidata a ser incluida en el estudio

Tabla 32. Variable tener relaciones homosexuales masculinas para la población candidata a ser incluida en el estudio y la muestra incluida en el estudio. Casos, porcentajes y diferencias significativas entre pacientes incluidos y no incluidos en el estudio (Chi-cuadrado).

Varón con relación homosexual	Población candidata a ser incluida		Muestra incluida en el estudio			Chi-cuadrado		
	n	%	n	%	%*	X2	Grado libertad	p
SI	9	3,3	8	3,5	88,9	0,13366	1	0,71467
NO	263	96,7	282	96,5	81,6			
Total	272	100	230	100				

%* n de Muestra incluida en el estudio / n de Población candidata a ser incluida en el estudio

Tabla 33. Variable haber tenido relaciones heterosexuales con más de 4 parejas el último año para la población candidata a ser incluida en el estudio y la muestra incluida en el estudio. Casos, porcentajes y diferencias significativas entre pacientes incluidos y no incluidos en el estudio (Chi-cuadrado).

	Población candidata a ser incluida		Muestra incluida en el estudio			Chi-cuadrado		
	n	%	n	%	%*	X2	Grado libertad	p
Más de 4 parejas heterosexuales								
SI	16	3,4	15	3,8	93,8	1,59572	1	0,20651
NO	461	96,6	375	96,2	81,3			
Total	477	100	390	100				

%* n de Muestra incluida en el estudio / n de Población candidata a ser incluida en el estudio

Tabla 34. Variable haber tenido relaciones sexuales con un paciente infectado por el VIH o sospechoso de serlo para la población candidata a ser incluida en el estudio y la muestra incluida en el estudio; casos y porcentajes. Diferencias significativas entre pacientes incluidos y no incluidos en el estudio (Chi-cuadrado).

	Población candidata a ser incluida		Muestra incluida en el estudio			Chi-cuadrado		
	n	%	n	%	%*	X2	Grado libertad	p
Relación sexual con infectado								
SI	14	2,9	13	3,3	92,9	1,19086	1	0,27516
NO	463	97,1	377	96,7	81,4			
Total	477	100	390	100				

%* n de Muestra incluida en el estudio / n de Población candidata a ser incluida en el estudio

Tabla 35. Variable presencia de alguna conducta de riesgo para la población candidata a ser incluida en el estudio y la muestra incluida en el estudio.

	Población candidata a ser incluida		Muestra incluida en el estudio			Chi-cuadrado		
	n	%	n	%	%*	X2	Grado libertad	p
Alguna conducta de riesgo								
SI	57	11,9	51	13,1	89,5	2,58230	1	0,10806
NO	420	88,1	339	86,9	80,7			
Total	477	100	390	100				

%* n de Muestra incluida en el estudio / n de Población candidata a ser incluida en el estudio

Tabla 36. Variable más de dos factores de riesgo para la población candidata a ser incluida en el estudio y la muestra incluida en el estudio.

	Población candidata a ser incluida		Muestra incluida en el estudio			Chi-cuadrado		
	n	%	n	%	%*	X2	Grado libertad	p
Más de dos factores de riesgo								
SI	12	2,5	11	2,6	91,7	0,80997	1	0,36813
NO	465	97,5	379	97,2	81,5			
Total	477	100	390	100				

%* n de Muestra incluida en el estudio / n de Población candidata a ser incluida en el estudio

1.2.- Características de la muestra incluida y la muestra candidata a ser incluida en el estudio.

1.2.1. Características de los 477 pacientes candidatos a ser incluidos en el estudio.

La media de edad de los 477 candidatos a entrar en el estudio es de 37,1 años. Los rangos de edad más frecuentes son: el de los 30 a 39 años (31,2%) y el de los 18 a 29 años (30%) (tablas 25 y 26). Son varones el 57% (tabla 27). Los diagnósticos al ingreso más frecuentes fueron: esquizofrenia (40,7%), depresión mayor o episodio depresivo en trastorno bipolar (14,5%), episodio maníaco (11,3%) y otros trastornos psicóticos (6,5%). Los trastornos por uso de sustancias incluido el alcohol tienen una frecuencia del 3,6%, y los trastornos mentales orgánicos del 1,7%. En un 6,3% de los pacientes había descripciones sobre la conducta exhibida al ingreso, pero el médico no dio diagnóstico (por ejemplo, heteroagresividad, alteraciones de conducta...) (tabla 28). El número medio de ingresos previos es de 2,4.

Las conductas de riesgo por orden de frecuencia fueron: ser UDVP (6,9%), tener en el último año relaciones sexuales con más de cuatro parejas heterosexuales (3,4%), tener relaciones homosexuales (3,3%) y tener relaciones sexuales con un paciente infectado por el VIH o sospechoso de serlo (2,9%). Un 11,9% tenía algún factor de riesgo y un 2,5% tenía más de dos factores de riesgo (tablas 31 a 36).

1.2.2.- Características de los 390 pacientes incluidos en el estudio.

En la muestra incluida en el estudio las variables demográficas y clínicas ya comentadas para la muestra candidata a ser incluida en el estudio presentan similares valores (tablas 31 a 36)

1.3.- Conductas de riesgo en pacientes seropositivos y seronegativos.

De los 477 pacientes candidatos a ser incluidos en el estudio 57 tenían algún factor de riesgo para adquirir el VIH. De estos 57 pacientes, 51 fueron incluidos en el estudio de seroprevalencia siendo 18 de ellos seropositivos. Por lo tanto 18 de los 20 seropositivos tenían conductas de riesgo (90%), concretamente el 84,6% de los varones y el 100% de las mujeres. De los 20 seropositivos, 14

(70%) eran UDVP, 5 (25%) habían tenido relaciones sexuales con una persona infectada por el VIH o sospechosa de estarlo, 4 (20%) habían tenido relaciones heterosexuales con más de cuatro parejas al año y 3 hombres (el 23,1% de los varones) habían tenido relaciones homosexuales (tablas 37 a 44). El 30% de los seropositivos presentan más de dos conductas de riesgo. La distribución de las conductas de riesgo por sexo y rango de edad en los seropositivos se muestra respectivamente en las tablas 45 y 46.

Se detectaron conductas de riesgo en 33 de los 370 seronegativos (8,9%). De los 370 seronegativos 15 (4,1%) eran UDVP, 5 (el 1,4% de los varones) habían tenido relaciones homosexuales, 8 (2,2%) habían tenido relaciones sexuales con una persona infectada por el VIH o sospechosa de estarlo y 11 (3%) habían tenido relaciones heterosexuales con más de cuatro parejas al año (tablas 37 a 44). En la tabla 47 se muestra la distribución de las conductas de riesgo por sexos.

En el análisis comparativo de las conductas de riesgo para adquirir el VIH del grupo de pacientes seropositivos versus seronegativos según el test de seroprevalencia anónimo se encontraron diferencias significativas para todas las conductas de riesgo (tablas 39 a 43). No se encontraron diferencias significativas para las variables sexo (tabla 37) o rango de edad (tabla 38).

Tabla 37. Variable sexo según la situación serológica del test anónimo. Casos, porcentajes, diferencias significativas entre seropositivos y seronegativos (Chi-cuadrado) y odds.

Sexo	Muestra incluida	Seropositivos al VIH			Chi-cuadrado			Odds	
	n	n	%	%*	X ²	grados libertad	p	Odds	Intervalo confianza
Varón	230	13	65	5,7	0,316	1	0,57380	1,31	0,5-3,3
Mujer	160	7	35	4,4					
Total	390	20	100						

* n de muestra incluida en el estudio / n de Seropositivos al VIH

Tabla 38. Variable rango de edad según la situación serológica del test anónimo. Casos, porcentajes, diferencias significativas entre seropositivos y seronegativos (Chi-cuadrado) y odds.

Rango de edad	Muestra incluida	Seropositivos al VIH			Chi-cuadrado			Odds	
	n	n	%	%*	X ²	grados libertad	p	Odds	Intervalo confianza
18-29	120	10	50	8,3	4,892	3	0,17988	1,78	0,6-5,0
30-39	127	5	25	3,9					
40-49	73	4	20	5,5					
50-59	70	1	5	1,4					
Total	390	20	100						

* La odds se calculó para los grupos de edad 18-39 y 40-59

%* n de muestra incluida en el estudio / n de Seropositivos al VIH

Tabla 39. Variable usuario de drogas intravenosas según la situación serológica del test anónimo, casos, porcentajes, diferencias significativas entre seropositivos y seronegativos (Chi-cuadrado) y odds.

UDVP	Muestra incluida	Seropositivos al VIH			Chi-cuadrado			Odds	
	n	n	%	%*	X ²	grados libertad	p	Odds	Intervalo confianza
Identificado	29	14	70	48,3	119,8856	1	0,00000	55,22	18,6-163,7
No identificado	361	6	30	1,7					
Total	390	20	100						

%* n de muestra incluida en el estudio / n de Seropositivos al VIH

Tabla 40. Variable varón con relaciones homosexuales según la situación serológica del test anónimo. Casos, porcentajes, diferencias significativas entre seropositivos y seronegativos (Chi-cuadrado) y odds.

	Muestra incluida	Seropositivos al VIH			Chi-cuadrado			Odds	
	n	n	%	%*	X ²	grados libertad	p	Odds	Intervalo confianza
Varón con relaciones homosexuales									
Identificado	8	3	23,1	37,5	17,54229	1	0,00007	12,72	2,65-60,87
No identificado	222	10	76,9	4,5					
Total	230	13	100						

%* n de muestra incluida en el estudio / n de Seropositivos al VIH

Tabla 41. Variable presencia de relaciones heterosexuales con más de 4 parejas al año según la situación serológica del test anónimo. Casos, porcentajes, diferencias significativas entre seropositivos y seronegativos (Chi-cuadrado) y odds.

	Muestra incluida	Seropositivos al VIH			Chi-cuadrado			Odds	
	n	n	%	%*	X ²	grados libertad	p	Odds	Intervalo confianza
Más de 4 parejas heterosexuales									
Identificado	15	4	20	26,7	14,874	1	0,00012	8,16	2,3-28,4
No identificado	375	16	80	4,3					
Total	390	20	100						

%* n de muestra incluida en el estudio / n de Seropositivos al VIH

Tabla 42. Variable tener relaciones sexuales con una persona infectada por el VIH o sospechosa de serlo según la situación serológica del test anónimo. Casos, porcentajes, diferencias significativas entre seropositivos y seronegativos (Chi-cuadrado) y odds.

	Muestra incluida	Seropositivos al VIH			Chi-cuadrado			Odds	
	n	n	%	%*	X ²	grados libertad	p	Odds	Intervalo confianza
Relación sexual con infectado									
Identificado	13	5	25	38,5	30,712	1	0,00000	15,1	4,4-51,6
No identificado	377	15	75	4					
Total	390	20	100						

%* n de muestra incluida en el estudio / n de Seropositivos al VIH

Tabla 43. Variable presencia de algún factor de riesgo según la situación serológica del test anónimo. Casos, porcentajes, diferencias significativas entre seropositivos y seronegativos (Chi-cuadrado) y odds.

	Muestra incluida	Seropositivos al VIH			Chi-cuadrado			Odds	
	n	n	%	%*	X ²	grados libertad	p	Odds	Intervalo confianza
Algún factor de riesgo									
Identificado	51	18	90	35,3	109,740	1	0,00000	91,9	20,4-413,5
No identificado	339	2	10	0,6					
Total	390	20	100						

%* n de muestra incluida en el estudio / n de Seropositivos al VIH

Tabla 44. Variable presencia de más de un factor de riesgo según la situación serológica del test anónimo. Casos, porcentajes, diferencias significativas entre seropositivos y seronegativos (Chi-cuadrado) y odds.

Más de un factor de riesgo	Muestra incluida	Seropositivos al VIH			Chi-cuadrado			Odds	
	n	n	%	%	X ²	grados libertad	p	Odds	Intervalo confianza
Identificado	11	6	30	54,5	56,816	1	0,00000	31,3	8,5-114,9
No identificado	379	14	70	3,7					
Total	390	20	100						

%* n de muestra incluida en el estudio / n de Seropositivos al VIH

Tabla 45. Distribución de las conductas de riesgo según el sexo entre seropositivos.

	Varones		Mujeres	
	n	%	n	%
Usuario de drogas intravenosas	10	76,9	4	57,1
Relaciones homosexuales	3	23,1		
Relaciones heterosexuales con más de cuatro parejas al año	1	7,7	3	42,9
Relaciones sexuales con una persona infectada por el VIH o sospechosa de estarlo	2	15,4	3	42,9
Total	11		7	

Tabla 46. Distribución de las conductas de riesgo en los seropositivos según el sexo.				
	18-39 n=15		40-59 n=5	
	n	%*	n	%*
UDVP	12	80	2	40
Relaciones homosexuales	2	13,3	1	20
Relaciones heterosexuales con más de 4 parejas por año	2	13,3	2	40
Tener relaciones sexuales con un infectado por el VIH o sospechoso de serlo	4	26,6	1	20

%* es el porcentaje respecto del total de cada grupo de edad

Tabla 47. Distribución de las conductas de riesgo según el sexo entre seronegativos				
	Varones n=217		Mujeres n=153	
	n	%	n	%
Usuario de drogas intravenosas	14	6,4	1	0,6
Relaciones homosexuales	5	2,3		
Relaciones heterosexuales con más de cuatro parejas al año	5	2,3	6	3,9
Relaciones sexuales con una persona infectada por el VIH o sospechosa de estarlo	4	1,8	4	2,6

1.4.- Las conductas de riesgo como predictores de un resultado seropositivo.

Para determinar el riesgo de obtener un resultado positivo en un test según si los pacientes tienen o no conductas de riesgo se realizó una estimación del riesgo relativo a partir de un análisis de odds ratio (tablas 37 a 44). De este análisis se desprende que la probabilidad de ser seropositivo en el test del VIH es 55,2 veces mayor en los pacientes que son UDVP, 12,7 veces mayor en los

pacientes que tienen historia de relaciones sexuales masculinas, 15,1 veces mayor en los pacientes que han mantenido relaciones sexuales con parejas sospechosas de estar infectadas o que realmente lo están y 8,1 veces superior en los pacientes que tienen más de cuatro parejas heterosexuales por año. Por último el hecho de tener al menos una conducta de riesgo aumenta por 91,2 veces la probabilidad de ser seropositivo en el test.

2. DETERMINACION DE LA SEROPREVALENCIA POR LOS CLINICOS.

Los clínicos hicieron el test del VIH a 142 pacientes de los 477 candidatos a ser incluidos en el estudio (29,7%), obteniéndose 11 seropositivos. La eficiencia de la indicación del test fue por tanto del 7,7% (11/142). Además otros 7 pacientes tenían test de VIH positivos en ingresos previos y fueron contabilizados por los clínicos como seropositivos, por lo que el total de pacientes identificados como seropositivos por los clínicos fue de 18. No se pudo incluir en el estudio de seroprevalencia 1 de estos 18 pacientes detectados por los clínicos. En definitiva, la seroprevalencia detectada por los clínicos fue del 3,7% respecto de los 477 pacientes candidatos a ser incluidos en el estudio (18/477) y del 4,3% respecto de los 390 pacientes incluidos en el estudio (17/390). Por lo tanto el porcentaje de pacientes seropositivos no detectado por los clínicos respecto a los encontrados por el estudio de seroprevalencia anónima es de un 0,82%. Los 18 pacientes detectados como seropositivos por los clínicos fueron los mismos 18 pacientes que dijeron ser seropositivos al ingreso.

Los clínicos realizaron el test del VIH a 46 de los 57 pacientes con conductas de riesgo candidatos a ser incluidos en el estudio de seroprevalencia. Los 18 pacientes detectados por los clínicos presentaban conductas de riesgo.

E. DISCUSSION.

1. CONSIDERACIONES METODOLOGICAS Y ETICAS.

1.1. Consideraciones sobre los estudios de seroprevalencia y sus aspectos éticos.

Los estudios de seroprevalencia y serovigilancia son un complemento importante de los Registros de Casos comunicados de SIDA en la monitorización de la epidemia (Dondero et al, 1988). Los Registros de Casos de SIDA no proporcionaban una visión completa de todos los infectados por la epidemia, ni tampoco de las tendencias recientes debido al periodo de latencia del virus, para suplir estas carencias se diseñaron los estudios de seroprevalencia tan pronto como se dispuso del test del VIH .

La realización de tests obligatorios no es aceptable éticamente y conlleva sesgos de participación. La información obtenida usando sujetos voluntarios no es fiable, debido a sesgos de selección y participación. Debido a las mencionadas circunstancias, el Center for Disease Control eligió realizar la serovigilancia de la epidemia del VIH basándose en estudios de seroprevalencia anónimos.

Desde mediados de 1980, los estudios de seroprevalencia anónimos han proporcionado información acerca de la prevalencia de la infección por VIH en grupos seleccionados de población, como por ejemplo en mujeres en edad fértil. Sin embargo ha habido dudas, particularmente en Gran Bretaña y en Holanda, sobre si es éticamente admisible realizar este tipo de estudios. Algunos autores consideran que no es ético obtener información acerca de la situación serológica de los pacientes sin obtener el consentimiento para realizar el test, independientemente de lo relevante que pueda ser la información obtenida para controlar la epidemia (Bayer et al, 1990). Además, se criticaba que por su diseño estos estudios no permiten la identificación de los individuos que necesitan tratamiento profiláctico. Debido entre otros a estos argumentos, no se ha

planificado la realización de estudios de seroprevalencia anónimos en los países comentados (Kirp & Bayer, 1992).

Esta situación contrasta con la que se puede encontrar en Estados Unidos, donde esta metodología se usa extensamente en diferentes tipos de servicios médicos, incluyendo unidades psiquiátricas. También se ha aprobado el uso de esta metodología por instituciones internacionales como el World Health Organization Global Program on AIDS (WHO, 1989). Bayer (1993) ha clarificado las dudas éticas sobre los estudios de seroprevalencia al señalar que existe una confusión entre los aspectos éticos de dichos estudios y los de la identificación de pacientes infectados. Los estudios de seroprevalencia anónima proporcionan información actualizada sobre el patrón de la infección por VIH y permiten identificar subpoblaciones en las que se deberían reforzar las estrategias específicas de prevención e intervención. En ningún caso son incompatibles con la práctica clínica correcta, la cual debe fomentar primero la realización de forma voluntaria de tests para el VIH en aquellas unidades donde la prevalencia de la infección por VIH es alta y segundo se debe hacer todo lo posible para que aquellos identificados como seropositivos tengan cubiertas sus necesidades clínicas y sociales. En pacientes psiquiátricos, como ya ha ocurrido en otro tipo de pacientes, el hallazgo de altas tasas de infección por VIH a través de estudios de seroprevalencia anónimos puede movilizar los recursos necesarios para proporcionar asesoramiento, realización de tests y derivación a los servicios oportunos. Asimismo, los estudios de seroprevalencia anónimos permiten determinar hasta qué punto los pacientes psiquiátricos infectados han usado los servicios de asesoramiento y de realización de tests para el VIH que ofrecen determinados dispositivos psiquiátricos (Sacks et al, 1992; Mahler et al, 1994).

En resumen, el diseño de un estudio de seroprevalencia anónimo debe impedir que se pueda identificar a algún paciente como seropositivo durante el desarrollo del estudio a partir de alguna o algunas variables. Los pacientes en un estudio de seroprevalencia anónimo no pierden la oportunidad de que sus médicos les realicen el test del VIH durante el proceso de internamiento, ni de

recibir el asesoramiento y tratamientos adecuados en caso de ser seropositivos. En un estudio de seroprevalencia anónima no se realiza yatrogenia ya que no se realizan extracciones que no sean las que se hacen de forma rutinaria por decisión de los médicos que atienden a los pacientes. En relación con estas consideraciones, nuestro estudio cumple con todos los requisitos éticos y de diseño de los estudios más estrictos realizados en otros países.

1.2. Selección de variables y su fiabilidad.

En un estudio de seroprevalencia no se deben seleccionar gran cantidad de variables, especialmente si van a estar vinculadas con el resultado del test. Además aunque las variables no fueran a estar vinculadas con el resultado del test, la obtención de más variables de las que se pueden extraer de los informes de ingreso supondría o bien realizar entrevistas personales que necesitarían una explicación y por tanto la ruptura del estudio de seroprevalencia anónimo que pasaría a ser voluntario; o bien la necesidad de revisar las historias clínicas, lo cual supondría mezclar gran número de variables obtenidas de formas diferentes. La obtención de los valores de las variables a partir del informe de ingreso supone sin embargo que la calidad de esta información no es tan fiable como por ejemplo la de una entrevista. Sin embargo, este procedimiento tiene a favor que nos acerca a la realidad asistencial, en la que no es habitual incorporar protocolos sobre el VIH en la evaluación de ingreso. Por lo tanto, si en los análisis estadísticos las variables así obtenidas nos sirven para predecir quien tiene más posibilidades de ser positivo en el test del VIH, nuestras recomendaciones se podrán aplicar directamente sin necesidad de implantar protocolos o medidas suplementarias.

De entre todas las variables presentes en el informe de ingreso seleccionamos aquellas que ya se habían usado en otros estudios de seroprevalencia anónima (Cournos et al, 1990; Sacks et al, 1992). Para conservar

la confidencialidad no se vincularon con el resultado del test variables tales como consumo de sustancias o diagnósticos psiquiátricos.

2. ESTUDIO DE SEROPREVALENCIA.

2.1. Representatividad de la muestra.

Para que los resultados de un estudio de seroprevalencia sean representativos, el porcentaje de pacientes de los que se puede obtener una muestra de sangre y que por tanto pueden ser incluidos en el estudio de seroprevalencia, debe ser alto. De no ser así estaríamos seleccionando una muestra excesivamente pequeña, lo que aumentaría la posibilidad de que dicha muestra (muestra incluida en el estudio de seroprevalencia) no fuera realmente representativa de la población psiquiátrica que deseamos investigar (población candidata a ser incluida en el estudio).

El porcentaje de obtención de muestras de nuestro estudio es alto (81,76%), comparable al porcentaje de obtención de muestras de sangre de estudios similares realizados en otros países (entre el 80% al 90%) (tabla 20).

La muestra de 390 pacientes a los que se les hizo el test del VIH se puede considerar representativa de la muestra de 477 pacientes candidatos a ser incluidos en el estudio de seroprevalencia, ya que no se encontraron diferencias significativas para las variables estudiadas (tablas 26 a 36).

2.2 Seroprevalencia anónima.

La cifra de seroprevalencia del 5,12% significa que uno de cada 20 pacientes que ingresan en nuestra unidad son seropositivos. La alta tasa de seroprevalencia encontrada en nuestro estudio reafirma la observación previa de

que también en nuestro país los pacientes psiquiátricos son un grupo de riesgo para adquirir el VIH (Ayuso, 1993).

La cifra de seroprevalencia de nuestro estudio es similar a la obtenida en otros realizados en Estados Unidos (entre 5,2% y 7%) (Cournos et al, 1991; Volavka et al, 1991; Sacks et al, 1992; Empfield et al, 1993; Meyer et al, 1993; Stewart et al, 1994) (tabla 20). Las muestras de estos trabajos tienen características similares a la nuestra, tales como el haber sido realizados con pacientes psiquiátricos que presentaban cualquier tipo de patología psiquiátrica (si bien en general se excluían los pacientes que ingresan para desintoxicación), ser pacientes que ingresan en unidades psiquiátricas de grandes ciudades o el hecho de que la mayoría de los pacientes padecen psicosis, especialmente del espectro esquizofrénico. Los pacientes de dichos estudios son crónicos o ingresan en unidades de larga estancia, salvo en el estudio de Sacks et al (1992) en el que son pacientes agudos y en el de Cournos et al (1991) que incluye tanto pacientes crónicos como agudos. Algunos estudios europeos en poblaciones similares como el de Zamperetti et al (1990) y el de Naber et al (1994), que utilizan como metodología la revisión de historias y la seroprevalencia no anónima respectivamente, obtienen cifras similares a las de nuestro estudio (tabla 20).

Cuando se cambia el perfil del paciente con el que se realiza un estudio de seroprevalencia y por ejemplo se usan pacientes ingresados en unidades para el tratamiento del abuso o dependencia de sustancias diferentes del alcohol, las cifras de seropositivos aumentan (Schleifer et al, 1990; Silberstein et al, 1994). La concurrencia de ser "sin hogar" y ser paciente psiquiátrico hace que aumenten las cifras de seroprevalencia (Susser et al, 1994), un dato preocupante si tenemos en cuenta la frecuencia de esta situación entre nuestros pacientes. En definitiva, cuanto más se selecciona la muestra por características asociadas a un mayor riesgo de ser seropositivo (consumo de sustancias no tener alojamiento o padecer determinados trastornos psiquiátricos), mayores son las cifras de seroprevalencia.

2.3. Conductas de riesgo.

2.3.1. Pacientes seropositivos.

La mayoría de los pacientes seropositivos del estudio de seroprevalencia anónimo tenían alguna conducta de riesgo para adquirir el VIH (90%). La conducta de riesgo más frecuente en seropositivos fue ser UDVP (70%) (tablas 39 a 42). La mayoría de las conductas de riesgo se dan en los pacientes de entre 18 a 40 años (75%) (tabla 45), de forma similar a como ocurre en los Registros de Casos de SIDA comunicados Nacional o de la Comunidad de Madrid (tablas 6 y 9). Sin embargo, aunque entre los seropositivos las conductas de riesgo son más frecuentes en varones que en mujeres (61,1%) (tabla 46), en el Registro de casos de SIDA comunicados Nacional y en el de la Comunidad de Madrid la predominancia de varones es mucho mayor (82%). En los hombres, la conducta de riesgo más frecuente es ser UDVP (77%), cifras similares se obtienen en el Registro de Casos de SIDA de la Comunidad de Madrid (66,7%) o en el Registro Nacional (63,9%). En las mujeres seropositivas de nuestro estudio las conductas de riesgo estudiadas son igual de frecuentes entre sí, mientras que en los Registros de Casos de SIDA Nacional o de la Comunidad de Madrid la conducta de riesgo más frecuente es ser UDVP.

En los seropositivos detectados por el estudio de seroprevalencia la presencia de la conducta de riesgo ser UDVP es mucho mayor en nuestra muestra (70%) que la detectada en los estudios de seroprevalencia anónima norteamericanos (23%) (Cournos et al, 1991; Sacks et al, 1992; Meyer et al, 1993). La presencia de conductas homosexuales sólo tiene similar frecuencia a la de nuestro estudio en las muestras de Cournos y Meyer, siendo menor para el resto de estudios norteamericanos.

La mayoría de los UDVP seropositivos son varones (71,4%) o menores de 40 años (85,7%). En el Registro de Casos de SIDA comunicados de la Comunidad

de Madrid y en el Registro Nacional (tablas 6 y 9), los UDVP son con más frecuencia varones (81,1%) o pertenecientes al grupo de edad de entre 20 y 40 años (94,6%), por lo que nuestros pacientes UDVP aun siendo en su mayoría varones o menores de 40 años no lo son tanto como los casos de SIDA de la población general.

La prevención y detección de seropositivos en pacientes psiquiátricos asociado a conducta heterosexual se debe hacer preferentemente en mujeres (el 75% de los seropositivos que tienen más de cuatro parejas sexuales por año y el 60% de los que tienen relaciones sexuales con una persona infectada por el VIH o sospechosa de serlo, son mujeres). Esta situación contrasta con la del Registro de casos de SIDA de Madrid o el Nacional en el que el 45% de los pacientes que presentan conductas heterosexuales son mujeres (tablas 6 y 9).

Los pacientes seropositivos con prácticas homosexuales son en un 66,7% menores de 40 años.

2.3.2. Pacientes seropositivos vs seronegativos.

La presencia de conductas de riesgo en los seronegativos es mucho menor que en los seropositivos, un 8,9% tiene alguna conducta de riesgo, siendo la conducta ser UDVP la más frecuente (4,1%) seguida de las otras tres conductas de riesgo con unas frecuencias de alrededor del 2%. Por lo tanto no se puede atribuir la alta frecuencia de conductas de riesgo en seropositivos a que dichas conductas sean también muy frecuentes en la población de la que que provienen. Los diferentes porcentajes de conductas de riesgo entre seropositivos y seronegativos no se deben al azar, de hecho la presencia de ciertas conductas de riesgo sirven como predictores de seropositividad: tener al menos una conducta de riesgo aumenta la probabilidad de ser seropositivo 92 veces (tablas 39 a 44).

2.3.3. Conductas de riesgo en pacientes psiquiátricos en otros países.

Nuestro estudio tiene la misma frecuencia de conductas de riesgo en la población candidata a ser incluida en el estudio (390 pacientes) que los estudios de seroprevalencia anónimos similares al nuestro (Cournos et al, 1991; Sacks et al, 1992; Meyer et al, 1993). En los estudios de seroprevalencia no anónima (Silberstein et al, 1994; Naber et al, 1994) o en estudios que no son de seroprevalencia las conductas de riesgo son de tres a cuatro veces superiores a las obtenidas en nuestra investigación (tabla 13).

3. DETERMINACION DE SEROPREVALENCIA POR LOS CLINICOS.

De los 390 pacientes incluidos en el estudio de seroprevalencia fueron 17 los seropositivos detectados por los clínicos, lo que da una seroprevalencia del 4,3%. No existe una gran diferencia numérica respecto a los 20 pacientes seropositivos detectados por el estudio de seroprevalencia anónimo (5,1%), al contrario de lo ocurrido en otros países, en donde las diferencias fueron tan amplias que se propuso hacer el test de forma sistemática a todos los ingresos para mejorar la detección de seropositivos. La mayor frecuencia de UDVP entre los seropositivos en nuestro país puede explicar en parte la mejor detección de los seropositivos al ingreso por los clínicos, ya que los pacientes UDVP son más fácilmente identificables en una entrevista que los que presentan conductas de riesgo sexuales, y una vez identificados el clínico pregunta más sobre la presencia de infección por el VIH, hepatitis, etc.

Los clínicos buscaron activamente a los seropositivos basándose en sus propios criterios, de hecho hicieron el test del VIH a 142 pacientes, detectando 11 seropositivos, por lo que la eficiencia de la indicación del test del VIH siguiendo los criterios de los clínicos es de un 7,7% (11/142). Por otro lado, dado que 57 pacientes de los 477 pacientes candidatos a ser incluidos en el estudio tenían conductas de riesgo y si tenemos en cuenta que los 18 pacientes detectados por los clínicos tenían conductas de riesgo, de haberse realizado el test sólo a los que tenían conductas de riesgo la eficiencia de la indicación del test hubiera sido del

31,5% (18/57), claramente superior a la eficiencia de indicación del test siguiendo los criterios de los clínicos de la planta de psiquiatría (7,7%) o del Hospital San Carlos (14,7%). En otros estudios como el de Naber et al (1994), realizado en Alemania, la indicación para hacer el test se hacía si el paciente presentaba ciertos diagnósticos que según la literatura se asocian con un mayor riesgo para adquirir el VIH: psicosis, trastornos cognitivos, borderline, bipolar u otros. También se realizó el test a los pacientes que lo solicitaron por temor a estar infectados. La eficiencia en la indicación del test fue del 4,8% (623 positivos/12.460 test realizados). Si en el estudio de Naber et al se hubiera realizado el test sólo a los que presentaban conductas de riesgo la eficiencia en la indicación del test hubiera sido del 10,9%.

Nuestro estudio y otros como el de Naber et al (1994) nos hacen pensar que la mejor manera de seleccionar a los pacientes a quienes se ha de proponer realizarse el test del VIH es mediante la recogida de datos sobre sus conductas de riesgo. La eficiencia en la indicación del test es menor si su realización sigue criterios basados en diagnósticos clínicos y todavía es menor si se hace de forma indiscriminada a todos los pacientes. En nuestro medio, en el que la mayoría de los seropositivos son detectados por los clínicos, como demuestra nuestro estudio de seroprevalencia anónima, es importante tratar de mejorar la eficiencia en la indicación del test.

La información que nuestros pacientes dan sobre su situación serológica es fiable como demuestra que los 18 seropositivos que los clínicos detectaron eran los mismos que dijeron ser seropositivos al ingreso. Este hallazgo está de acuerdo con otra investigaciones realizadas en el ambito anglosajón (Stephens, 1972; Bonito et al, 1976; Mckuser et al, 1992), si bien en algún estudio la fiabilidad de la información no es muy alta (Smart & Jarvis, 1981).

4. IMPLICACIONES PARA LA PRACTICA CLINICA.

Nuestro trabajo se añade a otros estudios de seroprevalencia anónima que muestran que los pacientes psiquiátricos, al menos los ingresados en unidades de corta estancia, tienen un riesgo alto de contraer la infección por el VIH, situación que requiere atención y un mayor esfuerzo a nivel preventivo en esta población.

Las unidades psiquiátricas de hospitalización deben incorporar programas dirigidos a identificar los pacientes que presentan un alto riesgo de infección por el VIH (Ostrow, 1992). Aunque la necesidad de identificación selectiva es evidente, la alta frecuencia de infectados y el hecho de que en algunos estudios norteamericanos muchos seropositivos pasan desapercibidos a los clínicos ha desplazado el debate hacia si debe realizarse el test de forma indiscriminada a todos los pacientes que ingresen (Strain, 1991). Basados en los datos de nuestro estudio, no está indicado realizar el test del VIH de forma rutinaria a todos los ingresados, ya que la mayoría de los pacientes seropositivos son detectados durante el ingreso. Por el contrario, habría que mejorar la eficiencia en la indicación del test proponiendo su realización sólo a los que presentan al menos una conducta de riesgo, ya que en el momento actual se realizan test en exceso sin criterios claros y sin obtener por ello una mayor identificación de seropositivos.

La mejor estrategia para identificar a los pacientes seropositivos es preguntar por la presencia de conductas de riesgo. La variable estudiada que mejor predice la seropositividad es la presencia de alguna conducta de riesgo, la cual aumenta en 92 veces la probabilidad de ser seropositivo. Si no deseamos ser intrusivos en un entrevista y nuestro objetivo es sólo identificar posibles seropositivos, no sería necesario saber exactamente cuáles son las conductas de riesgo que presenta un paciente, bastaría recordarle las conductas de riesgo y preguntarle si presenta alguna de ellas, sin necesidad de que nos dijera cuál, para detectar al 90% de los seropositivos.

Si quisiéramos hacer el perfil del paciente psiquiátrico seropositivo sería el de un UDVP (70% de los seropositivos) de 18 a 40 años (75% de los seropositivos); perfil que no difiere mucho del de los casos de SIDA del Registro Nacional o de la Comunidad de Madrid. Sin embargo nuestros pacientes se desvían respecto al Registro de Casos de SIDA en que sólo el 61% de los seropositivos son varones (un 81% en los Registros de Casos de SIDA) y en que el 75% de las actividades heterosexuales de riesgo en seropositivos las realizan mujeres (45% en los Registros de Casos de SIDA).

Teniendo en cuenta la información de estudios norteamericanos y de los pocos estudios realizados en Europa sobre seroprevalencia del VIH, se deberían realizar estudios de seroprevalencia anónima en Europa, al menos en las grandes ciudades de regiones con una alta prevalencia para el VIH. Stefan y Catalán (1995), han defendido recientemente la realización de estudios de seroprevalencia anónimos en Gran Bretaña.

A la luz de la información disponible, en lo referente a la elevada frecuencia de conductas de riesgo para adquirir el VIH y de seroprevalencia entre pacientes psiquiátricos, se deberían realizar diversos cambios en la práctica psiquiátrica diaria. En primer lugar, el personal de salud mental debería incorporar la evaluación de conductas de riesgo para adquirir el VIH en su actividad clínica cotidiana. Segundo, existe una necesidad obvia de establecer programas preventivos dirigidos a esta población. Estos programas deberían centrarse en proveer a estos pacientes de adecuada información que les alertara del riesgo de contraer el VIH y que intentara reducir las conductas de riesgo. Además de estas medidas de información general, existe una necesidad de desarrollar programas de entrenamiento en habilidades para reducir estos comportamientos. Recientemente Kalichman et al (1995) han presentado los resultados de un programa para la prevención del SIDA en pacientes crónicos centrado en el entrenamiento en ciertas conductas preventivas con resultados prometedores.

Las unidades psiquiátricas deberían además estar preparadas para realizar el test del VIH confidencialmente y para proveer de asesoramiento pre- y post-test. En la planificación de estos servicios los psiquiatras deben tener en mente las recomendaciones que han realizado varias instituciones (American Psychiatric Association y Royal College of Psychiatrists), las cuales han subrayado la necesidad de evaluar la presencia de conductas de riesgo y de obtener el consentimiento informado antes de realizar el test, así como la necesidad de respetar la confidencialidad.

Las complicaciones derivadas de la extensión de la infección por VIH entre pacientes psiquiátricos significan otro desafío para la psiquiatría, que puede ser afrontado correctamente desde una perspectiva que tenga en cuenta las estrategias de prevención y de tratamiento más adecuadas para la población general, con especial consideración para las circunstancias especiales de los pacientes psiquiátricos.

F. CONCLUSIONES.

1. La muestra de pacientes incluida en el estudio de seroprevalencia anónima es representativa de la población de 18 a 59 años ingresada en nuestra unidad. Nuestra investigación cumple estrictamente los criterios exigibles a cualquier estudio de seroprevalencia anónimo.

2. El porcentaje de seroprevalencia detectado por el test anónimo es alto (5,12%), es decir 1 de cada 20 pacientes de entre 18 y 59 años que ingresan en nuestro servicio son seropositivos.

3. Los pacientes seropositivos son en general UDVP menores de 40 años. La frecuencia de varones entre los seropositivos es menor que en los casos de SIDA comunicados de la población general.

4. Las conductas de riesgo se dan con más frecuencia en menores de 40 años, siendo la más frecuente ser UDVP. Las conductas de tipo heterosexual se dan con más frecuencia entre mujeres que en los casos comunicados de SIDA de la población general.

5. La alta frecuencia de conductas de riesgo hallada en nuestros pacientes y especialmente la alta seroprevalencia anónima, confirman que en España los pacientes psiquiátricos son un grupo de riesgo para adquirir el VIH.

6. Los clínicos detectaron a la mayoría de los pacientes seropositivos pero con una eficiencia en la indicación del test baja

7. No se justifica la determinación de seroprevalencia del VIH a todos los pacientes psiquiátricos. La manera más eficaz y sencilla de identificar, al menos en el momento actual, a posibles seropositivos a los que proponer realizarse el test, es preguntar si presentan alguna conducta de riesgo para adquirir el VIH de las propuestas en nuestro estudio.

8. La consideración de los pacientes psiquiátricos como grupo de riesgo para adquirir el VIH, requiere mayor esfuerzo preventivo y de concienciación de los profesionales. Nosotros proponemos una serie de pautas de actuación en la discusión de resultados y en la sección 11 de la introducción.

9. Nuestro estudio de seroprevalencia anónima en pacientes psiquiátricos es el primero en realizarse fuera de Estados Unidos. Es conveniente la realización de estudios similares al nuestro en otros servicios psiquiátricos españoles y europeos, para estar preparados ante los posibles cambios en la epidemia.

10. Así mismo es necesario repetir este tipo de estudios en nuestra unidad, para así poder monitorizar cambios en las tendencias de distribución de la epidemia en enfermos psiquiátricos en nuestra área geográfica.

G. BIBLIOGRAFIA.

Abernethy V. Sexual Knowledge, attitudes and practices of young female psychiatric patients. *Archives of General Psychiatry*, 1974; 30: 180-182.

Akhtar S, Thompson JA. Schizophrenia and sexuality: a review and a report of twelve unusual cases, part II. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1980; 41: 166-174.

Akhtar S, Thomson JA. Schizophrenia and sexuality: a review of twelve unusual cases part II. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1980; 41: 166-174.

Alterman AL, Erdlen DL, Laporte DJ. Effects of illicit drug use in an inpatient psychiatric population. *Addictive Behaviours*, 1982; 7: 231-242.

American Medical Association. AIDS policy: confidentiality and disclosure. *American Journal of Psychiatry*, 1988; 145: 541.

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn) (DSM IV), Washington DC, APA, 1995.

Angell M. A dual approach to the AIDS epidemic. *New England Journal of Medicine*, 1991; 324: 1498-1500.

Anthony JC, Helzer JE: Syndromes of drug abuse and dependence, in *Psychiatric Disorders in America*. Edited by Robins LN, Refier DA. New York, Free Press, 1991.

Arras J. The fragile web of responsibility: AIDS and the duty to treat. *Hastings Center Report*, 1988; 18 (suppl): 10-20.

Aruffo JF, Coverdale JH, Chacko RC, et al. Knowledge about AIDS among women psychiatric outpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, 1990; 46: 154-162.

Atkinson R. Importance of alcohol and drug abuse in psychiatric emergencies. *California Medicine*, 1973; 118: 1-4.

Atkinson R. Importance of alcohol and drug abuse in psychiatric emergencies. *California Medicine*, 1973; 118: 1-4.

Atkinson R. Importance of alcohol and drug abuse in psychiatric emergencies. *California Medicine*, 1973; 118: 1-4.

Ayuso J, Lastra I, González JC. Study of patients with HIV infection requiring psychiatric hospitalization. VIII International Conference on AIDS, 1993, PuB 7023 (Abstr).

Baer JW, Dwyer PC, Lewitter-Koehler S: Treatment of people with AIDS on an inpatient unit, in *Face to Face: A Guide to AIDS Counselling*. San Francisco, AIDS Health Project, 1989.

Baer JW, Hall JM, Holm K, Lewitter-Koehler S. Challenges in developing an inpatient psychiatric program for patients with AIDS and ARC. *Hospital and Community Psychiatry*, 1987; 38: 1299-1303.

Baker DG & Mossman D. Potential HIV exposure in psychiatrically ill hospitalized adolescent girls. *American Journal of Psychiatry*, 1991; 148: 528-530.

Barnes et al. The HIV-infected health care professional: employment policies and public health. *Law, Medicine & Health Care*, 1990; 18: 311-310.

Bayer R: *Private acts, social consequences: AIDS and the politics of public health*, New York, Free Press, 1989.

Bayer R, Gostin L: Legal and ethical issues in AIDS, in *Current issues in AIDS: vol 2*. Edited by Gottlieb et al. Chicester, UK, John Wiley & Sons, 1989.

Bayer R, Levine C, Wolf SM. HIV antibody screening: an ethical framework for evaluating proposed programs. *JAMA*, 1986; 256: 1768-1774.

Bayer R, Lumey LH, Wan L. The American, British and Dutch responses to unlinked anonymous HIV seroprevalence studies: an international comparasion. *AIDS*, 1990; 4: 283-290.

Bayer R, Lumey LH, Wan L. The American, British and Dutch responses to unlinked anonymous HIV seroprevalence studies: An international comparasion. *AIDS*, 1990; 4: 283-290.

Behrendt C, Kendig N, Dambita C, Horman J, Lawlor J, Vlahov D. Voluntary testing for human immunodeficiency virus (HIV) in a prison population with a high prevalence of HIV. *American Journal of Epidemiology*, 1994; 139: 918-26.

Berardi AL, Garske JP. Effects of sexual arousal on schizophrenics: a comparasion test of hypothesis derived from ego psychology and arousal theory. *Journal of Clinical Psychology*, 1977; 33: 105-109.

Bing E, Nichols S, Prager M et al. The many faces of AIDS: Opportunities for intervention, in *New Direction in Mental Health Services*. In press.

Blendon R, Doneland K, Knox RA. Public Opinion and AIDS: lessons for the second decade. *JAMA*, 1992; 267: 981-986.

Blinder RL. Sex Between Psychiatric inpatients. *Psychiatric Quarterly*, 1985; 57: 121-126.

Bonito AJ, Nurco DN, Shaffer JW. The veridicality of addicts' self-reports in social research. *International Journal of Addictions*, 1976; 11: 719-724.

Booth RE, Watters JK. How effective are risk-reduction interventions targeting injecting drug users?. *AIDS*, 1994; 8: 1515-1524.

Bower RC, Cipywnyk D, D'Arcy C, et al. Alcoholism, anxiety disorders and agoraphobia. *Alcoholism: Clin Exp Res* , 1984; 8: 48-50.

Brewer TF, Derrickson J. AIDS in prison: a review of epidemiology and preventive policy. *AIDS*, 1992; 6: 623-628.

Brookmeyer R. Reconstruction and future trends of the AIDS epidemic in the United States. *Science*, 1991; 7: 349-357.

Brookmeyer R, Damiano A. Statistical methods for short-term projections of AIDS incidence. *Stat Med*, 1989; 8: 23-34.

Brookmeyer R, Gail H: *AIDS epidemiology: a quantitative approach*, New York, Oxford University Press, 1994.

Brookmeyer R, Gall MH. A method for obtaining short-term projections and lower bounds on the size of the AIDS epidemic. *Journal of American Statistical Association*, 1988; 83: 301-308.

Broner RK, Greenfield L, Schmidt CW, Bigelow GE. Antisocial personality disorder and HIV infection among intravenous drug abusers. *American Journal of Psychiatry*, 1993; 150: 53-58.

Buddeberg C, Furrer H, Limacher B. Sexuelle schwierigkeiten ambulant behandelte schizophrene. *Psychiatric Praxis*, 1988; 15: 187-191.

Caplan A: *Make a leap of faith? It's an AIDS dilemma*, St Paul Press, June 23, 1991.

Carlson G, Greeman M, McClellan T. Management of HIV-positive patients who fail to reduce high-risk behaviors. *Hospital and Community Psychiatry*, 1989; 40: 511-514.

Carmen E, Brady S. AIDS risk and prevention for the chronic mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 1990; 41: 652-657.

Carmen EH, Rieker PP. A psychosocial model of the victim-to-patient process: implications for treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 1989; 12: 431-443.

Carmen EH, Rieker PP, Mills T. Victims of violence and psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*, 1984; 141: 378-383.

Castilla J, Zunzunegui MV, García E. Predicción mínima de la incidencia de SIDA en España para el periodo 1992-1995. *Gaceta Sanitaria*, 1993; 7: 105-109.

Center for Disease Control. HIV/AIDS Surveillance Report, 1991; September: 8.

Center for Disease Control. Publicly funded HIV counselling and testing-United States, 1985-1989. *MMWR*, 1989; 262: 2572-2576.

Center for Disease Control. Public Health Service guidelines for counselling and antibody testing to prevent HIV infection and AIDS. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1987; 36: 509-515.

Center for disease control. HIV seroprevalence survey of childbearing women: testing neonatal dried blood specimens on filter paper for HIV antibody. Atlanta, Ga, Center for disease control, 8 August 1988.

Center for Disease Control. Education for preventing transmission of infected with human T-lymphotrophic virus type III/lymphadenopathy-associated virus. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1985a; 34: 517-521.

Center for Disease Control. Recommendations for preventing transmission of infection with human T-lymphotrophic virus type III/lymphadenopathy-associated virus in the workplace. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1985b; 34: 681-686, 691-695.

Center for Disease Control. Recommendations for preventing transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus to patients during exposure-prone invasive procedures. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1991; 40: 1-7.

Center of Disease Control. Mandatory HIV reporting testing deterrent? *CDC AIDS Weekly*, 1989; 8 (march 27).

Centers for Disease Control: National HIV seroprevalence surveys, summary of results: Data from serosurveillance activities through 1989. Atlanta, GA: DHHS, PHS CDC U.S. Dept. Health Human Services, 1990, HIV/CID/9-90/006.

Centers for Disease Control. Update: Public health surveillance for HIV infection-United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1990; 39: 853-861.

Centers for Disease Control. Pilot study of a household survey to determine HIV seroprevalence-United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1991; 40: 1-5.

Centro Nacional de Epidemiología. Nueva definición de caso de SIDA para la vigilancia epidemiológica. *Boletín Epidemiológico y Microbiológico*, 1993; 1: 81-82.

Centro Nacional de Epidemiología. Informe trimestral, *Boletín Epidemiológico y Microbiológico*, 1996; 3.

Clearly PD, Rogers TF, Singer E, et al. Heterosexual partners: a large risk group for AIDS Health education about AIDS among seropositive blood donors. *Health Education Quarterly*, 1986; 13: 1346-1347317-329.

Clement MJ. HIV disease: Are we going anywhere?. *Patient Care*, 1993; 27: 13.

Coates TJ, Morin SF, McKusick L. Behavioral consequences of AIDS antibody testing among men. *JAMA*, 1987; 258: 1889.

Cohen NL, Putnam JF, Sullivan AM. The mentally ill homeless isolation and adaptation. *Hospital and Community Psychiatry*, 1984; 35: 922-924.

Colombotos J, et al: Physicians, nurses and AIDS: preliminary findings from a national study. Washington, DC, Agency for Health Care and Research, 1991.

Comeau AM, Harris JA, McIntosh et al. Polymerase chain reaction in detecting HIV-infection among seopositives infants: relation to clinical status and age to other assays. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1992; 5: 271-278.

Commission on AIDS. AIDS policy: position statement on confidentiality, disclosure an protection of others. *American Journal of Psychiatry*, 1993; 150: 852z.

Cooke M. Housestaff attitudes toward the acquired immunodeficiency syndrome. *AIDS Public Policy Journal*, 1988; 3: 59-60.

Coombs RW et al. Plasma viremian HIV infection. *New England Journal of Medicine*, 1989; 321: 1526.

Corbitt G et al. HIV infection in Manchester. *Lancet*, 1990; 336: 51.

Cournos F, Empfield M, Horwarth E et al. The management of HIV infection in state psychiatric hospitals. *Hospital and Community Psychiatry*, 1989; 40: 153-157.

Cournos F, Empfield M, Horwarth E, McKinnon K, Meyer I, Phil M, Schrage H, Currie C, Agosin B. HIV Seroprevalence among patients admitted to two psychiatric hospitals. *American Journal of Psychiatry*, 1991; 148: 1225-1230.

Cournos F, Empfield M, Horwath E, Schrage H. HIV infection in state hospitals: Case reports and long term strategies. *Hospital and Community Psychiatry*, 1990; 41: 163-166.

Cournos F, Guido JR, Coomaraswamy S, Meyer-Bahlburg H Sugden R, Horwath E. Sexual activity and risk of HIV infection among patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 1994; 151: 228-232.

Cournos F, Horwath E, Guido JR, McKinnon K, Hopkins N.. HIV-1 infection at two public psychiatric hospitals in New York City. *AIDS care*, 1994; 6: 443-452.

Coverdale JH, Aruffo JF. AIDS and family planning counseling of psychiatrically ill women in community mental health clinics. *Community Mental Health Journal*, 1992; 28: 13-20.

Crimp D, Rolston A. AIDS demo-graphics. *Dis Abstr Int* , 1990; 21: 1-12.

Crowley TJ, Chesluk D, Dilts S, et al. Drug and alcohol abuse among psychiatric admissions. *Archives of General Psychiatry*, 1974; 30: 13-20.

Chaisson RE, Bachetti P, Osmond D, et al. Cocaine use and HIV infection in intravenous drug users in San Francisco. *JAMA*, 1989; 261: 561-565.

Davis DI. Differences in the use of substances of abuse by psychiatric patient compared with medical and surgical patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1984; 172: 654-657.

DeJong CAJ, van den Brink W, Hartevelde FM, Gerard E, van der Wielen M. 34. *Comprehensive Psychiatry*, 1993; 34: 87-94.

Delgado A: *Manual SIDA. Aspecto médicos y sociales*, Madrid, IDEPSA, 1988, 89-95.

DesJarlais DC, Chamberland M, Yancovitz SR, et al. Heterosexual partners: a large risk group for AIDS. *Lancet*, 1984; 2: 1346-1347.

Desjarlais D, Friedman SR, Casriel C, et al. AIDS and preventing initiation into intravenous (IV) drug use. *Psychology and Health*, 1987; 1: 179-194.

Deutsch H. Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanal Q*, 1942; 11: 301-321.

DiClemente RJ. The emergence of adolescents as a risk group for human immunodeficiency virus infection. *Journal of Adolescent Research*, 1990; 5: 7-17.

DiClemente RJ, Ponton LE. HIV-related risk behaviors among Psychiatrically hospitalized adolescents and school-based adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 1993; 150: 324-325.

Dirección General de Trabajo. *Relaciones Laborales. La ley*, 1990; 8, abril: 1990.

Dondero TJ, Pappaioanou M, Curran JW. Monitoring the levels and trends of HIV infection. *The Public Health Service's Report*, 1988; 103: 213-290.

Douglas C, Kalman C, Kalman T. Homophobia among physicians and nurses: An empirical study. *Hospital and Community Psychiatry*, 1985; 36: 1309-1311.

Dunner DL, Hensel BM, Fieve RR. Bipolar illness: Factors in drinking behavior. *American Journal of Psychiatry*, 1979; 136: 583-585.

Dwiniddie SH, Reich T, Cloninger CR. Psychiatric comorbidity and suicidality among intravenous drug users. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1992; 53: 364-369.

Edgar H, Sandomire H. Medical Privacy issues in the age of AIDS: legislative options. *American Journal of Law and Medicine*, 1989; 16: 155-210.

Editorial. Eastern Europe faces a Western epidemic. *New Scientist*, 1989; 8: 25-26.

Eiguer A, Litovsky D, Chapuis F. Contribution à l'étude de la mixité et de la formation des couples en milieu psychiatrique. *Inform Psychiat*, 1974; 50: 915-929.

Estroff TW, Dackis CA, Gold MS, et al. Drug abuse and bipolar disorders. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 1985; 15: 37-40.

Estroff TW, Dackis CA, Gold MS, Pottash AL. Drug abuse and bipolar disorders. *International Journal of Psychiatric Medicine*, 1985; 6: 37-40.

Fang CT et al. HIV testing and patient counselling. *Patient Care*, 1989; 23: 19-44.

Farrugia DL. Recognizing emerging borderline personality disorders. *School Counselor*, 1992; 39: 195-201.

Fineberg HV. Education to prevent AIDS: prospects and obstacles. *Science*, 1988; 239: 592-596.

Fischer PJ, Breaky WR. Homeless and mental Health: an overview. *International Journal of Mental Health*, 1986; 14: 6-41.

Fluss SS, Zeegers. Reporting of AIDS and human immunodeficiency virus (HIV) infection: a worldwide review of legislative and regulatory patterns and issues. *AIDS and Public Policy Journal*, 1989; 5: 32-36.

Fox R, Odaka NJ, Brookmeyer R, et al. Effect of antibody test disclosure on subsequent sexual activity in homosexual men. *AIDS*, 1987; 1: 241-246.

Frances A, Clarkin J, Perry S: *Differential Therapeutics in Psychiatry: The Art and Science of Treatment*, New York, Brunner/Mazel, 1984.

Frankenberg G: *The uneasy triumph of pragmatism, in AIDS in the industrialized democracies*. Edited by Kirp DL, Bayer R. New Brunswick , NJ, Rutgers University Press., 1992.

Friedland GH. Early treatment for HIV: the time has come. *New England Journal of Medicine*, 1990; 322: 1000-1002.

Friedland GH, et al. Transmission of the human immunodeficiency virus. *New England Journal of Medicine*, 1987; 317: 1125-1135.

Friedland GH, Harris C, Butkus-Small C, et al. Intravenous drug abusers and the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS): demographic, drug use and needle-sharing patterns. *Archives of Internal Medicine*, 1985; 145: 1413-1417.

Froner G. AIDS and homelessness. *Journal of Psychoactive Drugs*, 1988; 20: 197-202.

Frosch J. The psychotic character: clinical psychiatric considerations. *Psychiatric Quarterly*, 1964; 38: 81-96.

Galanter M, Castaneda R, Ferman J. Substance abuse among general psychiatric patients: place of presentation, diagnosis and treatment. *American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 1988; 14: 211-235.

Galanter M, Egelko S, De Leon G, Rohrs C, Franco H. Crack/cocaine abusers in the general hospital assessment and initiation of care. *American Journal of Psychiatry*, 1992; 149: 810-815.

Gelberg L, Linn LS. Social and physical health of homeless adults previously treated for mental health problems. *Hospital and Community Psychiatry*, 1988; 39: 510-516.

Gewirtz GR, Horwarth E, Cournos F, Empfield M. Patients at risk for HIV (letter). *Hospital and Community Psychiatry*, 1988; 39: 1311-1312.

Gift TE, Wynne LC, Harder D. Sexual life events and schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 1988; 29: 151-156.

Godbey AL, Guerra JR. Pseudoneurotic schizophrenia. *Journal of Florida Medical Association*, 1970; 57: 17-20.

Gorgens. The Third Epidemic. Special report. *World AIDS*, 1989; 11.

Gostin L. HIV infected physicians and the practice of seriously invasive procedures. *Hastings Center Report*, 1989; 19: 32-39.

Gostin L. The future of communicable disease control: toward a new concept in public health law. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1986; 64: 79-96.

Government of Canada Federal AIDS Center: Guidelines on ethical and legal conditions in anonymous unlinked HIV seroprevalence research, Ottawa, Ontario, Government of Canada Federal AIDS Center, May 1988.

Griesser GG et al: Data protection in health information systems: considerations and guidelines, New York, Elsevier, 1980.

Groseclose SL, Erickson B, Quinn TC, Glasser D, Campbell CH, Hook EW-3rd. Characterization of patients accepting and refusing routine, voluntary HIV antibody testing in public sexually transmitted disease clinics. *Sexual Transmission Disease*, 1994; 21: 31-35.

Guirguis WR. Pure erotomania in manic depressive psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 1981; 138: 139-140.

Gunderson JG, Singer MT. Defining borderline patients: an overview. *American Journal of Psychiatry*, 1975; 132: 1-10.

Gussow Z: Leprosy, racism and public health: social policy in chronic disease control, Boulder, Colorado: Westview Press, 1989.

Hahn RA, Onorato IM, Jones TS et al. Prevalence of HIV infection among intravenous drug users in the United States. *JAMA*, 1989; 261: 2677-2684.

Harrell AV: Validation of self report : the research record, in *Self-report Measures of Estimating Drug Use*. NIDA Research Monograph 57. Rockville, Md: US Dept of Health and Human services, 1985, 12-21.

Hasbrouck LM, Daniels N, Bowser BP, Gross SA. Crack-related behaviours undermining AIDS prevention among intravenous drug users. VI International Conference on AIDS, Los Angeles, June 20-23, 1990; 6: 271 (abstract n° SC 728).

Hein K: Adolescents at risk for HIV infection, in *Adolescents and AIDS: A Generation in Jeopardy*. Edited by DiClemente RJ. Newbury Park, California, Sage Publications, 1992.

Hellerstein DJ, Prager ME. Assessing HIV risk in the General Hospital Psychiatric Clinic. *General Hospital Psychiatry*, 1992; 14: 3-6.

Herr BE, Abraham HD, Anderson W. Length of stay in a general hospital psychiatry unit. *General Hospital Psychiatry*, 1991; 13: 68-70.

Hoch P, Cattell J. The diagnosis of pseudoneurotic schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 1949a; 33: 248-276.

Hoch P, Polatin P. Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 1949b; 23: 248-276.

Horwath E, Kramer M, Cournos F, Gewirth G. Clinical presentations of AIDS and HIV infection in state psychiatric facilities. *Hospital and Community Psychiatry*, 1989; 40: 502-506.

Hull HF, Bettinger CJ, Gallaher M, et al. Comparison of HIV-antibody prevalence in patients consenting to and declining HIV-antibody testing in an STD clinic. *JAMA*, 1988; 260: 935-938.

Illinois Public Health Act 85-925. House Bill 936, 1987.

Illinois Public Health Act 86-884. House Bill n° 18, 1989.

Imperato P, Feldman J, Nayeri K, et al. Medical students' attitudes toward caring for patients with AIDS in a high incidence area. *New York State Journal of Medicine*, 1988; 88: 223-227.

Institute of Medicine: HIV screening of pregnant women and newborns, Washington, DC, National Academic Press, 1991.

Institute of Medicine and National Academy of Sciences: *Confronting AIDS*, Washington DC, 1986.

Isaacman SH. HIV surveillance testing: taking advantage of the disadvantaged. *American Journal of Public Health*, 1993; 83: 597-598.

Jones L. HIV infection labeled as STD; board to clarify testing policy. *American Medical News*, 1990; 14: 3.

Joseph JG, Montgomery SB, Emmons C, et al. Perceived risk of AIDS: assessing the behavioural and psychosocial consequences in a cohort of gay men. *Journal of Applied Social Psychology*, 1987; 17: 231-250.

Kalichman SC, Kelly JA, Jhonson JR, Bulto M. Factors associated with risk for HIV infection among chronic mentally adults. *American Journal of Psychiatry*, 1994; 151: 221-227.

Keitner G, Grof P. Sexual and emotional intimacy between psychiatric inpatients: formulating a policy. *Hospital and Community Psychiatry*, 1981; 32: 188-193.

Kelly J, St Lawrence J, Smith S, et al. Stigmatization of AIDS patients by physicians. *American Journal of Public Health*, 1987; 77: 455-459.

Kelly JA, Murphy DA, Bahr GR, Brasfield TL, Davis DR, Hauth AC, Morgan MG, Stevenson LY, Eilers MK. AIDS/HIV risk behavior among the chronic mentally ill. *American Journal of Psychiatry*, 1992; 149: 886-889.

Kelly JA, St Lawrence JS, Hood HV, Brasfield TL. Behavioral intervention to reduce AIDS risk activities. *J Consul Clin Psychol*, 1989; 57: 60-67.

Kernberg O. Borderline personality organization. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 1967; 15: 642-685.

Khantzian EJ. The self medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 1985; 142: 1259-1264.

Kim A, Galanter M, Castaneda R et al. Crack cocaine use and sexual behaviour among psychiatric patients. *American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 1991; 18: 235-246.

Kirp DL, Bayer R: AIDS in the Industrialized Democracies: passions, politics and policies, New Brunswick, Rutgers University Press, 1992.

Klaf FS, Davis CA. Homosexuality and paranoid schizophrenia a survey of 150 cases and controls. American Journal of Psychiatry, 1960; 116: 1070-1075.

Klein HR, Horwitz WA. Psychosexual factors in the paranoid phenomena. American Journal of Psychiatry, 1949; 105: 697-701.

Kosten TR, Klebber HD. Differential diagnosis of psychiatric comorbidity in substance abusers. Journal of Substance Abuse Treatment, 1988; 5: 201-206.

Kubler-Ross E: On Death and Dying, New York, Macmillan, 1969.

Lamb HR, Grant RW. Mentally ill women in a county jail. Archives of General Psychiatry, 1983; 40: 363-368.

Lee CA, Phillips AN, Elford J, Janossy G, Griffiths P, Kernoff P. Progresion of HIV disase in haemophiliac cohort followed for 11 years and the effect of treatment. British Medical Journal, 1991; 303: 1093-6.

Lehman AF, Myers CP, Corty E. Assesment and clasification of patients with psychiatric ans substance abuse syndromes. Hospital and Community Psychiatry, 1989; 40: 1019-1025.

Lehman HE: Affective disorders: Clinical features, in Comprehensive Textbook of Psychiatry. Edited by Kaplan HI and Sadock BJ. Baltimore, Williams and Wilkins, 1985, 798.

Levine C, Bayer R. The ethics of screening for early intervention in HIV disase. American Journal of Public Health, 1989; 79: 1661-1667.

Lewis CE, Rice J, Helzer JE. Diagnostic interactions alcoholism and antisocial personality. Journal of Nervous and Mental Disase, 1983; 171: 105-113.

Lifson AR, Hesol N, Rutherford G, O'Malley P, Barnhart L, Buchbinder S, Cannon L, Bodecker T, Holmberg S, Harrison J , Doll L. Natural history of HIV infection in a cohort of homosexual and bisexual men: clinical and immunologic outcome, 1977-1990. VI International Conference on AIDS, Book of abstracts ThC 33. San Francisco, 1990.

Link R, Feingold A, Charas M, et al. Concerns of medical and pediatric house officers about acquiring AIDS from their patients. American Journal of Public Health, 1988; 77: 789-791.

Lui KJ, Darrow WW, Rutherford GW. A model-based estimate of the mean incubation period for AIDS in homosexual men. Science, 1988; 240: 1333-1335.

LuKianowicz N. Sexual drive and its gratification in schizophrenia. International Journal of Sociological Psychiatry, 1963; 9: 250-258.

Lukoff D, Gioia-Hasik D, Sullivan G, Golden JS, Nuechterlein KH. Sex education and rehabilitation with schizophrenic male outpatients. *Schizophrenia Bulletin*, 1986; 12: 669-677.

Lyketsos GC, Sakka P, Mailis A. The sexual adjustment of chronic schizophrenics: a preliminary study. *British Journal Psychiatry*, 1983; 143: 376-382.

Lyter DW: The role of HIV testing in AIDS prevention programs, in *Preventing AIDS*. Edited by Valeliseni RO. New Brunswick, NJ, Rutgers University Press, 1989.

Lyter DW, Valdiserri RO, Kingsley LA, et al. The HIV antibody test: why gay and bisexual men want or do not want to know their results. *Public Health Reports*, 1987; 102: 468-474.

Mahler J, Yi D, Sacks M, Dermatis H, Stebinger A, Card C, Perry S. Undetected HIV infection among patients admitted to an alcohol rehabilitation unit. *American Journal of Psychiatry*, 1994; 151: 439-440.

Mann J, Tarantola, DJM, Netter TW: *AIDS in the World. A global report.*, Cambridge MA, Harvard University Press, 1992.

Maso L, La Vecchia C, Negri E, Serraino D. AIDS incidence rates in Europe and the United States. *AIDS*, 1994; 8: 1173-1177.

McCusker J, Stoddard AM, Mayer KH, et al. Effects of HIV antibody test knowledge on subsequent sexual behavior in a cohort of homosexually active men. *American Journal of Public Health*, 1988; 78: 462-467.

McDermott BE, Sautter F, Wintead DK, Quirk T. Diagnosis, health beliefs and risk of HIV infection in psychiatric patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 1994; 45: 580-585.

McDonald AM, Gertig DM, Crofts N, Kaldor JM. A national surveillance system for newly acquired HIV infection in Australia. *American Journal of Public Health*, 1994; 84: 1923-1928.

McEvoy JP, Hatcher A, Appelbaum PS et al. Chronic schizophrenic women's attitudes toward sex, pregnancy, birth control and childbearing. *Hospital and Community Psychiatry*, 1983; 34: 536-539.

McLellan AT, Druley KA. Random relation between drugs of abuse and psychiatric diagnoses. *Journal of Psychiatric Research*, 1977; 13: 179-184.

McLellan AT, Druley KA. Random relation between drugs of abuse and psychiatric diagnoses. *Journal of Psychiatric Research*, 1977; 13: 179-184.

McLellan AT, Woody GE, O'Brien CP. Development of psychiatric illness in drug abusers: a possible role of drug preference. *New England Journal of Medicine*, 1979; 301: 1310-1314.

Medhus A. Venereal diseases among female alcoholics. *Scan J Soc Med*, 1975; 3: 29-33.

Meyer I, McKinnon K, Cournos F, Empfield M, Bavli S, Engel D, Weinstock A. HIV seroprevalence among long-stay patients in a state psychiatric hospital. *Hospital and Community Psychiatry*, 1993; 44: 282-284.

Miller BL, Cummings JL, McIntyre H, Ebers G. Hypersexuality or altered sexual preference following brain injury. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 1986; 49: 867-873.

Ministerio de Sanidad y Consumo : Epidemiología del SIDA en España, situación en el contexto mundial, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1994, 16-17.

Ministerio de Sanidad y Consumo: Epidemiología del SIDA en España. Situación en el contexto mundial. Diciembre 1995, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995, 30-65.

Modestin J. Patterns of overt sexual interaction among acute psychiatric inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1981; 64: 446-459.

Mueser KT, Bellack AS, Blanchard J. Comorbidity of schizophrenia and substance abuse: implications for treatment. *Journal of Consult Clin Psychol*, 1992; 60: 857-869.

Myers JK, Weissman MM, Tischler GL, et al. Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities 1980 to 1982. *Archives of General Psychiatry*, 1984; 41: 959-967.

Nestoros JN, Lehmann HE, Ban TA. Sexual behavior of the males schizophrenic: the impact of illness and medications. *Archives of Sexual Behavior*, 1981; 10: 421-441.

O'Donnell L, O'Donnell C. Hospital workers and AIDS: Effect of in-service education on knowledge and perceived risks and stresses. *New York State Journal of Medicine*, 1987; 87: 278-280.

Ohi G, Terao H, Hasegawa T, et al. Notification of HIV carriers: possible effect on uptake of HIV testing. *Lancet*, 1988; 2: 947-949.

Ostrow DG. AIDS prevention through effective education. Special issue: living with AIDS: II. *Daedalus*, 1989; 118: 229-254.

Ostrow DG. HIV counselling and testing of psychiatric patients: time to reexamine policy and practices. *General Hospital Psychiatry*, 1992; 14: 1-2.

Perkins DO, Davidson EJ, Leserman J, Liao D, Evans DL. Personality disorder in patients infected with HIV: a controlled study with implications for clinical care. *American Journal of Psychiatry*, 1993; 150: 309-315.

Perry S. Organic mental disorders caused by HIV: update on early diagnosis and treatment. *American Journal of Psychiatry*, 1990; 147: 696-710.

Perry S. Irrational attitudes towards addicts and narcotics. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 1985; 61: 706-727.

Perry S. Warning third parties at risk of AIDS: APA's policy is a barrier to treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 1989; 40: 158-161.

Perry S, Ryan J, Fogel K, Fishman B, Jacobsberg L. Voluntary informing others of positive HIV test results: patterns of notification by infected gay men. *Hospital and Community Psychiatry*, 1990; 41: 549-551.

Poshyachinda V. Drugs and AIDS in Southeast-Asia. *Forensic Sci Int*, 1993; 62: 15-28.

Quitkin FM, Rabbin JG: Hidden psychiatric diagnosis in the alcoholic, in *Alcoholism and Clinical Psychiatry*. Edited by Solomon J. New York, Plenum, 1982.

Quitkin FM, Rifkin A, Kaplan J et al. Phobic anxiety syndrome complicated with drug dependence and addiction. *Archives of General Psychiatry*, 1972; 27: 159-162.

Rangell L. The borderline case (panel report). *Journal of American Psychoanalytic Association*, 1955; 3: 285-298.

Richard ML, Liskow BI, Perry PJ. Recent psychostimulant use in hospitalized schizophrenics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1985; 46: 79-83.

Richardson Ma, Craig TJ, Jaugland G. Treatment patterns of young chronic schizophrenic patients in the era of deinstitutionalization. *Psychiatric Quarterly*, 1985; 57: 104-110.

Rieker PP, Carmen EH. The victim-to-patient process: the disconfirmation and transformation of abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1986; 56: 360-370.

Ritzler BA, Staruss JS, Vanord A, et al. Prognostic implications of various drinking patterns in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 1977; 134: 546-549.

Robertson JA, Plant MA. Alcohol, sex, and risks of HIV infection. *Drug Alcohol Dependence*, 1988; 22: 75-78.

Robins LN: *Deviant children grow up*. Baltimore, Williams and Wilkins, 1966.

Rosner S. Problems of working through with borderline patients. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1969; 6: 43-45.

Ross M. Components and structure of attitudes toward AIDS. *Hospital and Community Psychiatry*, 1988; 39: 1306-1308.

Rubsamen-Waigmann H, Mainar J, Gerte S, Brede HD, Dietrich U, Mahanbre G, Pfutzner A. High proportion of HIV-2 and HIV-1/2 double-reactive sera in two Indian states, Maharashtra and Goa: first appearance of an HIV-2 epidemic along with an HIV-1 epidemic outside of Africa. *Int J Med Microbiol Virol Parasitol Infect Dis*, 1994; 280: 398-402.

Sacks M, Dermatis H, Looser-Ott S, Burton W, Perry S. Undetected HIV infection among acutely ill psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 1992; 149: 544-545.

Sacks M, Dermatis H, Looser-Ott S, Perry S. Seroprevalence of HIV and risk factors for AIDS in psychiatric inpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, 1987; 43: 736-737.

Sacks MH, Perry S, Graver R, Schindlecker R, Hall S. Self reported HIV-related risk behaviours in psychiatric patients: a pilot study. *Hospital and Community Psychiatry*, 1990; 41: 1253-1255.

Sacks MH, Silberstein C, Weiler P, Perry S. HIV-related risk factors in acute psychiatric inpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, 1990; 41: 449-451.

Safer DJ. Substance abuse by young adult chronic patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 1987; 38: 511-514.

Sánchez Caro J, Giménez Cabezón JR: *Derecho y SIDA*, Madrid, Mapfre, 1995, 2.

Sandstrom E: Public Health approach to HIV infection in Sweden , in *AIDS in children, adolescents and heterosexual adults*. Edited by Schinazi RF and Nahmias AJ. New York, Elsevier, 1988.

Sarkar S, Das N, Panda Tn, Sarkar K, Singh BC et al. Rapid spread of HIV among injecting drug users in north-eastern states of India. *Bull Narc*, 1993; 45: 91-105.

Sarti GM. Asymptomatic patients with HIV infection. *Postgrad Medi*, 1990; 87: 143-154.

Satll RD, Coates Tj, Hoff C. Behavioral risk reduction for HIV infection among gay and bisexual men: a review of results from the United States. *American Psychologist*, 1988; 43: 878-885.

Saugstad LF. Social class, marriage and fertility in schizophrenia. *Schizophrenic Bulletin*, 1989; 15: 9-43.

Schleifer SJ, Keller SE, Franklin JE, LaFarge S, Miller SI. HIV seropositivity in inner city alcoholics. *Hospital and Community Psychiatry*, 1990; 41: 248-249.

Schneider FR, Siris SG. A review of psychoactive substance use and abuse in schizophrenia: patterns of drug choice. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1987; 175: 641-652.

Schneider FR, Siris SG. A review of psychoactive substance use and abuse in schizophrenia: patterns of drug choice. *Journal of Nervous Mental Disease*, 1987; 175: 641-652.

Schoenbaum EE, Hartel D, Friedland GH. Crack use predicts incident HIV seroconversion. VI International Conference on AIDS, 1990; *THC* 103: 159.

Schover LR, Jensen SB: *Sexuality and Chronic Illness*, New York, Guildford, 1988.

Schuckit M. Genetic and clinical implications of alcoholism and affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 1986; 143: 140-147.

Seeman MV, Lang M, Rector N. Chronic Schizophrenia: a risk factor for HIV?. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1990; 53: 765-768.

Seligman EP: *Helplessness*, San Francisco, Freeman, 1975.

Servicio de Epidemiología de la Comunidad de Madrid. Informe: registro regional de casos de SIDA en la Comunidad de Madrid. *Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid*, 1995b; 4 (10): 3-28.

Servicio de Epidemiología de la Comunidad de Madrid. Informe: vigilancia del SIDA en España. Informe trimestral nº3, 1995. *Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid*, 1995a; 4 (11): 3-29.

Sheets JL, Prevost JA, Reihman J. Young adult chronic patients: three hypothesized subgroups. *Hospital and Community Psychiatry*, 1982; 33: 197-203.

Shernoff M. Integrating safer-sex counselling into social work practice. *Social Casework*, 1988; 69: 334-339.

Siegel K, Bauman LJ, Christ GH, et al. Patterns of change in sexual behavior among gay men in New York City. *Archives of Sexual Behavior*, 1988; 17: 481-497.

Singh S, Crofts N. HIV infection among injecting drug users in north-east Malaysia. *AIDS Care*, 1992; 5: 273-81.

Smart RG, Jarvis GK. Do self-reports studies of drug use really give dependable results?. *Canadian Journal of Criminology*, 1981; 23: 3-12.

Smith E, Rix BA, Melbye M. Mandatory anonymous HIV surveillance in Denmark: the first results of a new system. *American Journal of Public Health*, 1994; 84: 1929-1932.

Smith J, Hucker S. Dual diagnosis patients: substance abuse by the severely mentally ill. *British Journal of Hospital Medicine*, 1993; 50: 650-654.

Snyder S, Reyner A, et al. Prevalence of mental disorders in newly admitted medical inpatients with AIDS. *Psychosomatics*, 1992; 33: 166-170.

Sokolow L, Welte J, Hynes G, Lyons J, 1981. Multiple substance abuse by alcoholics. *British Journal of Addiction*, 1981; 76: 147-158.

St Louis ME, Rauch KJ, Petersen LR, et al. Seroprevalence rates of human immunodeficiency virus infection at sentinel hospitals in the United States. *New England Journal of Medicine*, 1990; 323: 213-218.

St Louis ME, Raugh KJ, Petersen LR, et al. Seroprevalence rates of human immunodeficiency virus infection at sentinel hospitals in the United States. *New England Journal of Medicine*, 1990; 323: 213-218.

Stall R, McKusick L, Wiley J, et al. Alcohol and drug use during sexual activity and compliance with safe sex guidelines for AIDS: the AIDS Behavioural Research Project. *Health Education Quarterly*, 1986; 13: 359-371.

Stefan M, Catalan J. Psychiatric patients and HIV infection: a new population at risk. *British Journal of Psychiatry*, 1995; 167: 721-727.

Steffen M: France: social solidarity and scientific expertise, in AIDS in the industrialized democracies. Edited by Kirp DL, Bayer R. New Brunswick , NJ, Rutgers University Press, 1992.

Stein M. The treatment of a female low-level borderline personality disorder. *Issues in Ego Psychology*, 1990; 13: 124-139.

Stenstedt A. A study in manic-depressive psychoses. *Acta Psychiatrica and Neurologica Scandinavica*, 1952; 79 (suppl): 3011.

Stephens R. The truthfulness of addict respondents in research projects. *International Journal of Addictions*, 1972; 7: 549-558.

Strain J, Forstein M. "Yes" and "no". Viewpoints-Crossfire: it is time to require mandatory HIV testing of all hospitalized inpatients. *Psychiatric News*, 1991; 15: 9-30.

Sultkin G, Chin J, Tarantola D, Mann J: Use of HIV surveillance data in national AIDS control programmes, World Health Organization, 1990, WHO/GPA/SFI/90.1.

Susser E, Goldfinger SM, White A. Some clinical approaches to the homeless mentally ill. *Community Mental Health Journal*, 1990; 26: 4633-480.

Susser E, Struening EL, Conover S. Psychiatric problems in homeless men: lifetime psychosis, substance abuse and current distress in new arrivals at New York City Shelters. *Archives of General Psychiatry*, 1989; 46: 845-850.

Susser E, Valencia E, Conover S. Prevalence of HIV infection among psychiatric patients in a New York City men's shelter. *American Journal of Public Health*, 1993; 83: 568-570.

Susser E, Valencia E, Conover S. Prevalence of HIV infection among psychiatric patients in a New York City men's shelter. *American Journal of Psychiatry*, 1993; 83: 568-570.

Task force on Pediatric AIDS, American Academy of Pediatrics. Prenatal human immunodeficiency (HIV) testing. *American Academy of Pediatrics News*, 1992; 20.

Taylor M, Abrahams R. Manic states: a genetic study of early and late onset of affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 1973; 28: 656-658.

Taylor M, Abrams R, Stales M. A genetic study of early and late onset of affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 1972; 28: 656-658.

Test M, Wallisch LS, Allness DJ, et al. Substance use in young adults with schizophrenic disorders. *Schizophrenic Bulletin*, 1989; 15: 456-476.

Test MA, Berlin SB. Issues of spacial concern to chronically mentally ill women. *Professional Psychology*, 1981; 12: 136-145.

Test MA, Knoedler W, Allness DJ, Ripp K. Characteristics of young adults with schizophrenic disorders treated in the community. *Hospital and Community Psychiatry*, 1985; 36: 853-858.

Treiber F, Shaw D, Malcom R. Acquired immune deficiency syndrome psychological impact on health personnel. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1987; 175: 496-499.

Treier TR, Levy RJ. Emergent, urgent and elective admissions. *Archives of General Psychiatry*, 1969; 421: 423-430.

Turner C, Miller HC, Moses LE: AIDS sexual behavior and intravenous drug use. Washington, DC, National Academic Press, 1989.

Valovka J, Convit A, Czobor P, Douyon R, O'Donnell J, Ventura F. HIV seroprevalence and risk in psychiatric inpatients. *Psychiatric Research*, 1991; 39: 109-114.

Van Wijngaarden JK: The Neetherlands: AIDS in a consensual society, in AIDS in the industrialized democracies. Edited by Kirp DL, Bayer R. New Brunswick , NJ, Rutgers University Press., 1992.

Verhulst J, Schneidman B. Schizophrenia and sexual functioning. Hospital and Community Psychiatry, 1981; 32: 259-262.

Vermund SH, Hein K, Gayle JM, Thomas PA, Drucker E. Acquired immunodeficiency syndorme among adolescents. American Journal of Dis Child, 1989; 143: 1220-1225.

Volavka J, Convit A, Czobor P, Douyon R, O'Donnell J, Ventura G. HIV seroprevalence and risk behaviors in psychiatric inpatients. Psychiatric Research, 1991; 39: 109-114.

Volavka J, Convit A, O'Donnell J, Douyon R, Evangelista C, Czobor P. Assesment of risk behaviours for HIV infection among psychiatric inpatients. Hospital and Community Psychiatry, 1992; 43: 482-485.

Volberding P, Lagakos S, Koch M et al. Zidovudine in asymptomatic human immunodeficiency virus infection: a controlled trial in persons with fewer than 500 CD4-positive cells per cubic millimeter. New England Journal of Medicine, 1990; 322: 941-949.

Wasow M. Sexuality and the institutionalized mentally ill. Sexuality and Disability, 1980; 3: 3-16.

Way BB, McCormick LL. The mentally ill Chemical Abusing Population: a review of the literature. Albany, NY, State Office of Mental Health, 1990.

Weingold HP, Lachin JM, Bell HA, et al. Depression as a symptom of alcoholism: search for a phenomenon. Journal of Abnormal Psychology, 1968; 73: 195-197.

Weissman MM, Pottenger M, Kleber H, et al. Symptom patterns in primary and secondary depression. A comparasion of primary depressives with depressed opiate adidcts, alcoholics and schizophrenics. Archives of General Psychiatry, 1977; 34: 854-862.

Welch S, Meagher J, Soos J. Sexual Behaviour of hospitalized chronic psychiatric patients. Hospital and Community Psychiatry, 1991; 42: 855-856.

Welch S, Meagher J, Soos J, Bhopal J. Sexual behavior of hospitalized chronic psychiatric patients. Hospital and Community Psychiatry, 1991; 42: 855-856.

Weniger BG, Prasert T, Jacob JT.. The HIV epidemic in Tailand, Inmdia and neighbouring nations: Afourth epidemiological Pattern emerges in Asia. VIII International Conference on AIDS/III STD World Congress. Amsterdam, 1992; PoC 4087.

Westermayer J, Walzer V. Sociopathy and drug use in a young psychiatric population. *Dis Ner Syst*, 1975; 36: 673-677.

WHO: The HIV/AIDS pandemic: 1993 overview, Ginebra, autor, 1993.

WHO Global programme on AIDS: Unlinked anonymous screening for the public health surveillance of HIV infections. Proposed international guidelines, Geneva, WHO, 1989.

Wolberg A: The psychoanalytic treatment of the borderline patient in the individual and the group setting, in *Topical Problems in Psychotherapy*. Edited by Hulse J. New York, S Karger, 1960.

Working group on PCP prophylaxis in children. Guidelines for prophylaxis against pneumocystis carinii pneumonia for children infected with human immunodeficiency virus. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1991; 40: 1-13.

World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Geneva, WHO, 1992.

World Health Organization. *Weekly Epidemiological Record*, 1991; 66: 1-2.

World Health Organization. *Weekly Epidemiological Record*, 1993; 68: 9-11.

World Health Organization. *Weekly Epidemiological Record*, 1995; 70: 193-195.

Zafrani M, McLaughlin DG. Knowledge about AIDS. *Hospital and Community Psychiatry*, 1990; 41: 1261.

Zamperetti M, Goldwurm GF, Abbate E, Gris T, Muratori S, Vigo B: Attempted suicide and HIV infection: epidemiological aspects in a psychiatric ward, in *Abstracts, VI International Conference on AIDS*. Los Angeles, American Foundation for AIDS research, 1990, p182.

Zonana H. Warning third parties at risk of AIDS: APA's policy is a reasonable approach. *Hospital and Community Psychiatry*, 1989; 40: 162-164.

Zubenko GS, George AW, Soloff PH, Scultz P. Sexual practices among patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 1987; 144: 748-752.

Zubenko GS, George AW, Soloff PH, Schultz P. Sexual practices among patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 1987; 144: 748-752.

Zverina J, Lackman M, Pondelickova J, Vanek J. The occurrence of atypical sexual experience among various females patient groups. *Archives of Sexual Behaviour*, 1987; 16: 3221-326.