UNIVERSIDAD DE GRANADA. FACULTAD DE MEDICINA.

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA MEDICA

TESIS DOCTORAL

"CARACTERISTICAS DIFERENCIALES ENTRE ADICTOS A DROGAS POR VIA PARENTERAL (A.D.V.P.), SEROPOSITIVOS Y SERONEGATIVOS, FRENTE AL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (V.I.H.)".

Mª DOLORES CARRETERO ALFEREZ

Granada, 1 de Diciembre de 1992

DON MIGUEL SOLER VIÑOLO, PROFESOR TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE GRANADA,

CERTIFICA: Que Dª Mª DOLORES CARRETERO ALVAREZ, Licenciada en Medicina y Cirugía, ha realizado su trabajo de Tesis Doctoral sobre el tema:

"CARACTERISTICAS DIFERENCIALES ENTRE ADICTOS A DROGAS POR VIA PARENTERAL (A.D.V.P.) SEROPOSITIVOS Y SERONEGATIVOS FRENTE AL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (V.I.H.)", bajo mi dirección, habiendo sido revisada la presente y estando conforme con su presentación para ser juzgada.

Granada, 1 de Diciembre de 1992

Fdo. Prof. M. SOLER VIÑOLO

DOÑA PILAR SOLER ARREBOLA, PROFESOR TITULAR INTERINO DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE GRANADA,

CERTIFICA: Que Dª Mª DOLORES CARRETERO ALFEREZ, Licenciada en Medicina y Cirugía, ha realizado su trabajo de Tesis Doctoral sobre el tema:

"CARACTERISTICAS DIFERENCIALES ENTRE ADICTOS A DROGAS POR VIA PARENTERAL (A.D.V.P.), SEROPOSITIVOS Y SERONEGATIVOS, FRENTE AL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (V.I.H.)", bajo mi co-dirección, habiendo sido revisada la presente y estando conforme con su presentación para ser juzgada.

Granada, 1 de Diciembre de 1992

Fdo. Prof. P. SOLER ARREBOLA

AGRADECIMIENTOS

Al presentar este trabajo de investigación deseo expresar mi gratitud a aquellas personas que de una forma u otra han contribuido a su realización.

En primer lugar mi más sincero agradecimiento a los Directores de mi Tesis Doctoral; el Profesor D. Miguel Soler Viñolo, mi primer maestro, que con sus conocimientos científicos y su estímulo personal dio luz y guió este trabajo, ayudándome, a demás, en los comienzos de mi orientación profesional, y a la Profesora Pilar Soler Arrebola que con su orientación, estímulo y ayuda ha compartido hasta el final todos los problemas planteados a lo largo del trabajo.

También he de agradecer al Profesor Jorge Bolaños Carmona por su imprescindible y decida colaboración en la realización del tratamiento estadístico de los resultados.

A los miembros del Departamento de Psiquiatría, y en especial quiero resaltar un merecido agradecimiento a la Profesora Carmen Martín Galindo, por su participación en el Psicodiagnóstico de Rorschach, así como por su apoyo personal; al Profesor Juan Antonio Gazquez Evangelista por su orientaciones en el Psicodiagnóstico de Rorschach, y al Profesor D. Carlos Ruiz Ogara, que con sus enseñanzas logró me interesara y estimulara más en el campo de la Psiquiatría.

Así mismo tengo un deber de agradecimiento con aquellos Centros que han facilitado día tras día la recogida de material indispensable para la realización del trabajo: Centro Provincial de Drogodependencias de Granada y en especial al Director Antonio Torres Sánchez y a cada uno de los profesionales que allí trabajan; Unidad

de Desintoxicación Hospitalaria del Hospital Virgen de la Nieves, y en especial al Doctor Nicolás Pérez Alférez y miembros de su equipo.

Quiero agradecer a la Doctora Victoria Zunzunegui Pastor quien me inició en el apasionante campo de la investigación de una patología reciente como es el S.I.D.A. y de quien recibí estímulo en todo momento. De ella aprendí la importancia de trabajar con tesón, optimismo y el interés de hacer el esfuerzo en beneficio de los afectados.

A los miembros del Departamento de Medicina Preventiva, quienes me proporcionaron la información epidemiológica a lo largo del trabajo.

Una atención especial a las personas atendidas con problemas de adicción a las drogas, que se han brindado voluntaria y desinteresadamente a participar en esta investigación.

Por último, quiero resaltar un merecido agradecimiento a mi familia y amigos, quienes han sabido aquietar mis preocupaciones y alegrarse con el esfuerzo y hallazgos que el trabajo científico representa.

A mis padres.

A mis hermanos.

INDICE

I. INTRODUCCION 1

I.A. Etiopatogenia de la infección por V.I.H. 2

I.B. Definición actual del S.I.D.A. 6

I.C. Historia natural de la infección por V.I.H.: clínica 7

I.D. Epidemiologia de la infección V.I.H. 15

I.E. Tratamiento de la infección V.I.H. 21

I.F. Aspectos psicosociales sobre el S.I.D.A. 28

I.G. Complicaciones neurológicas del S.I.D.A. 37

I.H. Aspectos neuropsiquiátricos del S.I.D.A. 53

I.I. Complicaciones neuropsicológicas de la infección por V.I.H. 64

I.J. Complicaciones neurológicas de las toxicomanías 73

I.J.A. Complicaciones neurológicas del cánnabis 73

I.J.B. Complicaciones neurológicas no infecciosas asociadas a la heroína 74

I.J.C. Complicaciones infecciosas del S.N.C. en A.D.V.P. . . 77

II. JUSTIFICACION Y OBJETIVOS 79

III. MATERIAL Y METODO 85

III.A. MATERIAL 86

III.B. METODO 91

III.B.1. Recogida de datos 91

a. Cuestionario sociodemográfico, biográfico, de información y actitudes frente al S.I.D.A. y de la historia de su toxicomanía 92

b.Escala de acontecimientos vitales de Paykel. 94
c.Escala de ansiedad, depresión y vulnerabilidad de Hassanyeh 98
d.Mini-examen cognoscitivo 102
e.Psicodiagnóstico de Rorschach 106
III.B.2. Ordenación de datos 109
a.Cuestionario sociodemográfico, biográfico, de información y actitudes frente al S.I.D.A. y de la historia de su toxicomanía. 109
b.Escala de acontecimientos vitales de Paykel 111
c.Escala de ansiedad, depresión y vulnerabilidad de Hassanyeh 113
d.Mini-examen cognoscitivo 113
e.Psicodiagnóstico de Rorschach 114
1. Características generales 114
2. Elementos de la apercepción 114
3. Determinantes 114
4. Contenido 115
5. Originalidad 116
6. Porcentajes y tipos 116
7. Fenómenos especiales 117
III.B.3. Método estadístico 117

IV. RESULTADOS 118
IV.A. Cuestionario sociodemográfico, biográfico; de informacion y actitudes frente al S.I.D.A. y de la historia de su toxicomanía. 122
1. Aspectos sociodemográficos y biográficos 122

2. Información y actitudes frente al S.I.D.A. 179

3. Historia de su toxicomanía 189

IV.B. Escala de acontecimientos vitales de Paykel 224

IV.C. Cuestionario de ansiedad, depresión y vulnerabilidad de Hassanyeh 236

IV.D. Mini-examen cognoscitivo 238

IV.E Psicodiagnóstico de Rorschach 242

1. Significaciones 242

2. Características generales 246

3. Elemento de la apercepción 248

4. Determinantes 252

5. Contenido 255

6. Originalidad 260

7. Porcentajes 260

8. Fenómenos especiales 271

Resumen de resultados 281

V. DISCUSION 298

V.A. Análisis de los resultados a través del cuestionario sociodemográfico, biográfico, de información y actitudes frente al S.I.D.A. y de la historia de su toxicomanía 299

1. Aspectos sociodemográficos y biográficos 299

2. Información y actitudes frente al S.I.D.A. 310

3. Historia de su toxicomanía 316

V.B. Análisis de los resultados de los factores estresantes (Escala de acontecimientos vitales de Paykel) 326

V.C. Análisis de los resultados de ansiedad, depresión y vulnerabilidad de Hassanyeh 330
1. Análisis de los resultados de ansiedad y depresión 330
2. Análisis de los resultados de vulnerabilidad 333
V.D Análisis de los resultados de las funciones cognitivas (Mini-examen cognoscitivo) 335
V.E. Análisis de los resultados de las características de personalidad, depresión, neurosis y de las funciones cognitivas (Psicodiagnóstico de Rorschach) 339
1. Análisis de los resultados de las características de la personalidad 339
a) Significaciónes 339
b) Características generales 342
c) Elementos de la apercepción 343
d) Determinantes 345
e) Contenido 349
f) Originalidad 350
g) Porcentajes y tipos 350
h) Fenómenos especiales 352
2. Neurosis 357
3. Análisis de los resultados de depresión 359
4. Análisis de los resultados de las funciones cognitivas 360
VI. CONCLUSIONES 364
VII. BIBLIOGRAFIA 369

I. INTRODUCCION

I.A. ETIOPATOGENIA DE LA INFECCION POR V.I.H.

El Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (S.I.D.A.) fue detectado en Junio de 1.981, cuando fueron comunicados a los Centros de control de enfermedades de Atlanta cinco casos de neumonía producidas por el protozoo pneumocystis carinii, en hombres jóvenes homosexuales en Los Angeles (California). Además, muchos de estos pacientes presentaban también un tipo de cáncer poco frecuente, el sarcoma de Kaposi, que apuntaba a que se estaba ante una forma infecciosa de deficiencia inmunológica: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Center for disease control, 1.982). A continuación se comprobó que el S.I.D.A. se propagaba entre los consumidores de drogas por vía intravenosa, los receptores de transfusiones de sangre y entre los haitianos. A finales de 1.981, los informes epidemiológicos sobre los casos entre pacientes hemofílicos indujeron a pensar sobre la probable naturaleza viral del agente causante de esta enfermedad, (Evatt, B.L., Ramsey y Lawrence et al. 1.984).

Los experimentos para aislar el supuesto virus a partir de pacientes con S.I.D.A. se iniciaron en 1.982 en los laboratorios del Dr. Gallo, del Instituto nacional del cáncer en Bethesda (Gallo, R.C., Sarin, Gelman, et al. 1.983). Los métodos utilizados fueron los que habían desarrollado cinco años antes para el aislamiento de los retrovirus humanos HTLV-I y HTLV-II, ya que las observaciones epidemiológicas de la enfermedad inducían a pensar en ciertas características comunes entre este nuevo virus y los retrovirus anteriores, como era el que se transmitía a través de la sangre y su

afinidad por los linfocitos T. Simultáneamente se estaba también realizando experimentos similares por el equipo del Dr. Montagnier en el Instituto Pasteur de París (Barré-Sinoussi, F., Nugeyra, et al. 1.982). A partir de mayo de 1.983 y durante 1.984 se empezaron a aportar las primeras pruebas de la existencia de retrovirus diferentes al HTLV-I y al HTLV-II en tejidos procedentes de pacientes con S.I.D.A. y con Complejo relacionado con el S.I.D.A. (Gallo, R.C. et al. 1.984).

Hoy día se admite que el virus de la inmunodeficiencia humana (V.I.H.) es el agente etiológico del S.I.D.A.. La denominación V.I.H. fue adoptada por el Comité internacional de taxonomía de virus, en mayo de 1.986, con el fin de unificar las diferentes denominaciones que previamente se le habían asignado por grupos diferentes (HTLV III, LAV, IDAV, ARV).

Sólo se aceptan como vías de transmisión del retrovirus el contacto sexual con individuos infectados, la exposición a sangres o hemoderivados infectados y la vía vertical madre infectada/hijo, (Lifson, A.R.: Rotherford, G.W. y Jaffe, H.W., 1.988).

La infección por el V.I.H. produce una gran inmunosupresión debido predominantemente a la deplección selectiva de los linfocitos T4. Estos linfocitos expresan el receptor CD4 en su membrana, al que se unirán las glicoproteínas gp120 del virus. También afectan a las células precursoras de los linfocitos T4 localizadas en el timo, médula ósea y algunos linfocitos B, monocitos, macrófagos dendríticos tisulares (en piel, mucosas, ganglios linfáticos, hígado, bazo), ciertas células epiteliales y células de la retina; (Fauci, A.S.

1.988), en el sistema nervioso central (S.N.C.) son los macrófagos, las células endoteliales y las células de la glía, oligodendrocitos y astrocitos las afectadas. Recientemente se plantea incluso la posibilidad de que también afecten a neuronas. Este aparente neurotropismo del V.I.H. sugiere que tal vez existan subtipos del V.I.H. que sean neurotropos y con propiedades biológicas diferentes de los virus aislados de linfocitos de sangre periférica. Hay evidencia de que los linfocitos infectados, fundamentalmente los macrófagos pueden entrar en el Sistema nervioso sin ningún daño en la barrera hematoencefálica y que los macrófagos migran al cerebro a través de pequeñas rupturas del endotelio capilar transportando así el virus al S.N.C. (Levy, J.A., 1.988; Pauza, C.D., 1.988).

El V.I.H. puede infectar el tejido nervioso por diversos mecanismos patógenos (Fauci, 1.988):

* Efectos patógenos inducidos por monocitos-macrófagos: estas células infectadas pasan la barrera hematoencefálica, liberando monoquinas y enzimas tóxicas para las células neuronales, así como factores quimiotácticos que determinan la infiltración del tejido cerebral por células inflamatorias.

* Infección directa del tejido neuronal: la infección de neuronas por V.I.H. se ha demostrado en algunos estudios (Pumarola, Navia, Gordon, et al. 1.987). De igual forma, se ha demostrado la presencia de moléculas CD4 o ARN para CD4 en neuronas y células gliales de varias regiones cerebrales (Fauci, 1.988), por lo que las neuronas pueden ser células diana del V.I.H. al igual que los linfocitos T4.

* Inhibición de neuroleuquina: la gp120 del virus inhibe el crecimiento neuronal en presencia de la neuroleuquina, postulándose que las secuencias de ambas proteínas son parcialmente homólogas.

Hay que tener en cuenta que en la evolución de la infección, pasando del estado de latencia al de replicación activa existen una serie de cofactores que pueden influir. Así:

a).- Personas que antes de la infección por V.I.H. ya tenían su sistema inmunológico alterado, progresa con mayor rapidez.

b).- Estímulos antigénicos o mitogénicos. (Haseltine, W.A. 1.988)

c).- Interacción con otros patógenos.

d).- Las proteínas reguladoras de la replicación del virus son producidas por algunos virus D.N.A.: el citomegalovirus, herpes simple y hepatitis que pueden interaccionar con las regiones reguladoras del V.I.H. y reactivar la transcripción del V.I.H. latente en el linfocito T4.

No obstante, se debe recalcar que si bien la acción de estos agentes se ha demostrado así in vitro, es posible que su efecto no sea muy relevante in vivo, ya que las células diana son diferentes.

I.B. DEFINICION ACTUAL DE S.I.D.A.

En 1.987, el "Control diseasse center" (C.D.C.) revisó la definición "caso S.I.D.A.", introduciendo el criterio de datos de laboratorio de infección por V.I.H., y precisando los métodos de diagnóstico presuntivos o definitivos para cada una de las enfermedades indicativas de S.I.D.A., estableciendo tres fórmulas de definirlo:

1.- Datos de laboratorio positivos de infección por V.I.H.: en presencia de Ac, detección de Ag o cultivo viral positivo, cualquiera de las siguientes enfermedades indicaría S.I.D.A., independientemente de otras causas de inmunodeficiencia: las 16 infecciones del grupo IV-C, los tres tumores del grupo IV-D, la encefalopatía del grupo IV-B, el síndrome consuntivo por V.I.H. y la neumonía intersticial linfoide en los niños.

2.- Sin evidencia en los datos de laboratorio de infección por V.I.H.: descartar otras inmunodeficiencias, el linfoma primario del SNC y el sarcoma de Kaposi. Sólo se admiten nueve de las 12 originales del grupo IV-C, excluyéndose histoplasmosis, isosporidiasis y estrongiloidosis.

3.- Con datos de laboratorio en contra de infección por V.I.H.: si se han excluido las otras inmunodeficiencias y el paciente presenta linfopenia CD4 por debajo de 400 células/mm. y cualquiera de las enfermedades indicadoras de S.I.D.A. confirmadas, se puede hacer el diagnóstico de S.I.D.A..

I.C. HISTORIA NATURAL DE LA INFECCION POR V.I.H.: CLINICA

Utilizaremos la clasificación propuesta por el C.D.C. en 1.986 con las modificaciones de 1.987, formada por cuatro grupos mutuamente excluyentes. Aunque los autores negaban explícitamente toda intención cronológica o evolutiva (nótese el término grupo, no estadio), esta connotación parece intuirse y de alguna manera perfila una secuencia encadenada de acontecimientos que dibuja la historia natural de esta enfermedad:

GRUPO I: INFECCIÓN AGUDA

Seroconversión <aparición del anticuerpo (Ac) anti V.I.H.>. Los trabajos más recientes han destruido el mito de que la infección aguda sucede mayoritariamente de forma subclínica o asintomática, aceptándose que entre el 53-93 por 100 de los adultos con este cuadro presentan manifestaciones clínicas. (Tindall, B., Baker, et al. 1.988)

El período de latencia entre el contacto y la aparición de síntomas oscila entre dos y seis semanas, acaso en relación con la cuantía del inóculo (Gatell, J.M. 1.988).

El paciente presenta de forma brusca fiebre, artromialgias, cefalea, fotofobia, adinofagia o diarrea. En la mitad de los casos se evidencia un exantema máculo-papuloso de carácter fugaz, adenomegalias generalizadas y de forma menos frecuente esplenomegalia; cuadros neurológicos como: meningitis linfocitaria aguda, encefalitis aguda, mielitis aguda y neuropatía periférica.

Los datos de laboratorio elemental son inespecíficos, leucopenia a expensas de linfopenia y linfocitosis a expensas de los linfocitos supresores CD8, lo que condiciona una inversión transitoria del cociente CD4/CD8.

Todas estas alteraciones clínicas y analíticas son autolimitadas, resolviéndose entre una y tres semanas.

La infección aguda por el retrovirus puede confirmarse durante la fase clínica por la detección del Ag. p24 del core en el suero de estos pacientes.

El Ag. se detecta desde la primera-segunda semana del contacto infectante hasta los tres-cinco meses que siguen a la infección: su concentración sérica disminuye cuando aparecen los Ac. específicos. De nuevo, en pacientes con S.I.D.A., se detecta el Ag. en el 75 por 100; durante el período de latencia los niveles son prácticamente indetectables.

La seroconversión sucede unos tres meses después del contacto infectante ya pasada la fase clínica, aunque en algunos casos este intervalo podría ser superior incluso a los seis meses (Renio; Valles, Frohn, 1.987). Los Ac. más precoces parecen ser los anti-V.I.H. globales de la clase IgM, seguidos de los anti-envoltura, anti-core y los anti-V.I.H. globales de la clase IgG (Soriano, J. 1.989).

Se han notificado casos en los que no fue posible determinar ninguno de estos Ac. en personas con viremia detectable, sujetos con

primoinfección asintomática estudiados antes de la seroconversión. Pero no es posible descartar absolutamente la posibilidad de infección sin desarrollo de Ac., debe aclararse pronto, pues las consecuencias epidemiológicas son incalculables.

GRUPO II: INFECCIÓN ASINTOMÁTICA

Se define por la ausencia de signos o síntomas atribuibles a la infección por el V.I.H. y no se deben incluir en esta categoría a los pacientes de los siguientes grupos que eventualente puedan estar en períodos asintomáticos (Peña, J.M.; Barbado, F.J.; Vazquez, J.J., 1.989).

GRUPO III: LINFADENOPATÍA GENERALIZADA Y PERSISTENTE (L.G.P.)

Se observa por la presencia de linfadenopatía palpable (agrandamiento ganglionar superior a 1 cm.) en dos o más cadenas ganglionares extrainguinales, que persisten durante más de tres meses en un paciente asintomático en ausencia de otra enfermedad que pueda justificarlo.

Si bien pueden localizarse exclusivamente en cadenas periféricas, no es inhabitual la retroperitoneal; intratorácica hiliar o mediastínica es excepcional.

El hallazgo de la L.G.P. en un sujeto de hábito homosexual se correlaciona bien con la presencia de infección por el V.I.H., lo que no es así en los adictos a drogas por vía parenteral, que pueden

presentar un cuadro de linfadenopatía generalizada crónica clínica e histológicamente idéntica a la que nos ocupa, en ausencia de infección por el retrovirus, cuyo estímulo antigénico crónico serían las propias sustancias inyectadas parenteralmente de forma repetida.

No conlleva, pues, un pronóstico diferente del de la infección asintomática, ni los pacientes del grupo II tienen por qué pasar por esta fase para llegar al S.I.D.A., ni indica un grado más evolucionado de infección.

En los primeros trabajos publicados, por el contrario, sí se atribuía un peor pronóstico a los pacientes con L.G.P. (Francis, D., Jeffe, Fuliz et al. 1.985). Esta discrepancia se debe, a nuestro juicio, a la catalogación de los pacientes con L.G.P. bajo el término obsoleto de complejo relacionado con el S.I.D.A.. Se encontraban a pacientes con linfadenopatía asintomática acompañada de otros síntomas y sintomáticos sin adenopatías concomitantes. Este conjunto era totalmente heterogéneo. Se mezclaban auténticos grupo III actuales con una gran mayoría de sujetos encuadrables en este momento como S.I.D.A. establecido.

Sí puede tener significación pronostica el patrón histológico de deplección linfoide de la L.G.P. que representaría la destrucción linfocitaria por la replicación viral (Pallesen, G.; Gerstoff, J.; Matsen, L. 1.987).

PROGRESIÓN DE LA INFECCIÓN: DESARROLLO DEL S.I.D.A.

Tras la primoinfección todos los pacientes atravesarán por una fase clinicamente silente (infección asintomática) de duración muy variable; algunos desarrollarán además el cuadro de L.G.P.. De ambos grupos, un porcentaje no definitivamente precisado progresará a S.I.D.A. establecido o fase final de la infección, que quizás varíe en función de la forma de adquisición del retrovirus.

El período de incubación entendido como aquel intervalo de tiempo que transcurre entre la infección por el V.I.H. y la aparición de S.I.D.A. es variable. Los trabajos más recientes sugieren un período medio de incubación entre ocho y once años, con ligeras diferencias según la ruta de adquisición del retrovirus.

En cuanto a factores de pronóstico: la exposición crónica a estímulos antigénicos con la consiguiente activación repetida del sistema inmune facilitaría la replicación del V.I.H.. Esta hipótesis es apoyada por la mayor evolución a S.I.D.A. de los A.D.V.P. seropositivos que de sus parejas V.I.H. positivas pero no adictas. Los marcadores pronósticos que han demostrado mayor significación desde la vertiente clínica son: síntomas generales (fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso) candidiasis oral, leucoplasia oral peluda, herpes zóster, dermatitis seborreica y TBC pulmonar localizada.

Los datos de laboratorio con capacidad predictiva son: el descenso de los linfocitos CD4 y su número absoluto, la antigenemia persistente o la reaparición sostenida del Ag p24, el descenso de los

Ac. anti-p24, que estaría en relación con altas tasas de Ag; son todos indicadores de mal pronostico.

Igual ocurre con la elevación persistente de la VSG y los niveles elevados de beta-2 microglobulina, el aumento de linfocitos CD8, elevación en sangre y orina de la neopterina, aumento de las Igs séricas (incluyendo Ig A), títulos elevados de Ac. anti-CMV, la presencia de alfa-interferón y el nivel de receptores IL12, y la disminución de la respuesta cutánea a Ag, o respuesta a mitógenos.

Muchos de estos datos analíticos parecen en realidad simples marcadores más que determinantes del deterioro inmunológico inducido por el retrovirus.

GRUPO IV: PACIENTES CON SÍNTOMAS Y SIGNOS DE INFECCIÓN POR V.I.H. DISTINTOS A LA LINFADENOPATÍA

Las manifestaciones clínicas de estos pacientes se dividen en 5 subgrupos (A, B, C, D y E), en este caso no mutuamente excluyentes:

Subgrupo A: Enfermedad constitucional.

Viene dado por la presencia de uno o más de los tres siguientes síntomas: fiebre, diarrea de más de un mes de evolución, y/o pérdida de peso superior al 10 por 100 del peso corporal. Es preciso excluir enfermedades concomitantes que puedan justificar estos síntomas.

Cuando estén presentes los tres datos en un paciente

seropositivo, en ausencia de otra enfermedad distinta que los justifique, nos encontraremos con un síndrome consuntivo por V.I.H. o caquexia-S.I.D.A..

Subgrupo B: Enfermedad neurológica.

Las entidades incluidas en este grupo son cuatro: neuropatía periférica, meningitis recurrente, mielopatía vacuolar y encefalopatía subaguda o complejo demencia; esta última es la más frecuente que viene a representar un tercio.

Su aparición es independiente del descenso de linfocitos CD4, por lo que puede aparecer en pacientes previamente diagnosticados de S.I.D.A. por otro criterio, precederá dicho diagnóstico, o ser la única manifestación patológica de infección persistente por el V.I.H. (Orskov, F., 1.978).

Subgrupo C: Patología infecciosa secundaria

Se clasifica a su vez en:

Categoría C1: Neumonía por P. carinii, criptosporidiasis crónica, toxoplasmosis del SNC, estrongilodiasis extraintestinal, isosporidiasis crónica, candidiasis esofágica, bronquial o pulmonar, criptococosis extrapulmonar, infección diseminada por CMV, infección por herpes simple mucocutánea crónica o diseminada, infección diseminada por M. avium o M. kansasii, leucoencefalopatía multifocal progresiva e histoplasmosis diseminada, coccidiomicosis diseminada, bacteriemia

recurrente por salmonella no typhi, tuberculosis extrapulmonar y las infecciones bacterianas de repetición en niños.

Categoría C2: Infecciones no diagnósticas de S.I.D.A., pero con significación pronostica negativa como son: leucoplasia oral peluda, nocardiosis, candidiasis oral, zóster multidermatomas y tuberculosis pulmonar.

Subgrupo D: Cánceres secundarios.

Tales como:

Sarcoma de Kaposi, linfoma cerebral primario y los linfomas no hodgkinianos de estirpe B o fenotipo desconocido de alto grado de malignidad.

Subgrupo E:

En el que se encuentra:

Neumonitis intersticial linfoide.

I.D. EPIDEMIOLOGÍA:

La vigilancia del S.I.D.A., a nivel de España, comenzó en mayo de 1.983, creándose una comisión de seguimiento de los casos: Comisión nacional de trabajo sobre S.I.D.A. Desde entonces a marzo de 1.985, (Boletin epidemiologico semanal nº 1.680) se declararon un total de 29 casos.

En cuanto a los grupos de riesgo el de varones homosexuales o bisexuales ocupaba el primer lugar (14 de 29), de los cuales 2 de ellos eran adictos a drogas por vía parenteral (2 de 29). Le siguia el grupo de los adictos a drogas por vía parenteral (A.D.V.P.) (9 de 29) y posteriormente los hemofílicos (6 de los 29).

Respecto a la distribución por grupos de edad, el nº de casos es mayor entre los 30-39 años, seguido del de 20-29 años.

El nº de defunciones fue de 19.

La patología que más se presentaba por orden de frecuencia fue I.O. (infecciones oportunistas), S.K. (sarcoma de Kapossi), y a la vez S.K. e I.O.; dentro de las I.O. se presentan de más a menos la neumonía por pneumocystis carinii (N.P.C.), infección por el citomegalovirus (C.M.G.), por cándidas en esófago, por toxoplasma y por criptococos. De entre los enfermos, los que mostraron más mortalidad por orden fueron: I.O., I.O.+S.K y por último S.K.

Respecto a la distribución por grupos de riesgo/patología: los

homo/bisexual padecieron por orden de frecuencia I.O., seguido de S.K.+I.O., y por último S.K.; los homo/bisexual que a su vez eran A.D.V.P. presentaron por igual S.K.+I.O. e I.O.; entre los A.D.V.P. tuvieron más I.O. que S.K., y por último los hemofílicos con I.O.

Esta situación cambia en una posterior actualización a 13 de junio de 1.986 (B.E.S. nº 1.743) donde se notificaron un total de 157 casos de S.I.D.A. de los cuales el 90.3% eran varones y 9.7% eran hembras.

En cuanto a los grupos de riesgo, destaca ahora como mayoritario el grupo de drogadictos que se inyectan por vía intravenosa (46%), de homosexuales y bisexuales (21%), hemofílicos un (17.5%) e hijos de padres pertenecientes a grupos con anticuerpos positivos frente al V.I.H. (2.82%).

También cambia la distribución de los casos por grupos de edad que es ahora entre 20-29 años el primer grupo, seguido del grupo entre 30-39 años.

Esta situación se mantiene hasta el momento actual.

El 64% de los 177 fallecieron. Las I.O. es la patología más frecuente asociada al S.I.D.A., (87.50%), le sigue el S.K. (18.07%), de los cuales el (8.47%) se asociaba a I.O. y solamente el (9.60%) padecían S.K.

Según distribución por grupos de riesgo y patología se ve que

presentan I.O. los A.D.V.P. en mayor porcentaje que los hemofílicos, y los homo/bisexuales.

Basándonos en la información recogida por el Centro nacional de epidemiología del Instituto de la salud de Carlos II, cuya actividad es incluida en el Plan nacional sobre S.I.D.A., señalamos que los casos acumulados desde 1.981 a treinta de marzo de 1.990 tasas por millón de habitantes son las siguientes: Cataluña (232.02), País Vasco (226.50), Madrid (204.07), Baleares (198.26), Ceuta (119.05), Cantabria (116.10), Comunidad Valenciana (90.98), Asturias (88.93), Andalucía (85.11), etc.

Y por último, referido a los datos epidemiológicos nacionales desde que comenzó la epidemia a 2 de abril de 1.991 (B.E.S. nº 1.885) se han registrado en nuestro país 8.199 casos de S.I.D.A., que se distribuían hasta marzo de 1.990: 5.295 casos y hasta abril de 1.991: 8.199 casos.

Se observa una tendencia creciente en la indicencia de la enfermedad. Se mantiene la elevada proporción (63.8%) de enfermos A.D.V.P., seguido de los enfermos homo/bisexuales varones (16.3%). Los demás grupos siguen representando proporciones mucho más pequeñas que las anteriores, aunque debe destacarse la proporción creciente dentro de su reducida dimensión de los enfermos infectados por transmisión heterosexual (4.6%). Continua registrándose mayor frecuencia de S.I.D.A. entre los varones que entre las mujeres (83 y 17% respectivamente), lo que supone una razón de 5:1. Esta relación permanece constante en los últimos años. Por edades continua siendo el grupo entre los 20 y 39 años el que concentra la máxima frecuencia de

S.I.D.A. (82%). Los casos en edad pediátrica, 3.2% del total en su mayoría resultaron infectados por vía perinatal.

Las máximas tasas de incidencia se observaron en Cataluña, País Vasco, Madrid y Baleares, mientras que la incidencia menor aparece en las Comunidades de Castilla y León, Castilla La Mancha y Murcia, y nuestra Comunidad Andaluza aparece en noveno lugar.

Las I.O. son los cuadros más frecuentes; por su interés se representan por separado las tuberculosis extrapulmonares (16.5%), en cambio el S.K. en la actualidad es un (4.1%), proporción que muestra una tendencia decreciente.

Se conoce el fallecimiento de un 38.8%.

Es interesante señalar algunos datos en lo que respecta a la situación en Europa (B.E.S. nº 1744). La información se recoge por el Centro de colaboración sobre S.I.D.A. (Hospital Claude Bernard de París) que ha adoptado la definición de los CDC y todos los países informan con los criterios de la definición.

En lo que respecta a la situación en Europa: se han declarado 3.041 casos de SIDA por los 27 países participantes en la vigilancia de esta enfermedad en la región europea de la O.M.S.

Los países con tasas más elevadas (por millón de habitantes) son: Suiza (21.1), Dinamarca (18.2) y Francia (15.6). Estas tasas son bajas comparadas con EE.UU. (97).

El nº de casos notificados por 18 países se ha incrementado un 142% en 12 meses.

Respecto a la distribución de los casos según patología principal decir que coincide con lo citado para España: I.O. (67.3%) de S.K. (17.9%), de I.O.+S.K. (12.1%) y otros (2.7%), siendo la letalidad de otros (59%), I.O.+S.K. (58,9%) I.O. (56.6%).

La tasa de letalidad del total de casos europeos es de 52.3%. La mayor tasa de letalidad ocurre en pacientes que tenían I.O. y S.K.

La distribución de los pacientes por grupos de riesgo es diferente según los países, entre los europeos el 72% son homosexuales o bisexuales.

El 12% son heterosexuales drogadictos intravenosos, 2% son homosexuales y drogadictos intravenosos, 4% son hemofílicos y un 2% han sido receptores de transfusiones sin otro factor de riesgo.

En 10 de los 17 países del 60% al 90% de los casos son varones homosexuales: en 3 países (Austria, Grecia, Irlanda) este grupo representa del 40 al 56% de los casos y en 3 países (Bélgica, Italia, España) este grupo representa sólo el 30% de los casos.

El grupo de drogadictos intravenosos heterosexuales: nueve países informaron casos que tenían solamente este factor riesgo. Este grupo representa del 54% y 64% del total de los casos declarados en Italia y España respectivamente.

En Europa, en conjunto, el porcentaje de estos pacientes muestra un marcado incremento, de un 5% a un 11% en un año.

Existe un incremento en el porcentaje de pacientes originarios de Europa y una notable disminución del porcentaje de los casos originarios de Africa.

El porcentaje de casos entre drogadictos intravenosos continua mostrando un marcado incremento, correspondiendo en su mayoría a casos notificados por la parte meridional de la región. Esta situación es mucho más marcada en Italia donde el 64% de los casos declarados en los últimos 3 meses pertenecen al grupo de drogadictos intravenosos.

Por último, a 30 de Septiembre de 1.992 el número total de casos de S.I.D.A. en España es de 15.678 de los cuales 1.679 pertenecen a la Comunidad autónoma andaluza, siendo 1.154 casos A.D.V.P. (Weekly epidemiológical record, 1.992).

Los afectados del S.I.D.A. en el mundo son un total de 501.272 distribuidos: Africa (152.463), América (277.042), Asia (1.552), Oceania (3.670) y Europa (6.545).

I.E. TRATAMIENTO

Como (Yarchoan, R.; Mitsuya, H.; Broder, S. 1.989) en primer lugar señalamos algunas aclaraciones que nos parecen importantes a tener en cuenta, antes de entrar en el tratamiento propiamente dicho:

- Los retrovirus del tipo V.I.H. constituyen un blanco hábilmente esquivo ya que se integran en el genoma de las células somáticas, pudiendo permanecer en estado latente y al abrigo de cualquier posible detección durante largos períodos de tiempo. Se complica con el V.I.H. ante la capacidad que posee el virus de infectar distintos tejidos y células del cuerpo humano; ej. en células del S.N.C. cuya barrera hematoencefálica no pueden atravesar muchos fármacos y suponiendo que los fármacos la atraviesen, las células del cerebro dañadas por el virus nunca sanarían.

- Por otro lado siempre se ha de ponderar el equilibrio entre el daño al patógeno y el daño al huésped. Para una enfermedad que amenaza la vida como el S.I.D.A., podrán aceptarse drogas con un índice terapéutico bajo, al menos al principio.

- Para entender el mecanismo de acción de las diferentes vías alternativas de ataque al V.I.H. es preciso recordar algo sobre la estructura del virus y de su replicación: la capside glucoproteica del virus se fija en la membrana de la célula huésped y se funde con ella; deja así que el R.N.A. vírico invada con la transcriptasa inversa el citoplasma celular; la cual sintetiza el D.N.A. a partir del R.N.A. y este D.N.A. se introducirá en los cromosomas de la célula huésped. Ese

D.N.A. puede volver a transcribirse en R.N.A. que pasará a ser proteínas víricas que se ensamblan terminando en partículas víricas que emergen de la célula huésped para infectar a otras nuevas.

Una vez señaladas algunas consideraciones, entramos a ver resumidamente como un fármaco antivírico puede actuar:

PRIMERO: Interactuar en la fijación del virus a la célula. La cápside glucoproteica del virus concretamente, la Gp120 se une a la glicoproteina CD4 (linfocito T4) de los linfocitos T coadyuvantes humanos. De modo que los linfocitos T4 coadyuvantes mueren o disminuyen su capacidad funcional con lo que se está más expuesto a padecer procesos infecciosos y otros de índole maligna.

A esto se suma que unas pocas células infectadas pueden formar sincitios y matar a nuevas células sanas.

Así pues se debería inhibir la anterior fijación a través de:

a).- Desarrollar anticuerpos contra la glicoproteina CD4, pero se correría el riesgo de matar linfocitos T4 sanos.

b).- Desarrollar anticuerpos que neutralizaran la capacidad de las Gp120 de unirse a la CD4.

c).- Desarrollar Ac. monoclonales mediante identificación de un Ac. que se engarze en un sitio crítico, cloarlo y dejarlo crecer en el tubo de ensayo. Así se descubrió el 0,5-B contra la Gp120

que neutraliza algunas cepas del V.I.H. pero no todas.

d).- Crear un Ac. contra un Ac. dirigido contra CD4.

e).- Crear una forma libre de CD4, libre o soluble que pueda fijarse al V.I.H., evitando así que se produzca la unión con la glicoproteina CD4 de los linfocitos T4, no infectándose pues los linfocitos humanos. Se ensayará en pacientes.

f).- Sulfato de dextrano: impide la replicación del virus in vitro, bloqueando la fijación del virus e inhibiendo la formación de sincitio in vitro. Queda por ver si pueden obtenerse dosis suficientes para inhibir el V.I.H. administrando el fármaco por vía oral y si será eficaz en el tratamiento del S.I.D.A.

SEGUNDO: Interactuar a nivel de la replicación del virus, o sea interceptar la síntesis de D.N.A. vírico por la transcriptasa inversa. Tal es el caso de los didesoxinucléosidos que son inhibidores de la transcriptasa inversa, como es:

a).- 3'-azido-2',3'didesoxitimidina, (A.Z.T.). Sintetizada en 1.964 como anticancerosa por Hornitz (Yarchoan, Mitsuyo, Broder et al., 1.989), Michigan. En febrero de 1.985, Mitsuya y Broder (Yarchoan, R. et al., 1.989) en colaboración con la Universidad de Duke y los laboratorios de Wellcome en Durham demuestran que es un potente inhibidor en los cultivos de células T a concentraciones entre uno y cinco micromolar (0,25-1,25 microgramos/mm.) y en pacientes con

S.I.D.A.

En septiembre de 1.986, estudios clínicos realizados en doce hospitales norteamericanos manifestaban que prolongaba el período de supervivencia de los enfermos de S.I.D.A. y mejoraba su calidad de vida.

La A.Z.T. en las células se transforma en trifosfato de A.Z.T..

Concretamente en marzo de 1.987 el Servicio para la alimentación y los medicamentos aprueban la A.Z.T. para tratar la infección grave por V.I.H.. Podría tener una mayor eficacia si se administrase en una fase temprana de la infección.

Gene M. Shearer del Instituto nacional del cáncer (I.N.C.) y R.T. Shooley y M.S. Hirsch (Yarchoan, R., et al., 1.989) del Hospital general de Masachusetts demostraron que las células T de los pacientes a los que se les administró A.Z.T. podrían estar en mejores condiciones para matar las células infectadas por el V.I.H.. Se están realizando ensayos para contestar este interrogante. No se conoce la toxicidad a largo plazo de la A.Z.T..

Este fármaco atraviesa la barrera hematoencefálica y otro interrogante es conocer si podría mejorar la demencia que aparece en algunos pacientes. Tras explorar cuidadosamente la función intelectual y administrar A.Z.T. se observaron mejorías al menos transitorias. Concretamente Perno, C.F., (I.N.C.) demostró que los monocitos - macrófagos del S.N.C. pueden protegerse de la replicación vírica incluso con bajas concentraciones de A.Z.T. y otros

didesoxinucleósidos. Se desconoce si esto es la causa de la mejoría clínica o es otra. Se necesitaran futuras investigaciones.

No se sabe si es mejor mantener A.Z.T. en niveles constantes, o que fluctúe. Los niveles de A.Z.T. caen en un 50%/h; con las recomendaciones actuales de una dosis/4 h. se busca los niveles constantes en sangre de A.Z.T..

Puede ser tóxico para la médula ósea porque disminuye los glóbulos rojos y en algunos casos además ocasiona una disminución de los glóbulos blancos y plaquetas. Por este motivo es por el que a veces en casos de S.I.D.A. bien establecidos se limita la cantidad de A.Z.T..

b).- 2', 3'- didesoxiadenosina (ddA), constituye en su forma trifosfato un potente inhibidor del V.I.H. in vitro pero en el organismo pasa rápidamente a 2',3- didesoxiinosina (ddI), que en esta forma fosforilada es de escasa eficacia.

Se ha ensayado con la 2',3'-didesoxicitidina (ddC) comprobándose que administrándola de manera continua a dosis altas de 8 a 12 meses presentaron neuropatía dolorosa, sobre todo en los pies.

Se está ensayando con A.Z.T. y ddC con la idea de que los tejidos vulnerables se recuperasen de los efectos tóxicos de cada fármaco. Provisionalmente parece que algunos toleran esa terapia durante más de un año sin neuropatías ni daños de la médula ósea.

El ddA y su metabolito ddI son menos tóxicos que la A.Z.T. y la

ddC en cultivos de células coadyuvantes y para la médula ósea en cultivo. Se están realizando ensayos para conocer la toxicidad y la dosis eficaz. Ya hay resultados esperanzadores.

TERCERO: Interceptar cuando la célula huésped es activada.

CUARTO: Bloquear los genes víricos o las proteínas que regulan el proceso.

Dos equipos, dirigidos por J.H. Sodroski y Halsetine y el otro por R. Gruter (Yarchoan, R., et al., 1.989) demostraron que cuando se producía V.I.H. en presencia de Castanospermina (alcaloide vegetal que inhibe la glucosidosa escindidora) resultaban menos probables la formación de sincitios o la infección celular. Los análogos de castanospermina, diseñados para actuar de forma más potente y menos tóxica que la propia castanospermina, podrían aportar un tratamiento contra la infección por el V.I.H.

Los Interferones (sustancias antivíricas sintetizadas por las células) podrían en una fase posterior del ciclo del virus intervenir inhibiendo la gemación de las nuevas partículas víricas que infectarían a células sanas. Posiblemente intervengan en otras fases del ciclo vital del V.I.H.. Se sabe que determinadas sustancias que son inductoras de la síntesis de interferones en la célula inhiben la replicación in vitro del V.I.H.. Además concretamente el α - interferón ayuda a curar el sarcoma de Kaposi.

Por otra parte cada uno de los distintos fármacos (aciclovir,

ampligeno, interferon α y sulfato de dextrano) ensayándolos in vitro con 3'- azido - 2', 3'didosoxitimidina in vitro poseen, juntos un efecto que no es la mera adicción de los efectos de los componentes.

Quizás se siga la pauta de las leucémias infantiles, o sea emplear distintas terapéuticas según las fases:

1º.- Fármacos relativamente tóxicos que inhiben la replicación vírica y destruirían las células infectadas.

2º.- Continuar con fármacos para detener los focos ocultos de la infección.

3º.- Por último, mantener al enfermo con dosis bajas de mantenimiento para evitar recidivas.

I.F. ASPECTOS PSICOSOCIALES SOBRE EL S.I.D.A.

Ya en 1.987 indicaban (Martinez Garcia, Leon Rubio, 1.987) que son muchos los factores que han hecho que el S.I.D.A. sea algo más que una enfermedad, que haya desbordado el ámbito sanitario ya que a nivel personal se añaden:

- Problemas físicos propios de una enfermedad de alto índice de mortalidad.

- El ser contagiosa obliga a los sujetos a cambiar de hábitos y a ocultar su padecimiento para no verse señalados y rechazados en su ámbito familiar, social o laboral.

- A nivel institucional se pusieron en evidencia importantes deficiencias en el área de la asistencia, y sobre todo en el campo de la prevención primaria, con una pobre política de educación sanitaria y promoción de la salud.

- La propia sociedad se ha visto convulsionada a partir de las informaciones contradictorias a través de los medios de comunicación, reapareciendo nuevos prejuicios sobre la enfermedad, el sexo o la drogadicción que aparentemente ya se habían superado. Y si bien en España no se ha llegado aún a las cotas de dramatismo alcanzadas en los EE.UU. sí, que es lo suficientemente importante como para que la administración española haya tomado ya una serie de medidas encaminadas a controlar, aunque sólo en parte, los problemas derivados de la enfermedad.

Concretamente los factores que han hecho de esta enfermedad de índole publica son:

1.- Factores biológicos:

Entre ellos:

La enfermedad en sí misma, la gravedad, el alto índice de mortalidad, el no haber un tratamiento eficaz y las manifestaciones clínicas tan variadas.

Incluso la procedencia del virus de Africa Central y el estar relacionado con el virus presente en el mono verde africano ha originado una gran polémica en la que subyacen conflictos raciales y políticos.

A todo lo anterior se le suma el incremento de la difusión del virus por el aumento del intercambio social entre países.

Por otra parte circula la hipótesis según la cual el virus sería el fruto del trabajo experimental desarrollado en determinados laboratorios americanos.

2.- Factores institucionales:

Dentro del marco general de los sistemas de salud, (San Martin, Pastor, 1.984, Camarero, 1.984) esta enfermedad ha puesto de manifiesto las deficiencias en el funcionamiento del sistema sociosanitario. Aunque la mayoría de lo que conocemos es a través de EE.UU. puesto que la institución hospitalaria americana ya se vio desbordada por la avalancha de estos enfermos lo que supuso un verdadero trauma en el desarrollo habitual de las actividades del hospital, se podrá trasladar de algún modo a España en el curso de muy

pocos años la situación de la que hablábamos y que pasamos a exponer:

- no se podían atender a la vez a todos los enfermos que ingresaban.
- al principio el personal auxiliar rehuía la atención por miedo al contagio (se desconocían los mecanismos de transmisión).
- los enfermos ingresados con otras patologías se negaban a permanecer en las mismas salas de los casos de S.I.D.A.. Incluso los hospitales temían que se les marcase como vinculados a tal enfermedad.
- se crearon unidades especiales para ellos o se limita el número en las salas de estos enfermos y se crean salas libres de S.I.D.A..

En España las características del problema son distintas pues aún la avalancha de enfermos de S.I.D.A. no es importante pero sí que se han detectado otros aunque de menor importancia:

- no habia un circuito de derivación que canalizara adecuadamente a los usuarios sospechosos de S.I.D.A. dentro de los distintos niveles del dispositivo sanitario.
- no todos los hospitales disponían de equipamiento necesario para la realización de las pruebas serológicas de detección de anticuerpos y los casos seropositivos se enviaban al hospital de Majadahonda, para su confirmación con lo que se prolongaba el tiempo de espera.
- el gran número de hemofílicos afectados a través de la

importación del factor VIII americano indicaba la insuficiencia en el abastecimiento de sangre y hemoderivados, y la falta de control de calidad de los productos importados hasta la Resolución del 6 de Septiembre de 1.985 del Ministerio de Sanidad y Consumo en la que se declara obligatoria la prueba de detección de Ac. frente al V.I.H. por las industrias fraccionadoras del plasma y los fabricantes e importadores de hemoderivados.

- la incapacidad del actual sistema sanitario para atender las demandas de determinados grupos de población como los toxicómanos. Además al abordarse la toxicomanía desde los programas específicos no integrados en el sistema de salud se mantiene y se promueve la marginación de estos grupos.

3.- Factores económicos:

El S.I.D.A., como una nueva enfermedad que es está movilizando un gran número de recursos humanos y materiales. Este elevado coste económico se debe a:

- la gravedad de la enfermedad requiere tratamientos especiales. La estancia media en el hospital es de 50 días.
- algunas de las técnicas diagnósticas necesarias son muy sofisticadas y por tanto caras.
- las técnicas analíticas y de seguimiento de individuos con factor de riesgo conocido.
- el screening de donantes se ha impuesto en prácticamente todos los países europeos.
- la enorme investigación que se ha creado entorno al S.I.D.A.

- los gastos que suponen las comisiones o comités de expertos que se están constituyendo a nivel nacional y autonómicos, y por último,
- al absentismo laboral.

4.- Dimensión epidemiológica:

Interesa mencionar tres aspectos:

- la prevalencia de V.I.H. en la población general,
- la incidencia de la enfermedad.
- Y recordemos, el caso de España, donde el colectivo más afectado son los A.D.V.P., seguido de los homosexuales, los hemofílicos, la transmisión heterosexual y la transmisión de madres a hijos.

5.- Aspectos psicosociales propiamente dichos:

Está claro que la asociación S.I.D.A. - adictos a drogas vía parenteral, S.I.D.A. - homosexuales y S.I.D.A. - hemofílicos no se debe ni a la drogadicción en sí, ni a la homosexualidad ni a la hemofilia en sí mismas.

Exponemos los factores de riesgo y los condicionamientos sociales que están implicados:

- en el caso de los A.D.V.P. el S.I.D.A. es una más en la lista de enfermedades que contraen por el uso colectivo de jeringuillas dentro de un precario estado de salud.

Un inconveniente más sobreañadido para (De Miguel. 1.985) "está en el verdadero drama del sistema sanitario español como es el desigual acceso a los servicios e información sanitaria que tienen los distintos colectivos de la sociedad y siempre en perjuicio de los más necesitados" junto a los escasos programas de educación sanitaria llevados a cabo por la administración y su dudosa eficacia, no sólo por el enfoque y escasez de recursos con que se les dota sino por la dificultad de llegar a estos colectivos y agravado por la poca motivación de los adictos que generalmente sólo ven poco más allá de la siguiente dosis.

- en el caso de los homosexuales la promiscuidad y la realización de ciertas prácticas sexuales (coito anal, beso húmedo, etc.), la poca estabilidad de las parejas, la necesidad de recluirse en locales propios para manifestarse libremente en sus relaciones, la práctica del sexo anónimo (contactos breves, sin componente afectivo, en coches o jardines públicos) o el ocultamiento de su condición en el círculo familiar o laboral, y por último la no aceptación en nuestro país de la homosexualidad.

Incluso entre los sujetos con una homosexualidad egodistónica, el S.I.D.A. ha contribuido a aumentar su homofobia (Martín, Ferré, 1.986).

Está claro que hay una exposición diferencial al riesgo de contraer la enfermedad muy ligado a las condiciones sociales, económicas y políticas de cada grupo y de cada uno de los países. De manera que la incidencia y distribución del S.I.D.A. es uno más de

ciertos aspectos del ordenamiento social sobre la salud.

El S.I.D.A. ha venido a favorecer viejos prejuicios de nuestra civilización occidental respecto a la enfermedad y al sexo que han provocado el rechazo social de los enfermos. La sociedad considerada normal ahora cree tener la validez probada de que no solamente son desviados sino que enferman, mueren y contagian.

- los hemofilicos se sintieron aliviados cuando fue posible la transfusión del factor VIII de la coagulación, logrando una óptima calidad de vida e integración social; que se trunca con los problemas derivados de la posible infectación, marginación y su relación con grupos como homosexuales y heroinómanos. Ante lo que reaccionan en asociaciones enfrentandose de alguna manera con los otros colectivos.

Por último, los medios de comunicación han hablado principalmente de clínica, colectivos afectados, incidencia, prevalencia, transmisión junto a una orientación negativa abandonando otras áreas (prevención, consejos, etc.)

Todos los autores que han estudiado la problemática psicosocial emergida entorno al S.I.D.A. están de acuerdo en afirmar la importante incidencia que está teniendo el S.I.D.A. en el comportamiento sexual de la cultura occidental. Coinciden en afirmar la influencia en el resurgir de las concepciones moralistas y en los drásticos cambios de los hábitos sexuales acaecidos en los últimos años (Schechter, Jefries,

Constance, 1.984; Leach, Witehead 1.985).

En definitiva, según Masters y Johnson (1.988) el S.I.D.A. reúne varios de los temores más profundos de nuestra condición humana: "el miedo a lo desconocido, a la sangre, al sexo, a la enfermedad, a la incapacidad, al abandono y a la soledad, a la muerte". Ello explica hechos como la pérdida de empleo o la no renovación del alquiler de la vivienda a homosexuales (Gascón, 1.986) o los conflictos familiares del personal sanitario que atiende a estos pacientes.

Alonso Fernandez (1.989), aporta novedades no comentadas por otros autores, como es el hecho que se ha comparado al S.I.D.A. con el cáncer en lo que respecta a los efectos psicosociales sobre los enfermos, la familia, los amigos y los sanitarios. Aunque los factores psicosociales del S.I.D.A. son aún más deletéreos y malignos dependerá de la historia social premorbida, de la intervención en crisis, de la estimación del estrés psicológico, de la evaluación, de la identidad personal, de la autoestima y el soporte sociofamiliar.

Los efectos psicosociales estresantes del S.I.D.A. se extienden a un amplio conjunto de personas: enfermos, sujetos seropositivos, familiares y amigos de unos y otros, las personas pertenecientes a los grupos de riesgo (principalmente heroinómanos y homosexuales) y el personal sanitario.

Como dice Blanco (1.986), el S.I.D.A. es un importante estresor, que pone a prueba la capacidad de adaptación del sujeto, rompe marcos de referencia importantes, percibido como incontrolable, exige un

ajuste personal y social.

Entorno a la imagen realista tenebrosa del S.I.D.A. cada quien puede construir su visión fantasmagorica personal, de la cual resultarán síntomas impregnados de temor y ansiedad.

I.G. COMPLICACIONES NEUROLOGICAS DEL S.I.D.A.

Las complicaciones neurológicas en los pacientes de S.I.D.A. se reconocieron desde el principio de la epidemia.(Snider, Simpson, Nielsen, et al. 1.983). Posteriormente los estudios neuroepidemiológicos revelan una afectación clínica en el 37% de los casos (Levy, 1.988), aunque en los estudios neuropatológicos alcanzaban un 70-80% de afectación (Nielsen, Davis 1.988; Petito, Navia et al. 1.986).

El análisis de la incidencia de los distintos procesos neurológicos de los estudios neuropatológicos es distinta a la registrada en los estudios clínicos; quizás debido a los tratamientos eficaces en algunos de los procesos y a las dificultades diagnósticas de otros.

Actualmente se conocen los resultados neuroepidemiológicos sobre la correlación de determinados procesos (criptococosis, toxoplasmosis, L.M.P. y linfoma primario del S.N.C.) con los distintos factores de riesgo, pero no la epidemiología de la encefalitis V.I.H.-AIDS-dementia. Aún hay problemas de terminología, discordancias clinicopatólogicas y atribuciones etiológicas erróneas que crean confusión a la hora de definir la demencia. Cuando se consiga una definición homogénea se conocerá la incidencia y correlación con los grupos de riesgo.

Citamos en una clasificación las distintas complicaciones neurológicas descritas en los distintos pacientes de S.I.D.A..

Posteriormente nos detendremos en cada una de ellas, si bien señalamos especialmente las más frecuentes, aunque sin entrar en las características anatomopatológicas que definen a cada entidad clínica.

I.- NEUROPATOLOGIA CENTRAL

A.- NEUROPATOLOGIA PRIMARIA DE LA INFECCION V.I.H.

1.- Encefalitis V.I.H. - panencefalitis con células multinucleadas

2.- Meningitis Aguda V.I.H.

3.- Mielopatía vacuolar

B.- NEUROPATOLOGIA SECUNDARIA INFECCIOSA:

1.- Viral

a.- Leucoencefalopatía multifocal progresiva

b.- Encefalitis por citomegalovirus

c.- Otras encefalitis herpéticas

d.- Otras encefalitis: por adenovirus

2.- Parasitaria: toxoplasmosis

3.- Micótica

a.- Criptococosis

b.- Otras micosis

4.- Bacteriana

C.- NEUROPATOLOGIA SECUNDARIA NEOPLASICA

1.- Linfoma

2.- Enfermedad de Kaposi

D.- COMPLICACIONES CEREBROVASCULARES

E.- NEUROPATOLOGIA PEDIATRICA

II.- NEUROPATOLOGIA PERIFERICA

A.- NEUROPATOLOGIA PERIFERICA PRIMARIA ATRIBUIBLE AL V.I.H., DE ETIOPATOGENIA INCIERTA

1.- Patología del nervio periférico

a.- Polineuropatía inflamatoria desmielinizante

aguda

b.- Polineuropatía inflamatoria desmielinizante crónica

c.- Mononeuritis múltiple

d.- Polineuropatía sensitiva dolorosa

e.- Neuropatía sensitiva atoxica

2.- Patología del músculo esquelético

B.- NEUROPATOLOGIA PERIFERICA OPORTUNISTA O SECUNDARIA, ATRIBUIBLE A UNA ETIOLOGIA DETERMINADA (tumoral, infecciosa, toxica o carencial)

A continuación explicamos algunas entidades clínicas más detalladamente. Así pues:

I.- NEUROPATOLOGIA CENTRAL

A - NEUROPATOLOGIA PRIMARIA DE LA INFECCION V.I.H.

1.- Encefalitis V.I.H. - panencefalitis con células multinucleadas

Budka, Constanz, Cristina et al.(1.987) realizó un amplio estudio de 100 exámenes neuropatológicos describiendo lesiones encefálicas en un 38% de los casos, sin especificar la relación con el factor de riesgo, lo que hace suponer que el factor de riesgo no es por sí importante a la hora de la frecuencia de la encefalitis. A Gutierrez Molina, (1.989) le sorprende como en los boletines epidemiológicos del Ministerio de Sanidad se citan cifras tan bajas de encefalitis, ya que en su trabajo la encefalitis aparece en un 25% de los casos, porcentaje menor que para Petito, Cho, (1.986), pero mayor que para los boletines

epidemiológicos.

En cuanto a los aspectos clínicos-patológicos de la demencia en el S.I.D.A. se desconoce el porcentaje de casos de encefalitis V.I.H. pura sin otro tipo de patología asociada capaz de determinar una clínica demencial. Casi siempre ha sido constante la asociación de palotogía oportunista.

Hay una gran discordancia clínico-patológica en los casos de demencia atribuible al V.I.H., así según Price (1.988), existen:

a) una demencia severa: células multinucleadas y Ag. V.I.H.

b) una demencia moderada: sin células multinucleadas y sin Ag. V.I.H..

Aunque, bien es cierto que quizás se debe a una incapacidad de detección en fases muy tempranas de la infección.

En otro orden de cosas, se han utilizado sinónimos como: AIDS encephalopathy, AIDS-Dementia-Complex y Encefalitis por V.I.H.

De manera que, discordancias clinicopatológicas, atribuciones etiopatogénicas erróneas por la frecuente patología asociada y ambigüedades terminológicas son los causantes de la confusión de criterios que definen la demencia V.I.H..

En 1.983, Snider y Nielsen, describen en pacientes de S.I.D.A. un cuadro clínico-patológico "encefalitis subaguda" donde al haber

citomegalovirus (C.M.G.) sistemáticamente en algunos casos concluyeron que esa fue la causa. En cambio, Gutierrez Molina, M. (1.989) estudiando retrospectivamente a Snider comprueba que había también casos en los que no se demostró infección sistémica por C.M.G. junto a la existencia de células multinucleadas.

Posteriormente Nielsen (1.988) afirma que la encefalitis subaguada puede ser ocasionada por múltiples virus.

Navia, Cho, Petito (1.986) tras realizar un estudio neuropatológico en 46 sujetos con AIDS-Dementia Complex concluye que las alteraciones histopatológicas son muy ligeras con respecto a la severa disfunción clínica y que en algunos casos se observó una infección por C.M.G. que no se correlacionaba con demencia.

De nuevo se da la inespecificidad en AIDS-Dementia-Complex como en la encefalitis subaguada, pues eran lesiones de encefalitis puras por C.M.G. sin células multinucleadas.

También Anders (1.986) estudia 53 necropsias con encefalitis subaguda diagnosticada sólo por nodulillos microgliales sin células multinucleadas y debidas a C.M.G. o al V.I.H..

De la Monte et al. (1.987) describen nodulillos microgliales en un 70% de encefalitis subagudas y sólo 1/3 con células multinucleadas.

Recientemente Budka y Lang (1.989) definen dos términos:

- Encefalitis multifocal de células gigantes.

- Leucoencefalopatía progresiva difusa.

Ambas entidades con células multinucleadas y lesiones por V.I.H.

Gutierrez Molina (1.989) en resumen, no considera que la encefalitis V.I.H. tienda a manifestarse exclusivamente por los nodulillos microgliales sin células multinucleadas. La ausencia de células multinucleadas en los nodulillos puede ocasionar problemas diagnósticos con los de otra etiología. En esta situación hay que fijarse en otras características morfopatológicas propias del C.M.G. o la toxoplasmosis. Así, ellos optan por el término de panencefalitis con células multinucleadas por V.I.H.

Es de esperar que con nuevas técnicas inmunohistoquímicas, ultraestructurales y de hibridación in situ se contribuya a la definición de otros criterios diagnósticos en estadios previos a aquellos en los que ya aparecen las lesiones bien establecidas.

Queda claro la discrepancia en torno a la encefalitis y sus sinónimos. De todas maneras, sí podemos decir respecto al Complejo-demencia-S.I.D.A. (C.D.S.) que aparece con más frecuencia en las fases más avanzadas del S.I.D.A., aunque también en estadios iniciales cursa como una demencia subaguda acompañada de trastornos motores y alteraciones conductuales y causado directamente por el V.I.H..

Price, Sidtis y Rosemblum (1.988) consideran que una quinta parte de enfermos con una sola infección oportunista cumplen criterios de

demencia.

En enfermos que presentan solo como síntoma una afectación del estado general, pueden apa: ecer hasta 1/3 con anormalidades cognitivas.

Inicialmente se consideró que hasta un 44% de pacientes seropositivos podrían presentar deterioro cognitivo en distintos grados (Carne, Adler 1.986).

Estudios longitudinales posteriores y con mayor número de enfermos dicen haber alteraciones cognitivas sólo ante grados severos de inmunosupresión (Budka, 1986; Dalakas, Trapp 1.986).

De una manera u otra, aparezcan con más frecuencia en estadios avanzados o en tempranos, en relación o no con el grado de inmunosupresión, una cosa está clara y es la clínica: se presenta con bradipsíquia, pérdida de memoria para hechos recientes, trastorno motor de la marcha, que progresan hasta una demencia real e incapacidad de andar. Puede darse dos posibilidades:

a).- Una aceleración brusca si existe una infección sistémica.

b).- Lo más frecuente, una instauración lenta de déficits amnésicos, dificultad en la concentración y lentificación global de las tareas mentales. También cambios en la personalidad como apatía, desinterés tanto hacia el entorno como hacia su propia enfermedad, o incluso pueden darse estados psicóticos.

La gran mayoría de los pacientes que consultan por el déficit cognitivo, ya presentan a la exploración neurológica dificultad para realizar movimientos rápidos y coordinados con las manos, con bradipsíquia.

Al progresar el déficit engloba a todas las áreas cognitivas y lo motor llega a ataxia, incoordinación e incontinencia hasta necesitar asistencia personal.

La severidad de estas alteraciones se correlaciona con el grado de demencia. Hay células multinucleadas en un 40% y en su interior el V.I.H.. Sólo se ha detectado hasta el momento en demencias severas, no aún en demencias menos severas sin células multinucleadas.

Los factores desencadenantes del CDS no son por el momento bien conocidos. Es probable que un grado severo de inmunodepresión podría actuar como predisponente de la enfermedad, ya que ésta es una de las condiciones que distinguen el grupo de enfermos con deterioro cognitivo del de pacientes asintomáticos, (Budka, 1.986) y Dalakas, Trapp (1.986)

El C.D.S. se diagnostica por exclusión en enfermos que presentan un cuadro neurológico compatible en el contexto de una infección sistémica por V.I.H. Lo difícil está en las primeras fases, cuando puede ser complicado de distinguir de una depresión reactiva (valoración del contexto psiquiátrico, la asociación con alteraciones de la marcha y dificultad en la realización de movimientos rápidos alternantes) (Fauci, 1.988).

El diagnóstico diferencial se hace con enfermedades infecciosas, tumores del S.N.C. y con encefalopatías metabólicas. De entre las infecciones, por ej., la toxoplasmosis cerebral puede cursar con afectación neurológica focal y con fiebre, y las encefalopatías metabólicas cursan con disminución del nivel de conciencia. Lo único válido para el diagnóstico diferencial sería el estudio anatomopatológico; el L.C.R. para excluir procesos orgánicos en el S.N.C., (porque no hay un marcador específico del L.C.R.) con niveles altos de B-microglobulina se correlaciona con la severidad de la clínica; los estudios radiológicos descartan otras alteraciones orgánicas del S.N.C. Es importante decir que en el C.D.S. los síntomas preceden a la imagen; con la R.N.M. (Resonancia Magnetica) en las fases precoces hasta en 1/3 de los pacientes no se evidencian alteraciones valorables, y aunque en fases más avanzadas sí se evidencian en más de las 3/4 partes, no son especificas del C.D.S.

2.- Meningitis Aguda V.I.H.

Snider y Bredesen (1.983) la describieron inicialmente como Meningitis aséptica. Nielsen (1.988), Petito et al. (1.988) y Gray, Cherarde, Scaravilli, (1.988) la excluyeron de las revisiones sobre neuropatología del S.I.D.A., quizás por no contar con criterios específicos para definirla morfologicamente. McArthur (1.987) sí hace un buen análisis.

3.- Mielopatía vacuolar.

Reconocida como específica de la infección V.I.H., es de

etiopatogenia desconocida. La asociación con encefalitis V.I.H. y el aislamiento del virus en la médula de algunos casos (HO D., Rota, Schobley, 1.985) sugiere la acción directa del V.I.H.. También se sabe que otros retrovirus son capases de inducir semejante mielopatía.

Ya Snider et al. (1.983) describen casos, al igual que Goldstick (1.985), y posteriormente Petito et al. (1.986) describen un 22% y al mismo tiempo observan que puede estar enmascarada por otras alteraciones neurológicas o sistémicas.

Henin, Doycraerts, Chaum, et al. (1.987) no encontraron casos de mielopatía vacuolar entre 31 necropsias y De la Monte, Ho, Schooley, et al. (1.987) encontraron 2 casos entre 18 necropsias.

Clinicamente aparece una paraparesia espástica atáxica progresiva de curso subagudo, concretamente: paraparesia espástica, hiperreflexia, respuesta plantar extensora, parestesias, alteraciones de la sensibilidad propioceptiva, ataxia, alteraciones esfinterianas y síntomas de demencia progresiva.

Por su difícil diagnóstico dado la aparición de síntomas de otras patologías es necesario la necropsia. Sólo se hacen exploraciones tales como pruebas de función hepática, niveles de B12 y ácido fólico en suero, serología luética, anti-cuerpos anti-toxoplasma, y anticuerpos anti-virus (citomegalovirus, herpes simple, herpes zóster) en suero y en L.C.R., capases de originar la mielopatía, T.A.C. y R.N.M.

Se desconoce la utilizad del A.Z.T. en esta patologia.

B.- NEUROPATOLOGIA SECUNDARIA INFECCIOSA

1.- Viral

a).- *Leucoencefalopatía multifocal progresiva.*

Miler, Barret, Britton et al. (1.982) describen el primer caso.

b).- *Encefalitis por C.M.G..*

Petito (1.986) describe en un 61.8% de los casos una infección sistémica por C.M.G.; Sotrel (1.989) sólo 16-28%, quizás porque se exigía la presencia de células citomegálicas con inclusiones nucleares o citoplasmáticas marcadoras del C.M.G.. Anteriormente sólo se requería encefalitis nodulillar microglial aún en ausencia de células marcadoras [Schneck, (Gutierrez Molina et al., 1.989)], y actualmente Wiley, Schrier, Denard, et al. (1.986) están de acuerdo con esto.

Morgello (1.987) hace una revisión más amplia. Describe cinco clases que no citamos, pues solo queremos indicar la discordancia en los criterios diagnósticos.

Actualmente se ha detectado virus en células con apariencia histológica normal (Keh, Cerber 1.988)

c).- Otras encefalitis herpéticas

1. Herpes I, II.

En pacientes con S.I.D.A. pueden ser subagudas o subclínicas.

2. Herpes Zoster.

d).- Otras encefalitis: por adenovirus.

El 90% de los pacientes de S.I.D.A. tienen titulaciones elevadas, pero las complicaciones neurológicas son raras. No se ha logrado aún cultivar el virus a partir de tejido cerebral.

2.- Parasitaria: Toxoplasmosis.

Es la infección cerebral más frecuente en pacientes de S.I.D.A.. La mayoría de los pacientes no tienen evidencia de infección sistémica (Petito, Cho, Lemann, et al. 1.986).

Si se empieza el tratamiento precozmente es de esperar una mejoría clínica y radiológica en un 90%.

3. Micótica:

a).- Criptococosis

Es la infección micótica más frecuente que afecta al S.N.C. en pacientes de S.I.D.A.. Pueden padecerla hasta un 6% de enfermos de S.I.D.A.. A pesar del tratamiento con la anfotericina la mortalidad es de un 40% (Levy, 1.988). La virulencia puede estar asociada al estado inmunológico (Perfect, 1.983), más que a las características ultraestructurales (Rosenblum, 1.988).

b).- Otras Micosis

Se han descrito en pacientes con S.I.D.A. las siguientes:

- Candidiasis

- Aspergillosis

- Coccidiomicosis

4.- Bacteriana

Son raras (Levy, Bredesen, Rosemblum, 1.985, 1.988, McArthur, 1.987). Incluso el mycobacterium avium intracelular listeria, nocardia, escherichia coli y sífilis se describen en la bibliografía como casos únicos.

C.- NEUROPATOLOGÍA SECUNDARIA NEOPLÁSICA:

1.- Linfoma

El S.N.C. se afectará por un linfoma sistémico o ubicado en el S.N.C.. La mayoría son no-Hodgkin de gran malignidad.

2.- Enfermedad de Kaposi

Se observa con más frecuencia en homosexuales. Es más agresivo en pacientes de S.I.D.A. que en su forma clásica (Levy, 1.988) y raramente afecta al S.N.C. (Nielsen, Davis 1.988).

D.- COMPLICACIONES CEREBROVASCULARES:

Las causas posibles son trombótica no bacteriana, trombocitopenia, rupturas de aneurismas micóticos, por enfermedad de Kaposi (McArthur, 1.987), o por anticuerpos antifosfolípidos

hipercoagulantes (Levy, 1.988).

II.- NEUROPATOLOGIA PERIFERICA:

A.- PRIMARIA ATRIBUIBLE AL V.I.H., DE ETIOPATOGENIA INCIERTA:

1.- Afectación del nervio periférico. Se puede presentar en cualquier estadío de la infección V.I.H.. Subtipos:

a).- Polineuropatía inflamatoria desmielinizante aguda.
Se presenta sobre todo en el complejo relacionado con el S.I.D.A. (C.R.S.) o en sujetos con infección V.I.H. asintomática.

b).- Polineuropatía inflamatoria desmielinizante crónica.
Se presenta sobre todo en la fase de infección V.I.H. asintomática.

c).- Mononeuritis múltiple.
Se presenta sobre todo en pacientes con C.R.S.

d).- Polineuropatía sensitivo dolorosa.
Más frecuente en enfermos con S.I.D.A. establecido con afectación distal y simétrica; es tremendamente dolorosa.

e).- Neuropatía sensitiva atáxica.

2.- Afectación del músculo esquelético.
El proceso más frecuente es una miopatía inflamatoria tipo

polimiositis.

A modo de resumen, se observa una gran controversia entorno a si el daño encefálico se debe a acción directa del virus o a efectos indirectos: Goldstick (1.985) afirma que la replicación viral tiene lugar en células oligodendrogliales, Wiley, Schrier, Denard, et al. (1.986) estiman que las manifestaciones neuropsiquiátricas se pueden deber a infección de las células endoteliales, y Gutierrez Molina (1.989) creen que se debe a alteraciones de la microcirculación cerebral. Más recientemente se habla de la competencia de receptores como es el hecho de que la porción Gp120 de la cubierta glicoprotéica viral pueda tener sobre la función trófica neuronal de la neuroleukina y sobre una sustancia vasoactiva.

Después de todo lo anterior quizás podríamos pensar que si el V.I.H. penetra en el S.N.C. será que hay un receptor CD4 específico en las células gliales y neuronas. Los V.I.H. estarían como provirus lo que hace del S.N.C. un reservorio, con lo que se explicaría la gran variedad de procesos neurológicos desde los primeros momentos de la seroconversión.

Otro punto que se desprende de lo expuesto con anterioridad sería el aclarar el porqué de la heterogeneidad clínico-patológica de pacientes con AIDS-Dementia. Así pues aportan tesis explicativas Navia, Chu, Petito, et al.(1.986) como que hay diferencias en el virus infectante o puede deberse a estar infectados por más de un retrovirus. Otros optan por la influencia que procesos virales, bacterianos y parasitarios puedan ejercer sobre la suceptibilidad y el desarrollo de la infección.

I.H. ASPECTOS NEUROPSIQUIATRICOS RELACIONADOS CON LA INFECCION V.I.H.

Pasamos a adentrarnos en la psicopatología que aparece en los distintos estados de la infección V.I.H.:

1. Problemas psiquiátricos en el momento de realizarse el test de detección de Ac.

Según la experiencia clínica de los que están trabajando en este campo se dan con más frecuencia niveles moderados de distress y en menos ocasiones niveles altos de distress, incluso en quienes obtuvieron ya un resultado del test negativo y en quienes presentan preocupaciones hipocondriacas persistentes y síntomas de desórdenes obsesivos - compulsivos. Estos pacientes se caracterizan por tener una historia previa de problemas psicológicos, poca capacidad de adaptación y tendencia al aislamiento social (Miller, 1.987)

Los términos como S.I.D.A.-fobia, "A.I.D.S. panic", y Pseudo-S.I.D.A., según Catalan, J. (1.988) son innecesarios, puesto que forman parte de desórdenes primarios tales como: depresión mayor, esquizofrenia y ansiedad, más que constituir un nuevo tipo de desorden.

Se conoce ya la prevalencia de problemas psicológicos severos y persistentes en el momento de hacer el test. La mayoría de estos problemas son tratables con éxito y son muy escasos los que necesitan ser remitidos a psiquiatras.

2. Problemas psiquiátricos en enfermos V.I.H. positivos asintomáticos

Este momento conlleva una respuesta psicológica adversa corta o larga, como respuesta a desarrollar S.I.D.A. y a las implicaciones sociales (Green, J. 1.986), (Grimshaw,, J. 1.987).

Se han descrito:

a).- Desórdenes psiquiátricos funcionales. Dentro de estos últimos se han definido una serie de etapas: shock, negación, culpabilidad, indignación y aceptación (Nichols, Goldmeier, 1.987)

En un estudio en individuos seropositivos se encontraron puntuaciones más bajas que en individuos V.I.H. negativos en la escala de desesperanza de Beck (Stempel, Moullon, Kelly, et al. 1.987).

Seidl y Goebel (1.987) que estudiaron las reacciones de homosexuales y A.D.V.P. después de notificarles su seropositividad encuentran un aumento de síntomas psicológicos como insomnio, cansancio, poco apetito, y una mayor probabilidad de sufrir reacciones depresivas y reacciones hipocondriacas. Las reacciones anormales eran más frecuentes en las personas en los extremos del rango de edad y en aquellos que tenían pareja o estaban viviendo en un medio rural.

En investigaciones de homosexuales y bisexuales V.I.H. positivos comparados con V.I.H. negativos en diferentes tipos de estudios, bien en estudios de cohorte, bien en estudios de corte transversal y en estudios en los que los sujetos estaban con tratamiento de ensayo realizados por (Ostrow, Joshep, Monjan et al. 1.986; Cochrane, 1.987;

Jacobsen, et al. 1.987), encuentran un aumento de depresión en los seropositivos.

Sin embargo, Atkinson, Grant, Kennedy et al. (1.987) que estudiaron un grupo de homosexuales V.I.H. positivos asintomáticos en un estudio de corte transversal comparándolos con homosexuales V.I.H. negativos y heterosexuales encontraron pocas diferencias en cuanto a desórdenes psiquiátricos.

Por otra parte, (Ostrow, Josep, Monjan 1.986) opinan que en algunos individuos el esfuerzo de cambiar su conducta sexual para disminuir la actividad de riesgo les ocasiona stréss psicológico.

b).- Desórdenes psiquiátricos orgánicos:

Se han descrito anormalidades en test neuropsicológicos en estudios de cohorte y de corte transversal.

McArthur et al. (1.987) en un estudio multicéntrico de homosexuales y bisexuales varones hallaron entre un 11 y un 15% de alteraciones neuropsicológicas en los test.

Grant, Atkinson (1.987) en un estudio de corte transversal con una muestra pequeña detectan anormalidades neuropsicológicas en un 44% de homosexuales varones V.I.H. positivos en contraste con un 9% de alteraciones en homosexuales V.I.H. negativos.

Independientemente de la presencia de síntomas neuropsiquiátricos

se hallan alteraciones del L.C.R. en V.I.H. positivos asintomáticos lo que nos indica que el S.N.C. se puede afectar en etapas precoces (Goudsmit, J. et al. 1.986; McArthur, Farzadegan, et al. 1.987).

Cuadros orgánicos cerebrales agudos con signos de afectación del S.N.C. pueden desarrollarse o[illegible]ionalmente al mismo tiempo de la seroconversión en pacientes asintomáticos (Carne, G., et al. 1.985).

Estos y otros síndromes neurológicos agudos pueden ser causados directamente por los efectos del virus en el S.N.C. (HoD, et al. 1.985)

3. Problemas Psiquiátricos en enfermos V.I.H. positivos sintomáticos.

Hay un incremento de los problemas neuropsiquiátricos en aquellos que presentan L.G.P. (linfadenopatía generalizada persistente) o C.R.S. (complejo relacionado con S.I.D.A.).

Desde el punto de vista psicológico los pacientes son considerados a veces junto con aquellos que acaban de recibir el diagnóstico de S.I.D.A. (Miller, D. 1.987) pero sus problemas no son siempre comparables.

Igualmente se han descrito:

a).- <u>Desórdenes psiquiátricos funcionales</u>:

Pacientes con C.R.S. se ha encontrado que tienen más altos niveles de distress y de morbilidad psiquiátrica que los que tienen

S.I.D.A. propiamente dicho (Perry, I., Markowitz, 1.986) (Temoshok, et al. 1.986), Tross et al. (1.987) estudiaron un grupo de 90 homosexuales varones con S.I.D.A., 40 homosexuales varones con C.R.S. y 149 V.I.H. seronegativos como grupo control, que fueron analizados mediante test psiquiátricos estandarizados y de lo que resultó que presentaron morbilidad psiquiátrica un 63% de los V.I.H. seropositivos con C.R.S. del grupo de S.I.D.A. un 52% mientras que un 31% de los controles mostraron patología psiquiátrica. El cuadro que con mayor frecuencia aparecía fueron las reacciones de adaptación.

Sabemos que la morbilidad psiquiátrica aumenta si se tienen antecedentes de trastornos afectivos mayores, trastornos de ansiedad, y con el número de síntomas físicos actuales.

Atkinson, Grant, Kennedy, et al. (1.987) detectan igualmente más morbilidad psiquiátrica en individuos con C.R.S. que en individuos con S.I.D.A. y que los sujetos V.I.H. positivos asintomáticos.

Se han descrito trastornos esquizofrénicos sin signos de organicidad en sujetos con L.G.P. y que no iban a desarrollar S.I.D.A. pronto (Thomas, Szabadi, 1.985; Jones, et al. 1.987), aunque la causa no se conoce bien.

b).- <u>Desórdenes psiquiátricos orgánicos</u>:

Se han observado alteraciones en los test neuropsicológicos en un 54% de pacientes con C.R.S. (Grant, Atkinson 1.987) y en un 50% de pacientes con L.G.P. Dichas alteraciones son generalmente: más lentitud

en llevar a cabo las preguntas, alteraciones en pensamiento abstracto y alteraciones en aprendizaje y en la memoria.

Aparecen síntomas o signos neurológicos en muchos de los enfermos con C.R.S. (Herman, 1.986), e incluso en ausencia de enfermedad neurológica (Berger, Fischi, Resnick, et al.1.987); alteraciones en L.C.R. incluyendo el aislamiento del V.I.H. (Hollander, Levy, 1.987) y Ac. Anti-V.I.H. en algunos sujetos con C.R.S. (Tourtellote, et al.1.987) y en pacientes con P.G.L.

Se pueden desarrollar en esta etapa cuadros esquizofrénicos agudos con síntomas indicativos de organicidad (Maccario y Scharre 1.987) y procesos demenciales, los cuales son difíciles de diferenciar de desórdenes depresivos y de reacciones de adaptación.

La impresión general de la literatura científica es que hay peores niveles de morbilidad psiquiátrica y física, y concretamente un ascenso del número de pacientes con alteraciones neurológicas y neuropsicológicas.

Los mecanismos de estas alteraciones permanecen poco claros y especialmente el papel del V.I.H. por sí mismo, el papel de las funciones oportunistas, así como el proceso de la progresión de la enfermedad V.I.H..

4. Problemas psiquiátricos en pacientes con S.I.D.A.

Como se esperaba, los problemas psicosociales son frecuentes en

enfermos de S.I.D.A.. Además, está claro por la variedad y los numerosos desórdenes neuropsiquiátricos el que pueden tener importantes implicaciones para la provisión de servicios.

Se pueden dar:

a).- Desórdenes psiquiátricos funcionales:

El notificar la posibilidad frente al V.I.H. conlleva reacciones psicológicas normales y patológicas, y ambas comparables a lo que ocurre en otras enfermedades graves (Nichols, Goldmeier, 1.987; Perry, Dilley, 1.986). Se puede predecir que los síntomas más importantes serían: depresión, tristeza, ideas de suicídio, sentimientos de culpabilidad, la percepción de que la enfermedad es una especie de pago, de factura, aislamiento social; y el efecto sobre sus familiares y parejas (Perry, Dilley, 1.986; Dilley, Ochitll, Perl, 1.985)

Hay estudios que describen en pacientes hospitalizados con S.I.D.A. un 80% de trastornos del humor en distintos grados y un 17% de depresión severa. Si además los pacientes padecían algún trastorno psiquiátrico orgánico se detectó un 60% con anomalías psiquiátricas, aunque eran muy pocos los que necesitaban de ayuda psiquiátrica.

En un estudio realizado por Dilley, Ochitll, Perl, (1.985) en pacientes hospitalizados con S.I.D.A. un 30% se remitieron a psiquiatras para valoración de la depresión mayor, aunque sólo al 20% de ellos finalmente se les diagnosticó de depresión mayor, mientras que el 70% sufría reacciones de adaptación.

Según Weisman, Harney, et al. (1.987) los enfermos de S.I.D.A. requieren más visitas al psiquiatra que otros referidos del hospital general.

Incluso se ha comprobado que pacientes ambulatorios con S.I.D.A. presentaban más alteraciones del humor que pacientes ambulatorios con leucemia o insuficiencia renal crónica (Donlou, Wolcott, Gottlieb, et al.1.985). Sin embargo, comparados con pacientes con C.R.S. y pacientes seropositivos con otros síntomas, eran los pacientes con S.I.D.A. quienes tenían niveles más bajos de morbilidad y síntomas psiquiátricos (Atkinson, et al. 1.987; Perry, 1.986; Tross, Hirsch, Rabkin et al. (1.987).

Otros problemas psiquiátricos relacionados con el S.I.D.A. incluyen el esfuerzo deliberado de llevar a cabo el suicidio (Flavin, Franklin, Frances, 1.986) y un S.I.D.A. fictício (Miller, Wlidem, et al. 1.986).

b).- Desórdenes psiquiátricos orgánicos.

Es frecuente la afectación del S.N.C. en pacientes con S.I.D.A. y pueden darse trastornos neuropsiquiátricos agudos y crónicos en una significativa proporción de casos.

Perry, Tress (1.986) tras estudiar retrospectivamente pacientes de S.I.D.A. en un hospital general encontró un 65% de trastornos orgánicos cerebrales durante la hospitalización.

Snider, Simpson et al. (1.983) y Kopper et al.(1.985) observaron de un 23 a un 39% de pacientes de S.I.D.A. con síntomas neurológicos que incluían manifestaciones del S.N.C. y del S.N. periférico.

Como ya vimos con anterioridad, pacientes de S.I.D.A. sin enfermedad neurológica, trás compararlos con un grupo control han mostrado anormalidades en test neuropsicológicos, lo que indica un bajo funcionamiento cerebral y una alteración específica.

No describimos aquí toda la gama de desórdenes neuropsiquiátricos pues ya se citaron en el apartado de enfermedades neurológicas, sólo puntualizamos que los desórdenes neuropsiquiátricos secundarios a infecciones oportunistas pueden responder bien al tratamiento apropiado, de manera que es muy importante investigar el diagnóstico y el tratamiento adecuado (Snider, Simpson, et al. 1.983; Levy, 1.985). Parece ser de gran utilidad, como ayuda al diagnóstico neuroradiológico, el M.R.I.

Los desórdenes neuropsiquiátricos también pueden ser causados por efecto directo del virus en el S.N.C.

El síndrome de encefalitis subaguda puede ser causado por el virus. Snider (1.983) encuentra esta encefalitis subaguda en un 36% de pacientes con S.I.D.A con implicaciones neurológicas; Levy, Bredesen y Rosemblum (1.985) lo encuentran en un 22% de los casos de S.I.D.A. neurológicamente sintomáticos. La más alta prevalencia ha sido descrita por Del Monte et al. (1.987) quienes encuentran en estudios postmorten evidencia de diferentes grados de encefalomielitis subaguda en un 90%

de los 30 casos estudiados. En el 60% de los casos ésta era la única anormalidad neuropatológica. Los procesos de demencia estaban presentes sólo en 1/3 de aquellos que tenían moderada o marcada encefalitis, mientras que más del 80% de pacientes con encefalitis subaguda no tuvo desórdenes neurológicos clínicos.

En un estudio retrospectivo de pacientes de S.I.D.A. vistos en dos hospitales de N. York, se encontró sobre un 30% de pacientes que sufrían demencia progresiva en ausencia de infecciones secundarias cerebrales o de otra neuropatología relacionada con la inmunodeficiencia.

Las etapas tempranas se caracterizan por cambios cognitivos y de conducta similares a aquellos hallados en la depresión como: retardo psicomotor, apatía, alteraciones de la memoria, de la concentración y motoras. A medida que se va desarrollando la demencia los síntomas neurológicos y alteracicnes cognitivas generalizadas se van haciendo prominentes.

En un 26% de pacientes con complejo-demencia-S.I.D.A., los síntomas neuropsiquiátricos preceden al desarrollo completo del S.I.D.A. (Navia, Price, 1.987). Esto está de acuerdo con muchas aportaciones de desórdenes esquizofreniformes o afectivos (Rundell, Wise y Ursano, 1.986), (Thomas y Szabadi, 1.987) descritos en pacientes quienes fueron diagnosticados subsecuentemente de S.I.D.A y donde el síndrome cerebral orgánico era una posible causa.

El AZT puede producir mejoría clínica, radiológica y

neuropsicológica en pacientes con enfermedad neuropsiquiátrica (Yarchoan, Brouwer, Spitzer, et al. 1.987).

El desarrollo del S.I.D.A. está asociado con un incremento de futuros problemas psiquiátricos, funcionales y orgánicos, por lo que se necesitan más trabajos para conocer la prevalencia y los factores asociados con tal presentación, junto al desarrollo de procedimientos diagnósticos para aclarar la etiología de varios síndromes y tratamientos efectivos. Se necesitan estudios prospectivos con muestras representativas de pacientes para establecer la frecuencia, extensión, curso y significado del C.D.S., en relación a desarrollar otros problemas relacionados con el V.I.H.. Los instrumentos de valoración neuropsicológica están empezando a desarrollarse (Ornitz, Amitay y Sidtis, 1.987) pero se necesitan más investigaciones.

Y por último, recordar que la patogénesis de los problemas neuropsiquiátricos permanecen como especulaciones (Ruff, Hill, Smith, et al. 1.987; Gabuzda y Hirsch, 1.987).

I.I. COMPLICACIONES NEUROPSICOLOGICAS DE LA INFECCION POR V.I.H.

Continuando en la línea anterior nos centramos en las manifestaciones neuropsicológicas, que exponemos de forma concisa.

Una de las manifestaciones más precoces del C.D.S. es la aparición de déficits neuropsicológicos. No obstante, dada la diversidad de variables intervinientes y de diseños experimentales, los estudios que intentan identificar estos déficits aportan resultados contradictorios.

Algunos autores sugieren la presencia de déficits neuropsicológicos en pacientes seropositivos asintomáticos: (Boget, Hernández, 1.991)

Determinación de deterioro cognitivo en pacientes V.I.H.+

	Población	Muestra	Resultados
O.M.S. (1988)	No especif.	20 V.I.H.+	88 % alteraciones motoras cognitivas y conductuales en test neuropsicológicos. No exploraciones biológicas.
Naber et al. (1.990)	No especif.	87 V.I.H.+	No deterioro cognitivo en test neuropsicológicos.
Alexius et al. (1.989)	Homosexual.	50 V.I.H.+	70 % deterioro de funciones motoras, 55% dificultades, de concentración, 40 % trastornos de memoria.

Los estudios que incluyen grupos control (sujetos seronegativos) no encuentran diferencias significativas en cuanto al funcionamiento cognitivo entre ambos grupos: (Boget, Hernández, 1.991)

Rendimiento neuropsicológico: comparación entre sujetos V.I.H.- y V.I.H.+ asintomáticos

	Población	Muestra	Resultados
Selnes et al. (1.988)	Homosexual.	96 V.I.H.+ 81 V.I.H.-	No diferencias en test neuropsicológicos
Selnes et al. (1.988)	Homosexual.	819 V.I.H.+ 836 V.I.H.-	No diferencias en test neuropsicológicos
O'Dowd et al. (1.988)	A.D.V.P.	68 V.I.H + 136 V.I.H.-	No diferencias en test neuropsicológicos
Tross et al. (1.988)	A.D.V.P.	52 V.I.H.+ 45 V.I.H.-	No diferencias en test neuropsicológicos
Goethe et al. (1.988)	No especif.	97 V.I.H.+ 18 V.I.H.-	No diferencias en test neuropsicológicos
Catalan et al. (1.988)	Hemofílicos	25 V.I.H.+ 25 V.I.H.-	No diferencias en test neuropsicológicos

Al comparar el rendimiento neuropsicológico en las diferentes etapas de la enfermedad se encuentra una mayor proporción de sujetos con alteración neuropsicológica en los estadios más avanzados. Así, la frecuencia de déficit es más significativa en grupos de pacientes diagnosticados de C.R.S. y S.I.D.A.: (Boget, Hernández, 1.991).

Rendimiento neuropsicológico y V.I.H. : comparación entre diferentes grupos diagnósticos.

	Población	Muestra	Resultado
Grant y Atkinson (1.987)	Homosexual.	15 SIDA 13 CRS 16 V.I.H.+ 11 V.I.H. -	Deteriodo cognitivo: 9% V.I.H.- 44% V.I.H.+ 54% CRS 87% SIDA
Jansen et al. (1.989)	Homosexual. y bisexual.	26 CRS 31 43 V.I.H.+	Alteraciones neuropsicológicas en CRS pero no en V.I.H.+
Rubinow et al. (1.989)	No especif.	13 SIDA 9 V.I.H.+ 4 V.I.H.+ 5 V.I.H.- 6 CONTROL	Déficit en test neuropsicológicos sólo en SIDA.
Jansen et al. (1.988)	Homosexual. y bisexual.	22 CRS 83 V.I.H.+ 173 V.I.H.-	Déficit neuropsicológico en 41% CRS No déficit neuropsicológico en V.I.H.+
Riedel et al. (1.988)	Hemofílicos	181 V.I.H.+ : 78 I 36 II 53 III 14 IV	Rendimientos neuropsicológicos significativamente inferiores en el estadío IV

Algunos autores sugieren que la diferencia entre pacientes seropositivos y seronegativos está en relación con el nivel de depresión inmunológica.

En este sentido se ha controlado la influencia del parámetro de inmunodeficiencia con resultados contradictorios.

Relación entre rendimientos neuropsicológicos y parámetros inmunológicos (V.I.H., T4, T8)

	Población	Muestra	Resultado
Wilkie, et al. (1.988)	Homosexual.	37 V.I.H.+	Relación entre índices inmunológicos (OKT4, OKT8) y rendimiento en memoria visual y problemas visuoespaciales.
Reinvang et al. (1.989)	No especif.	36 V.I.H.+	No relación entre nivel deterioro y parámetros inmunológicos (OKT4, OKT8)

de los estudios de Boget, T. y Hernandez, E. (1.991) antes expuestos, podemos apuntar que al parecer la presencia de déficits neuropsicológicos asociados al V.I.H. está en relación con el estadío de la enfermedad.

En esta misma linea Amer, Arranz, Bojes et al., 1.989 no detectan alteraciones neruopsicologicas en sujetos V.I.H. asintomaticos.

De manera que los déficits neuropsicológicos aparecen en los estadíos más avanzados, como son el C.R.S. y el S.I.D.A. propiamente dicho o en pacientes con un descenso de la respuesta inmunológica importante.

Además dichos déficits conforman un patrón de alteración neuropsicológica propiamente dicha, independiente del patrón de demencia.

De lo que se deduce la necesidad de estudios longitudinales de seguimiento para seguir evaluando la evolución de estos déficits que como podemos pensar pueden ser signos precoces de demencia o configurar alteraciones neuropsicológicas más estables.

De forma aclaratoria en este tipo de anomalia los instrumentos de screening utilizados en la práctica clínica incluyen diferentes subtest del WAIS y WAIS-R, test de memoria, test de fluidez verbal y subtest de Halstead-Reitan, entre los cuales el test del trazo ha demostrado una elevada sensibilidad en la evaluación de estos pacientes

(Fernandez: Schaerf et al., 1.988).

Así pues, los autores Boget y Hernandez (1.991) consideran que la evaluación neuropsicológica en pacientes V.I.H. y S.I.D.A. debería incluir una selección de test que han demostrado su utilidad en detección de déficit de tip ubcortical, evaluando las siguientes áreas:

- Inteligencia (subtest de vocabulario, semejanzas y cubos de Wais).

- Coordinación visomanual, flexibilidad y rapidez (test del trazo, clave numérica del Wais, tapping).

- Memoria a corto y medio plazo (escala de memoria de Weschler).

De todos modos los diversos investigadores no coinciden en la elección de instrumentos de screenig neuropsicologico.

I.J. COMPLICACIONES NEUROLOGICAS DE LAS TOXICOMANIAS.

El riesgo de padecer complicaciones neurológicas por uso de drogas de abuso es desconocido.

Muchos adictos usan más de una sustancia con lo que sus posibles alteraciones neurológicas son difíciles de distinguir unas de otras.

I.J.A. COMPLICACIONES NEUROLOGICAS DEL CANNABIS :

El principal compuesto activo contenido en la cánnabis sativa es el δ-9-tetrahidrocannabinol (T.H.C.), principal responsable de los efectos farmacológicos de las diferentes formas de consumo del cánnabis (hachis, marihuana, grifa, kiffi, etc.). Los derivados del cánnabis se acostumbran a consumir en forma de cigarrillos que contienen, dependiendo de su procedencia y de la disponibilidad comercial, el principio activo en porcentajes que van desde un 0,5 a 20 %, y con más frecuencia entre 1 y 2 %. Esta forma de administración consigue niveles plasmáticos muy elevados y una entrada muy rápida del T.H.C. en el S.N.C.; se transforma el T.H.C. en distintas sustancias de entre las que destacamos el 11-hidroxi-T.H.C. con propiedades farmacológicas (Nicholi, 1.983).

Puede interaccionar a concentraciones nanomolares con diversos neutrotransmisores como acetilcolina, dopamina, serotonina y neuropéptidos (Nahas, 1.986).

El uso agudo de cánnabis origina alteraciones profundas en

procesos cognitivos y en el rendimiento psicomotor. No se ha podido demostrar cambios neurológicos en fumadores crónicos de marihuana.

Se ha comprobado que origina una alteración importante en las funciones cognitivas y psicomotora: aumenta el tiempo de reacción, alteración de la capacidad de aprendizaje de nuevas tareas, alteración de la memoria y de la percepción temporal por lo que tienen peor rendimiento psicomotor, y se empeora si se toma a la vez alcohol (Nahas, Hollister, Dewy, 1.986, Ashton, 1.987).

El T.H.C. origina alteraciones neuronales en ratas y primates. No se ha podido demostrar en humanos (Nahas, Hollister, 1.986, Ashton, 1.987).

Algunos autores hace años refirieron la posible presencia de alteraciones cerebrales en consumidores crónicos de cánnabis (Ashton, 1.987). Actualmente utilizando T.A.C. , E.E.G. y técnicas de medida del flujo sanguíneo cerebral no se ha podido comprobar (Nahas, 1.986, Ashton, 1.987), por lo que no se considera neurotóxico (Wert y Rausin, 1.986). Si está descrito en fumadores crónicos el "Síndrome amotivacional": apatía, falta de interés, irritabilidad, cambios en el ciclo del sueño y disminución de la actividad física.

I.J.B.- COMPLICACIONES NEUROLOGICAS NO INFECCIOSAS ASOCIADAS A LA HEROINA.

La mayor parte de las dosis de heroína inyectadas aparecen en orina a las 24 horas, y posteriormente en heces en forma de glucurónido

o como morfina libre; de mayor potencia que la morfina por su mayor solubilidad y con mayor facilidad para atravesar la barrera hematoencefálica.

Los mecanismos de acción de la heroína son en general aún pocos conocidos; si bien sus áreas de más actividad son el S.N.C. y el intestino. En el S.N.C. lo más evidente es la analgesia, el sopor, los cambios de humor y el obscurecimiento de la conciencia, y sensación de bienestar.

La heroína actúa sobre receptores específicos de naturaleza lipoprotéica y a su vez activos e inactivos, sobre todo en el sistema límbico, tálamo, estriado, hipotálamo, mesencéfalo y médula espinal.

Se conocen tres tipos de receptores (Soler Insa, 1.982) como son:

- μ con acción analgésica agonista,
- k agonistas (ciclazocinas y pentazocina) y
- τ agonistas (allyciclazolinas).

De manera que la estimulación de cada receptor provoca un cuadro neurológico y psicológico específico.

Pascual Calvet, J.; Pou, A.; Botet, et al. (1.989) describieron complicaciones del S.N.C. en 48 A.D.V.P. y sobredosis en 451.

Entre las primeras se encuentran:

- Leucoencefalopatía espongiforme que se manifiesta al principio con apatía, bradipsiquia, trastornos del habla, ataxia cerebelosa e inquietud motora, apareciendo más tarde tetraparesia espástica, temblor, mioclonías y movimientos coreoatetósicos y al final un mutismo aquinético y rigidez de descerebración.

- Accidentes vasculares cerebrales por vasculitis necrotizante.

- Mielopatía transversal aguda por hipotensión como reacción de hipersensibilidad a la heroina, por vasculitis, por hiperextensión cervical o por barbitúricos.

- Crisis epilépticas.

- Neuropatías: - Polirradiculoneuritis por heroina o V.I.H.
  - lexopatía por monoparesia braquial proximal trás heroina.
  - Mononeuropatía radial por atrapamiento.

- Complicaciones musculares:
  - Rabdomiolisis por heroina que ocasiona necrosis y aumento de mioglobina.
  - Síndromes compartimentales.
  - Miopatía crónica Fibrosante.
  - Síndrome musculoesquelético, y
  - Piomiositis.

En cuanto a las secuelas de una sobredosis nos podemos encontrar con encefalopatía postaxónica, demencia, delirio, sordera bilateral, movimientos involuntarios, crisis epilépticas y mielinolisis central pontina, entre otras.

I.J.C.- COMPLICACIONES INFECCIOSAS DEL S.N.C. EN A.D.V.P.

El grupo de trabajo para el estudio de infecciones en drogadictos, (1.988) describió embolos sépticos, procedentes de bacteriemias y fungemias que causan:

- meningitis (el stafilococo aureus es el responsable más frecuente, seguido del streptococo pneumoniae y de la neisseria meningitidis).

- abcesos cerebrales.
- empiemas subdurales o abcesos epidurales.

En cuanto a la Meningitis: esta entidad clínica cursa con fiebre y alteración de la conciencia cuya etiología más frecuente ha sido mencionada con anterioridad, que se diagnostica por tinción de Gram del L.C.R. y tratadas con cloxacilina y cefotaxina. Se debe realizar una radiografía de tórax, cráneo y senos para excluir neumonías, abcesos pulmonares, sinusitis, osteomielitis o fracturas de cráneo y un T.A.C. en caso de focalidad neurológica y mala evolución tras inicio de tratamiento.

Por otra parte, se observa que hay un cambio en el tipo de

infecciones en los A.D.V.P., a favor de un aumento de la tuberculosis que se evidencia con un aumento de linfocitos en L.C.R. y se confirma con un cultivo en medio de Lowestein. Su tratamiento, el ya de todos conocido, es la combinación de rifampicina, isoniacida y etambutol.

Y por último, en el caso de que se sospeche etiología micótica, concretamente el cryptococus neoformans se confirmará en un cultivo del L.C.R. y se tratará con anfotericina.

- El Abceso cerebral: se presenta con fiebre y signos de focalidad neurológica. Si hubiera duda en la etiología a favor del toxoplasma gondii se añade sulfadiazina y pirimetamina.

- El Empiema subdural: puede proceder a partir de una infección en senos frontales y etmoidales o por un foco de osteomielitis o de un abceso cerebral. Se realizará un T.A.C.

- El Abceso craneal extradural y Abceso espinal epidural: pueden estar desencadenados por osteomielitis craneales e infecciones del oido y de los senos paranasales que cursan con dolor focal y fiebre. Se debe realizar un T.A.C. y acceder a él con una descompresion precoz y antibióticos.

Y por último, la Neurosifilis es una enfermedad poco común que tras una serología positiva se realizará en L.C.R. y se tratará con penicilina benzatina.

II. JUSTIFICACION Y OBJETIVOS

El S.I.D.A. es una de las causas de muerte más importante entre los sujetos adictos a drogas por vía parenteral (A.D.V.P.), en nuestro país. Aproximadamente el 70% del total de casos en España son A.D.V.P.

Los conocimientos sobre el estado de la infección por V.I.H. en los heroinómanos españoles son escasos. A este respecto en nuestro medio se conoce el trabajo de Gómez Olmedo, Fernández Sierra, Delgado Rodriguez, et al. (1.990), realizado en individuos heroinómanos hospitalizados por patología orgánica.

Los A.D.V.P. no constituyen un grupo de riesgo homogéneo; se encuentran incluidos en subculturas de patrones de consumo diferentes y estan en fases distintas de una misma historia natural de la drogodependencia.

Los A.D.V.P. portadores del V.I.H. asintomáticos constituyen un subgrupo numeroso en España. En cada grupo de riesgo es preciso actuar de un modo adecuado.

La mayoría de las investigaciones en torno al S.I.D.A. se refieren a los factores de riesgo asociados a la transmisión de la infección por V.I.H. en los A.D.V.P. (Friedman y Des Jarlais, 1.987; Gómez Olmedo et al.; 1.990; el Estudio del Plan nacional sobre drogas, 1.991). Sin embargo, estos trabajos no incluyen el estudio de los antecedentes biográficos y las características de personalidad, como posibles variables diferenciadoras de los A.D.V.P. seropositivos respecto a los seronegativos.

Por otra parte, sabemos que desde que el V.I.H. invade el organismo hasta la aparición de sintomatología hay un largo período de latencia y que éste es variable de unas personas a otras. Ahora bien los posibles factores desencadenantes de la enfermedad no se conocen con exactitud. Fauci (1988) y Haseltine (1988) consideran que la virulencia del virus, la infección por más de un subtipo del V.I.H. y las coinfecciones (citomegalovirus, etc.) podrían acelerar el desarrollo del S.I.D.A. También se demostró (Peña, Barbado y Vazquez, 1.989) que el estado del sistema inmunológico del individuo infectado es primordial (parejas infectadas por su compañero A.D.V.P. seropositivo poseen un período de latencia más prolongado que el propio A.D.V.P.).

Bayes R. y Arranz, P. (1.988), defienden el papel del estrés emocional como posible cofactor acelerador de la aparición de síntomas en la infección V.I.H..

En cuanto a la psicopatología de enfermos de S.I.D.A., los primeros trabajos de investigación reunían una serie de características:

- se realizaban con enfermos homosexuales (la enfermedad empezó a detectarse en EE.UU. donde el grupo de riesgo predominante era el de homosexuales). Estos sujetos poseen unas características distintas a los A.D.V.P. (principal grupo de riesgo en España).
- se desconocía que existían distintas etapas de la enfermedad con una clínica especifica, por lo que se

incluían en los estudios enfermos en distintas fases de la enfermedad.

- dichos trabajos se llevaron a cabo con enfermos hospitalizados por patología orgánica. De este modo, la aparición de psicopatología era más probable.

Por estas razones en 1.989 cuando iniciamos el presente trabajo la bibliografía sobre psicopatología del S.I.D.A. era controvertida y poco consistente.

Llamaba la atención cómo en determinados trabajos se observa que los enfermos de S.I.D.A. reaccionaban con auténticos cuadros de ansiedad y de depresión en tanto que en otros trabajos no se detectaron.

De igual modo se ponía de manifiesto la controversia acerca del inicio de anomalías cognitivas en estadios precoces de la infección por V.I.H. (asintomáticos). Anomalías que en caso de detectarse se beneficiarían del tratamiento con azidobudina (AZT); terapia de demostrada eficacia para este tipo de cuadros (Yarchoan, Brouwer, Spitzer, et al., 1985).

Por lo expuesto con anterioridad en el actual trabajo nos propusimos como <u>OBJETIVOS</u>:

1.- Conocer los factores de riesgo asociados a la transmisión de la infección por V.I.H. en los A.D.V.P.

seropositivos asintomáticos.

Esto a su vez se desarrolló en cinco objetivos específicos:

- Conocer las posibles diferencias entre seropositivos y seronegativos, en cuanto a antecedentes biográficos y su relación con la infección del V.I.H.
- Conocer las posibles diferencias entre seropositivos y seronegativos, en cuanto a los aspectos sociodemográficos, y su relación con la infección del V.I.H.
- Conocer las posibles diferencias entre seropositivos y seronegativos, en cuanto a prácticas de riesgo ligadas al consumo de drogas, y su relación con la infección del V.I.H.
- Conocer las posibles diferencias entre seropositivos y seronegativos, en cuanto a prácticas de riesgo ligadas a la actividad sexual, y su relación con la infección del V.I.H.
- Conocer las posibles diferencias entre seropositivos y seronegativos, en cuanto al nivel de información sobre el S.I.D.A. y en cuanto a las modificaciones de conducta tras conocer el estado serológico y recibir información sobre el S.I.D.A.

2.- Conocer las posibles diferencias entre los A.D.V.P. seropositivos y seronegativos, en cuanto a características

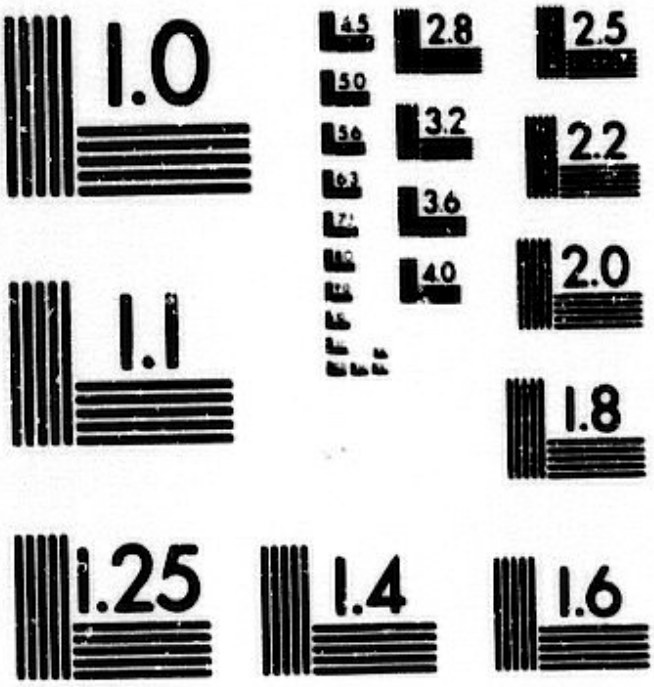
de personalidad, y su relación con la infección del V.I.H.

3.- Estudiar las posibles diferencias entre los A.D.V.P. seropositivos al V.I.H., asintomáticos, y los seronegativos respecto al número y tipo de factores estresantes.

4.- Conocer en relación a la infección por V.I.H. el posible grado de ansiedad y/o depresión de los A.D.V.P. seropositivos, asintomáticos, frente a los adictos seronegativos.

5.- Evaluar el posible déficit cognitivo en relación a la infección por V.I.H. de los A.D.V.P. seropositivos con respecto a los seronegativos.

III. MATERIAL Y METODO



MICROCOPY RESOLUTION TEST CHART
NATIONAL BUREAU OF STANDARDS
STANDARD REFERENCE MATERIAL 1010a
(ANSI and ISO TEST CHART No. 2)

III. MATERIAL Y METODO

III.A. MATERIAL

Nuestra investigación se basa en el estudio de pacientes adictos a drogas por vía parenteral (A.D.V.P.), concretamente dependientes de la heroína. La muestra se recogió del Centro provincial de drogas de Granada (C.P.D.), adscrito al Plan andaluz sobre drogas, en el período comprendido entre 1.988 a 1.990, además de la Unidad de desintoxicación hospitalaria (U.D.H.) de Granada, adscrita al Plan nacional de drogas, en la última etapa.

Los criterios de inclusión fueron:

- Cumplir los criterios para el diagnóstico de dependencia a la heroína (DSM III-R).

- Estar bajo tratamiento de su drogadicción en un intervalo de tiempo que oscilaba de semanas a meses.

- Conocer el enfermo su estado serológico frente al V.I.H. desde hacía unas semanas o meses; siempre menos de un año. Excepto para 27 enfermos de serología desconocida al llevarse a cabo la entrevista personal.

Los criterios de exclusión fueron:

- Estar bajo los efectos de la heroína u otras drogas.
- Encontrarse en período de abstinencia sin tratamiento.
- Estar recibiendo tratamiento sustitutivo con metadona.
- Hallarse en período de remisión completa según la evaluación de la gravedad de la dependencia.

Cuando un paciente heroinómano acude por primera vez a un Centro provincial de drogas para tratamiento las etapas son:

1º.- Entrevista con el trabajador social quien informa, y orienta en qué consiste dicho tratamiento. A la vez conoce que el grado de motivación de la persona drogodependiente. Generalmente un familiar o amigo se responsabiliza del paciente.

2º.- Entrevista con el médico, quien tras un estudio analítico exhaustivo y la no detección de drogas en orina, inicia la desintoxicación propiamente dicha, que dura de 8 a 15 días. Este consiste frecuentemente en un tratamiento sintomático, o bien en una terapia con naltrexona, o bien con metadona (en casos muy seleccionados).

3º.- Se le asigna un psicólogo con el que permanecerá durante un largo período.

En otras ocasiones la desintoxicación propiamente dicha, por diferentes y varios motivos, no se puede llevar a cabo en el domicilio del sujeto y se deriva a la Unidad de desintoxicación hospitalaria, donde el psiquiatra lleva a cabo la desintoxicación (que oscila sobre las dos semanas); posteriormente se le envia al C.P.D..

Así, la captación de los sujetos motivo de nuestro estudio se llevó a cabo en una de las tres posibles etapas del tratamiento; es decir, bien se realizó la entrevista personal al finalizar la visita con el asistente social, bien al acabar el tratamiento de

desintoxicación propiamente dicho con el médico o bien en las entrevistas con el psicólogo.

La entrevista con los pacientes de la Unidad de desintoxicación se realizó en los últimos días de su hospitalización. En todo momento en ambos casos se intentó obtener la máxima homogeneidad en el momento de la elección de la entrevista.

En nuestro material hemos estudiado un total de 157 sujetos adictos a drogas por vía parenteral que se distribuyen de la siguiente manera:

- 57 A.D.V.P. seropositivos frente al V.I.H.. (presentaban anticuerpos frente al virus de la inmunodeficiencia humana).

- 73 A.D.V.P. seronegativos frente al V.I.H. (no presentaban anticuerpos frente al virus de la inmunodeficiencia humana).

- 27 A.D.V.P. con serología aún desconocida. Es decir, cuando se les realizó la entrevista no conocían aún el resultado del test de detección de anticuerpos frente al V.I.H.

Finalizada la recogida de material, clasificamos los 27 A.D.V.P. con serología desconocida, al llevarse a cabo la entrevista en el grupo de los pacientes A.D.V.P. seropositivos, o en el grupo de los

pacientes A.D.V.P. seronegativos, puesto que meses más tarde estudiando cada historia clínica ya se conocía su serología frente al V.I.H. Esto fue así sólo para el primer Cuestionario sociodemográfico, biográfico, de actitudes e información frente al S.I.D.A. y de la historia de su toxicomanía. Para el resto de los test empleados excluimos este grupo de 27 A.D.V.P. con serología desconocida ya que influiría en las variables estudiadas el no conocimiento del diagnóstico.

Así, hemos estudiado a través del Cuestionario 157 A.D.V.P. que se distribuyen de la siguiente manera:

- 64 A.D.V.P. seropositivos frente al V.I.H.
- 93 A.D.V.P. seronegativos frente al V.I.H.

Para el resto de los test, que posteriormente describimos, hemos estudiado:

- 57 A.D.V.P. seropositivos
- 73 A.D.V.P. seronegativos

Las características que definen a los grupos estudiados son:

1.- Sexo

1.a. A.D.V.P. seropositivos frente al V.I.H.

Los enfermos A.D.V.P. seropostivos se distribuyen en 52 hombres (81.25%) y 12 mujeres (18.75%)

1.b. A.D.V.P. seronegativos frente al V.I.H.

Los enfermos A.D.V.P.seronegativos se distribuyen en 81 hombres (87.09%) y 12 mujeres (12.90%)

2.- Edad

2.a. A.D.V.P. seropositivos frente al V.I.H.

Los límites de edad de los pacientes A.D.V.P. con anticuerpos frente al V.I.H. se encuentran entre 18 y 40 años, con una $x = 26.60$ y una $s = 4.51$.

2.b. A.D.V.P. seronegativos frente al V.I.H.

Los límites de edad de los pacientes A.D.V.P. sin anticuerpos frente al V.I.H. se encuentran entre 16 y 45 años, con una $x = 25.52$ y una $s = 5.02$.

3.- Estado civil

3.a. A.D.V.P. seropositivos frente al V.I.H.

Los enfermos A.D.V.P. seropositivos se distribuyen entre 40 solteros (65.57%), 8 casados (13.11%), 11 separados (18.03%) y 2 viudos (3.27%)

3.b. A.D.V.P. seronegativos frente al V.I.H.

Los enfermos A.D.V.P. seronegativos se distribuyen entre 70 solteros (15.26%), 15 casados (16.12%) y 8 separados (8.60%).

4.- Naturaleza

4.a. A.D.V.P. seropositivos frente al V.I.H.

Los enfermos A.D.V.P. seropositivos proceden de Granada capital 21 (34.4%), de Granada provincia 14 (22.9%), de otras provincias 24 (39.3%) y de otro país 2 (3.2%).

4.b. A.D.V.P. seronegativos frente al V.I.H.

Los enfermos A.D.V.P. seronegativos proceden de Granada capital 27 (30.3%), de Granada provincia 22 (24.7%), de otras provincias 36 (40.4%) y de otro país 4 (4.4%).

5.- Residencia

5.a. A.D.V.P. seropositivos frente al V.I.H.

Los enfermos A.D.V.P. seropositivos viven en Granada capital 23 (38.3%), en Granada provincia 19 (31.7%) y en otras provincias 18 (30.0%).

5.b. A.D.V.P. seronegativos frente al V.I.H.

Los enfermos A.D.V.P. seronegativos viven en Granada capital 32 (36.3%), en Granada provincia 28 (31.8%) y en otras provincias 28 (31.8%).

III.B. METODO

Para una mejor comprensión de nuestro estudio vamos a exponer el método que hemos seguido, dividiéndolo en tres apartados:

B.1.- RECOGIDA DE DATOS

A. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO, BIOGRÁFICO, DE INFORMACIÓN Y ACTITUDES FRENTE AL S.I.D.A. Y DE LA HISTORIA DE SU TOXICOMANÍA.

B. ESCALA DE ACONTECIMIENTOS VITALES DE PAYKEL.

C. ESCALA DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y VULNERABILIDAD DE HASSANYEH.

D. MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO.

E. PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH.

B. 2.- ORDENACION DE DATOS

A. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO, BIOGRÁFICO, DE INFORMACIÓN Y ACTITUDES FRENTE AL S.I.D.A. Y DE LA HISTORIA DE SU TOXICOMANÍA.

B. ESCALA DE ACONTECIMIENTOS VITALES DE PAYKEL.

C. ESCALA DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y VULNERABILIDAD DE HASSANYEH.

D. MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO.

E. PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH.

B.3. METODO ESTADISTICO.

Comenzamos pues con:

III.B.1.- RECOGIDA DE DATOS

Hemos creído que los instrumentos de trabajo que más se adecuan a nuestros propósitos son:

III.B.1.A. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO, BIOGRÁFICO, DE INFORMACIÓN Y ACTITUDES FRENTE AL S.I.D.A. Y DE LA HISTORIA DE SU TOXICOMANÍA.

El Cuestionario que se aplicó tiene como base:

- El diseñado por nosotros (Carretero, Soler, 1.986) acerca de caracteristicas biográficas para el estudio psicosomático de enfermos con pneumotorax espontáneo, con motivo de la tesina de licenciatura.

- El Cuestionario para drogodependencias de Bergeret (1.983), y

- A.I.D.S. Initial assesment questionnaire diseñado por National institute on drug abuse (N.I.D.A.) en 1.988, para valoración de

personas pertenecientes a grupos de riesgo de infección por V.I.H.

Se han introducido importantes modificaciones que nos permitieron en la recogida de datos una mayor actualización y adaptación a nuestros pacientes y a nuestro medio.

Nos hemos interesado por los datos que nos informan de la biografía, en este caso del A.D.V.P. De acuerdo y según Clauser (1.968) en su libro "Manual de análisis biográfico", donde nos habla de la necesidad de una anamnesis biográfica, entiende por biografía médica aquella que pretende ampliar la historia del enfermo a historia del sufrimiento de la personalidad enferma y profundizar en élla.

Esta técnica de investigación biográfica, como método antropológico, es aplicable a todos los enfermos y por tanto a todas las enfermedades.

Todo padecimiento tiene una significación subjetiva de índole espacio temporal que puede ser localizada biograficamente. Si los resultados de un interrogatorio biográfico son además de interés clínico, es cosa que se decidirá a la vista de su significación práctica.

El punto de vista, muchas veces defendido, de que el insistir en este método supone ya una psicogénesis, es erróneo. Ni se pretende con ello demostrar a toda costa la validez de lo psíquico, ni acentuar con parcialismo su importancia.

El interrogatorio que se practica al enfermo profundizando en su historial pretende más bien comprender, sin prejuicios, la serie de vivencias de una vida.

Siempre se ha de considerar junto a la posible determinación de los síntomas por contenidos anímicos aquélla otra por peculiaridades constitucionales, es decir, por inferioridades orgánicas heredadas o adquiridas.

Tanto en el Cuestionario utilizado por nosotros, como en el cuestionario para drogodependencias de Bergeret se recogen datos biográficos sobre la evaluación del medio familiar, del estado de salud, y de la historia evolutiva de su dependencia.

Varios de los aspectos anteriores están también recogidos en el diseñado por el N.I.D.A., ya que incluye distintas secciones, entre ellas las comunes a las dos anteriores serían las que aluden a datos preliminares, demográficos, de salud y del uso de drogas. Si bien, nos ha aportado de nuevo una serie de variables referentes a los hábitos higiénicos en los utensilios propios del consumo de heroína, prácticas sexuales y sobre el grado de información acerca del S.I.D.A.

III.B.1.B. ESCALA DE ACONTECIMIENTOS VITALES DE PAYKEL.

Paykel (1.969) comparan los acontecimientos vitales (A.V.) de pacientes deprimidos con un grupo control de la población general.

Los acontecimientos vitales recogidos se derivaron de la escala

de acontecimientos vitales de Holmes y Rahe (1.967), con importantes modificaciones, de tal modo que la utilizada por Paykel y en nuestro estudio consta de 33 items y no de 61 como la Escala de Holmes y Rahe, ya que se realizó una condensación de items en determinadas categorías y además la mayoría de los items omitidos eran relativamente triviales, lo que no significa que fueran necesariamente infrecuentes.

Así pues, los reagrupó en tres categorías. Y se excluyeron aquellos items que no se podían incluir claramente en alguna de las categorías.

Veamos las 3 maneras de evaluar los A.V.:

Primera categoría: Incluye A.V. que implican cambios inmediatos en el campo social del sujeto. A su vez hay 2 clases.

- Clase I: Entrances: son aquellos A.V. que implican la introducción de una nueva persona en el campo social del individuo. Concretamente son:

  * Compromiso matrimonial
  * Matrimonio
  * Nacimiento de un hijo
  * Una persona nueva vive en casa

- Clase II: Exit: son aquellos A.V. que implican la salida de una persona del campo social del sujeto. Tales como:

  * Muerte de un miembro cercano de la familia
  * Separación

* Divorcio

* Un miembro de la familia deja la casa

* Un hijo se va a casar

* Hijo llamado a filas

Segunda categoría: Otra manera de observar los A.V. es atendiendo a que sean deseables o indeseables. Se respetó los valores de la sociedad americana de modo que unos A.V. fueron considerados claramente:

- Deseables:
  * Ascenso profesional
  * Compromiso matrimonial
  * Matrimonio

- Indeseables:
  * Pérdida de la categoría laboral
  * Despido
  * Muerte de un miembro de la familia
  * Separación
  * problemas económicos serios
  * otros

En general los A.V. indeseables son más frecuentes que los deseables ya que la lista es más numerosa. Así pues, debemos tener en cuenta este hecho.

Tercera categoría: El último método para categorizar los A.V. es el de la actividad social, de la que se derivan cinco tipos:

1. Empleo:
   * Empezar un nuevo trabajo
   * Cambio en las condiciones de trabajo
   * Pérdida de la categoría profesional
   * Despido
   * Paro laboral
   * Ascenso profesional
   * Fracaso en los negocios
   * Jubilación

2. Familia:
   * Un hijo se va a casar
   * Matrimonio de un hijo
   * Hijo llamado a filas
   * Un miembro de la familia deja el hogar
   * Una persona nueva vive en casa

3. Matrimonio:
   * Matrimonio
   * Separación
   * Divorcio
   * Incremento de discusiones conyugales

4. Salud:
   * Enfermedad grave personal
   * Enfermedad grave de algún miembro de la familia
   * Embarazo
   * Nacimiento de un hijo
   * Tener un hijo

5. Legal:
   * Problemas menores con la Ley
   * Procesamiento

* Encarcelamiento

El enfermo debe contestar <<sí>> o <<no>> a cada uno de los 31 items. Para evaluar el test se suman todos los "si" y además atendiendo a los objetivos del estudio se agrupan los items según las categorías antes expuestas.

III.B.1.C.- ESCALA DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y VULNERABILIDAD DE HASSANYEH.

Se trata de una escala autoaplicada para la medida de la ansiedad, depresión y vulnerabilidad (Hassanyeh, 1981).

Está compuesta por 68 items a los que el paciente debe contestar <<sí>> o <<no>>, y que puntúan en tres escalas distintas:

Subescala de ansiedad (A.N.): consta de 17 items divididos en dos grupos: síntomas somáticos y síntomas psicológicos. El primero, síntomas somáticos, incluye dificultades respiratorias, palpitaciones, taquicardia, sudores, cefaleas, etc; el segundo, síntomas psíquicos, incluye insomnio, agitación, crisis de pánico, incapacidad para relajarse, pérdida de confianza,dificultad para concentrarse, etc.

Subescala de depresión (G.D.): consta de 47 items que cubren un amplio espectro sintomático depresivo, desde la tristeza, inhibición, pérdida de autoestima, autocrítica, ideas de culpa y alucinaciones auditivas, hasta el retraimiento, los trastornos

de sueño y la pérdida de peso.

Subescala de vulnerabilidad o de predisposición a sufrir un trastorno emocional (P.D.) que reflejan los indicios de inestabilidad en la estructura de personalidad del paciente, una inestabilidad que le predispone para estar clinicamente angustiado o deprimido a la hora de enfrentarse con la incertidumbre o con dificultades. Consta de 16 items que miden la inestabilidad, ansiedad crónica, preocupaciones hipocondríacas, labilidad emocional, hipermotividad, etc.

Entre la subescala de depresión que se maneja en el estudio y entre las puntuaciones obtenidas en una escala clínica de evaluación de la gravedad de la depresión, el autor del método obtuvo una correlación de + 0,84. La correlación obtenida entre la subescala de depresión y la escala de depresión de Beck fue de + 0.90, lo que permite inducir que la subescala G.D. mide bien la intensidad de la depresión.

La subescala de vulnerabilidad obtuvo una correlación de + 0.84 con la escala de neuroticismo del Cuestionario de personalidad de Eysenck.

En el trabajo original no se dan informes sobre la fiabilidad ni sobre la validez de la subescala de ansiedad.

La escala se mostró sensible a la modificación sintomatológica de los pacientes bajo efectos de tratamiento.

En cuanto al modo de puntuación de la escala lo explicamos por separado:

Subescala de ansiedad (A.N.):

Puntúan con un punto las respuestas <<sí>> a los items:

13	21	45a	63
14	22	53	64
15	29	55	
19	38	56	
20	45	62	

Por lo tanto, la puntuación total máxima de esta subescala sería de 17 puntos.

Subescala de depresión global (G.D.):

Puntúan con un punto las respuestas <<sí>> a los siguientes items:

5	22	39	46
5a	23	40	47
5b	26	41	48
8	27	42	50
14	30	43	59
15	32	45	61
16	33	45a	63
17	34	45b	65
18	37	45c	67

y las respuestas <<no>> a los items:

3	31	58
4	35	
12	36	
25	44	
28	51	

Subescala de vulnerabilidad o predisposición a sufrir un trastorno emocional (P.D.):

Puntúan un punto las respuestas <<sí>> a los items:

1	24	60
2	49	66
6	52	
7	53	
9	54	
10	57	
11	58	

La puntuación total máxima de esta subescala sería de 16 puntos.

Por tanto, la escala ofrece tres puntos:

- Subescala de ansiedad (A.N.).
- Subescala de depresión global (G.D.).
- Subescala de vulnerabilidad (P.D.).

III.B.1.D.- "MINI - EXAMEN COGNOSCITIVO"

El "Mini-examen cognoscitivo" es un sencillo instrumento, diseñado para que incluso el personal auxiliar pueda evaluar la función intelectiva "a la cabecera de enfermos", sin ninguna complicación de material, en cinco o diez minutos.

Derivado del instrumento original de Folstein y Mc Hugh (1.975), en EE.UU., ha sido estandarizado en muestro medio (Lobo y Gómez Buruaga, et al. 1.979, Lobo, Escolar, et al. 1.980,). El nombre del "Mini-examen" no debe encubrir cierta exhaustividad. Explora las más importantes áreas cognitivas, (orientación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje y construcción), con lo cual suministra información de todas ellas además del puntaje global.

Se ha demostrado su fiabilidad, validez, sensibilidad, especificidad y poder discriminativo con excelentes índices estadísticos y rendimiento igual o superior a cualquier otro instrumento de similares características.

El puntaje total máximo (suma de los parciales) es 35. Los puntos de corte del Mini-examen son:.

27/28 en adultos no geriátricos

(Déficit global cognitivo: ≤ 27 puntos)

23/24 en geriátricos

(Déficit global cognitivo: ≤ 23 puntos)

Estos son los "puntos de corte" o umbrales que, a la vista de los resultados de estandarización en nuestro medio, delimitan mejor los individuos con o sin un déficit global de funciones cognitivas.

Dichos puntos de corte, sobre un total máximo de 35 puntos, tienen que ser proporcionalmente corregidos en casos excepcionales: analfabetos, imposibilitados para realizar algún subtest (ciegos, goteros en la mano derecha, etc.), etc.

Incluso con un puntaje total dentro de los márgenes de normalidad puede haber déficit parciales, en items específicos, que sugieren casos de desorientación, amnesia, disfasia, etc.

Respecto a las bases científicas del "Mini-examen" decir que puede ser recomendado o defendido en nuestro medio, para procedimientos de "screening" en el área de psicopatología cognoscitiva o intelectiva, por haber superado las siguientes pruebas (Lobo, 1.979, 1.980):

- Fiabilidad: en un procedimiento de test-retest ciego, se ha demostrado, tanto en pacientes médicos (r=0.86), como en pacientes psiquiátricos (r=0.87), la excelente correlación, estadísticamente significativa (P<0,001), entre la primera administración del mini-examen cognoscitivo y otra posterior, 24 horas más tarde.

- Validez concurrente: en cuanto a la validez concurrente, en una administración,con método ciego, se ha documentado la buena correlación del "Mini-examen" con instrumentos o test consagrados en

la práctica internacional (Wechsler o Wais, Matrices progresivas de Raven, etc.). En otras palabras, cuando el Mini-examen cognoscitivo muestra un puntaje alto, de buen rendimiento cognitivo, se obtienen buenos puntajes, altos, en esos instrumentos; y viceversa. De manera similar, cuando un psiquiatra examina en las mismas circunstancias a los enfermos que puntúan bajo en el Mini-examen cognoscitivo, obtiene altas puntuaciones de déficit cognitivo; y viceversa (correlación ahora negativa y significativa). Los datos han sido replicados en pacientes psiquiátricos.

Otros datos de validez pueden ser el hecho de que también se obtienen puntajes más bajos en demencias o en psicosis exógenas por disfunción cerebral que en controles sanos, neuróticos e incluso psicóticos (con esquizofrenia, etc.). Similares diferencias se observan en enfermos neurológicos con lesión en el S.N.C.

Finalmente, el "Mini-examen cognoscitivo" ha demostrado en nuestro medio su sensibilidad, especificidad y su bajo índice de mal clasificados, siempre con cifras muy adecuadas según el consenso internacional.

Somos conscientes de que nos encontramos ante un buen instrumento de "screening", pero con unos límites impuestos por los coeficientes de sensibilidad y especificidad que no llegan al cien por cien. De la misma manera que sabemos que detectar en un paciente el probable trastorno, ahora cognitivo, es sólo el primer paso en el proceso diagnóstico. Si se pretende realizar una adecuada práctica médica habrá que completarlo con un exhaustivo estudio clínico y

complementario.

Otras circunstancias que tienden a incrementar el número de falsos positivos son:

- La escolaridad deficiente, el analfabetismo, etc.
- Una psicastenia o apatía grave, (por ejemplo en una enfermedad somática), puede producir puntajes de deterioro cognitivo que no son del todo reales. Sin embargo, las depresiones graves pueden ser casos reales de déficit o deterioro cognitivo, quizás por disfunción bioquímica cerebral, aunque reversible en estos casos; en otras depresiones, simplemente la apatía, psicastenia o desinterés producen "pseudodéficits" intelectivos, "falsos positivos".
- Situaciones especiales pueden corresponder a simulación, o simplemente, falta de colaboración.

Los falsos negativos son:

- Una lesión cerebral focal grave incluso puede producir déficits aislados en items cognitivos, sin llegar a un puntaje global inferior al "punto de corte".
- Con unos items tan sencillos de ejecutar correctamente, pensados para el paciente medio que acude a un centro sanitario público en nuestro medio, el individuo de alto nivel educativo o muy bien dotado intelectualmente puede rendir dentro de los límites de normalidad.

Si se detecta un bajo rendimiento en el "Mini-examen" debe actuar sin dilación para corroborarlo y orientar el diagnóstico en

un estudio más exhaustivo, por las graves implicaciones médicas que pueden estar todavía ocultas.

III.B.1.E. PSICODIAGNÓSTICO DEL RORSCHACH.

Las técnicas proyectivas constituyen una amplia gama de métodos totalmente heterogéneos entre sí, pero que se basan en un principio subyacente fundamental: la idea de que el estilo peculiar que caracteriza el comportamiento de un sujeto en una situación dada puede permitirnos un conocimiento de la estructura total de la personalidad.

La expresión "técnicas proyectivas" fue introducida por Frank, L.K. (1.939), en un momento en el que ya habían sido publicadas las más importantes de ellas.

Allport (1.970), clasifica las pruebas proyectivas en:

1.- Técnicas perceptivas.
2.- Técnicas aperceptivas.
3.- Técnicas productivas.

En las técnicas perceptivas se estudia el estilo cognitivo del sujeto a través de la forma en que se configura la realidad en sus procesos perceptivos (visuales: test de Rorschach).

Para el estudio de la personalidad hemos utilizado una de estas técnicas proyectivas: el Psicodiagnóstico de Rorschach.

Esta prueba fue publicada en 1.920 por Herman Rorschach. Representa una llamada a la espontaneidad e iniciativa del sujeto que dará el número y calidad de respuestas que desee, utilizando su peculiar manera de comunicarse (Gázquez Evangelista, 1.981).

Thomas et al. (1.973) otorgan al contenido patológico del test de Rorschach un potencial pronóstico y predictivo no sólo para entidades de muy notoria vinculación psiquiátrica, como serían las conductas suicidas, sino para parcelas de menor notoriedad psicológica aparente como son la hipertensión arterial, las enfermedades coronarias, incluso los tumores malignos.

El material del test consta de diez láminas que presentan unas manchas de tinta simétricas, salvo pequeñas diferencias, que carecen de concreción configurativa, así el probando tiene que ser resuelto con sus talentos y afectos estructurados. Las láminas segunda y tercera presentan manchas rojas y negras; la octava, novena y décima son policromadas, el resto son negras con tonos grises diversos. Estas manchas de forma y tonalidades caprichosas evocan interpretaciones diferentes en los distintos probandos.

Rorschach entregaba a sus probandos la primera lámina con la pregunta: ¿qué puede ser esto? e igual con las demás. Una vez recogido el protocolo. hay dos formas para analizar las respuestas dadas por los probandos al test: un "análisis formal" tal y como lo describió Rorschach y un "análisis dinámico", resultante de aplicar interpretaciones psicoanalíticas, al valor simbólico que tienen determinadas expresiones.

En cuanto al análisis formal, éste se realiza en tres etapas:

1º).- La notación: donde cada respuesta es provista de su correspondiente fórmula. Cada respuesta debe ser juzgada desde cuatro puntos de vista:

- *Por su modo de apercepción*, o sea la manera como es percibida la mancha (si como totalidad o en sus grandes o pequeños detalles y en qué estructura).

- *Según los determinantes*, es decir, los factores psíquicos que han determinado la respuesta (si la forma, si el color, si la forma y el color, si el color y la forma o si el movimiento).

- *Según el contenido de la interpretación* (animales, hombres, etc.) y finalmente,

- *Por su frecuencia*, o sea por el grado de su originalidad.

Cada una de estas cualidades se señala en la formula con una letra.

2º).- Cómputo. Establecidas todas las fórmulas, se suman todos los elementos de la misma clase y se dispone una relación numérica del protocolo.

3º).- Valoración del cómputo.

III.B.2.- ORDENACION DE DATOS

Con los instrumentos de trabajo anteriormente expuestos hemos atendido a una serie de datos:

III.B.2.A. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO, BIOGRÁFICO, DE INFORMACIÓN Y ACTITUDES FRENTE AL S.I.D.A. Y DE LA HISTORIA DE SU TOXICOMANÍA.

El cuestionario consta de 132 variables, a través del cual hemos atendido a:

1. Aspectos sociodemográficos y biográficos (abarcan de la variable 1 a 78), incluye:

   a. Datos de filiación

   b. Datos biográficos propiamente dichos:

      - Vida familiar
      - Vida laboral
      - Vida escolar
      - Relación de pareja

   c. Antecedentes patológicos y psicopatológicos personales

   d. Antecedentes psicopatológicos familiares

2. Información y actitudes frente al S.I.D.A. que abarca de la variable 79 a 91. Consta de:

   a. Datos sobre información del S.I.D.A.

   b. Prácticas de riesgo respecto al S.I.D.A.:

      - propios del consumo de drogas por vía parenteral

- propios de la actividad sexual

- modificaciones de prácticas de riesgo respecto al S.I.D.A.

3. Historia de la toxicomanía que incluye las variables de la 92 a 132. Aluden a:

* Edades de inicio:
  - en el tabaco
  - en el alcohol
  - en el consumo de cánnabis
  - en el consumo de heroína
  - en el consumo de cocaína
* Tiempo máximo consumiendo:
  - cánnabis
  - cocaína
  - heroína
  - alcohol
* Motivos de inicio del primer tóxico
* Motivos del paso del primer tóxico a heroína
* Forma y vía de consumo de los tóxicos
* Tipo de experiencias de los tóxicos
* Síndromes de abstinencia y episodios de sobredosis
* Tratamientos previos de la adicción a la droga, y
* Actividad delictiva

III.B.2.B. ESCALA DE ACONTECIMIENTOS VITALES DE PAYKEL.

A partir del cual hemos extraído:

- Puntuación total
- Cada uno de los items
- A. Primera categoría:

  - Clase I: Entrances:
    - Compromiso matrimonial
    - Matrimonio
    - Nacimiento de un hijo
    - Una persona nueva vive en casa

  - Clase II: Exits:
    - Muerte de un miembro cercano de la familia
    - Separación
    - Divorcio
    - Un miembro de la familia deja la casa
    - Un hijo se va a casar
    - Hijo llamado a filas

- B. Segunda categoría:

  - Deseables:
    - Ascenso profesional
    - Compromiso matrimonial
    - Matrimonio
    - Indeseables:

- Pérdida de la categoría laboral
- Despido
- Muerte de un miembro de la familia
- Separación
- Problemas económicos serios
- Otros

- C. Tercera categoría:

1. Empleo:

- Empezar un nuevo trabajo
- Cambio en las condiciones de trabajo
- Pérdida de la categoría profesional
- Despido
- Paro laboral
- Ascenso profesional
- Fracaso en los negocios
- Jubilación

2. Familia:

- Un hijo se va a casar
- Matrimonio de un hijo
- Hijo llamado a filas
- Un miembro de la familia deja el hogar
- Una persona nueva vive en casa

3. Matrimonio:

- Matrimonio
- Separación

- Divorcio
- Incremento de discusiones conyugales

4. Salud:
   - Enfermedad grave personal
   - Enfermedad grave de algún miembro de la familia
   - Embarazo
   - Nacimiento de un hijo
   - Tener un hijo

5. Legal:
   - Problemas menores con la Ley
   - Procesamiento
   - Encarcelamiento

III.B.2.C. ESCALA DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y VULNERABILIDAD.

Hemos atendido a:

1.- Depresión

2.- Ansiedad

3.- Vulnerabilidad

III.B.2.D. MINI - EXAMEN COGNOSCITIVO.

A través del cual comprobamos:

1.- Orientación

2.- Fijación

3.- Concentración y Cálculo

4.- Memoria

5.- Lenguaje y Construcción

6.- Puntaje total

III.B.2.E. PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH.

Nos hemos interesado por:

1. Caracteristicas generales

- Tiempo total
- Nº total de respuestas

2. Por su modo de apercepción:

- Nº de respuestas globales (G)
- Nº de respuestas de detalle (D)
- Nº de respuestas globales secundarias (DG)
- Nº de respuestas de pequeño detalle (Dd)
- Nº de respuestas de pequeño detalle oligofrénico (Do)
- Nº de respuestas de espacio en blanco (Dzw)
- Nº de respuestas DdD
- Nº de respuestas DdG
- Nº de respuestas DzwG

3. Según los determinantes:

- Nº de respuestas de forma (F)
- Nº de respuestas de movimiento (B)
- Nº de respuestas de forma-color (FFb)
- Nº de respuestas de color-forma (FbF)
- Nº de respuestas de color (Fb)

- Nº de respuestas de claroscuro (Hd)
- Nº de respuestas de forma-claroscuro (FHd)
- Nº de respuestas de claroscuro-forma (HdF)

4. Según el Contenido de la interpretación:

- Nº de respuestas de figura humana completa (M)
- Nº de respuestas de detalle humano (Md)
- Nº de respuestas de animal (T)
- Nº de respuestas de detalle animal (Td)
- Nº de respuestas anatómicas (Anat.)
- Nº de respuestas de objetos inanimados (Objt.)
- Nº de respuestas de sangre (sangres)
- Nº de respuestas sexuales (Sex.)
- Nº de respuestas de plantas (Pl.)
- Nº de respuestas de país (País)
- Nº de respuestas de naturaleza (Nat.)
- Nº de respuestas de arquitectura (Arq.)
- Nº de respuestas de geografía (Greogr.)
- Nº de respuestas abstractas (Abst.)
- Nº de respuestas de pintura (Pintura)
- Nº de respuestas de color (Color)

5. Según la originalidad:

- Nº de respuestas vulgares (V)
- Nº de respuestas originales (Orig.)

6. Porcentajes y tipos.

- Porcentaje de formas bien vistas (F+Z)
- Porcentaje de respuestas de contenido animal (TZ)
- Porcentaje de respuestas vulgares (VZ)
- Porcentaje de respuestas originales (OZ)
- Tipo de apercepción:
  - G
  - D
  - Dd
  - Dzw
- Tipo de sucesión de los modos de apercepción (Suc.):
  - Normal
  - Rígida
  - Ordenada
  - Relajada
  - Desordenada
  - Invertida
- Tipo de vivencias:
  - Coartado
  - Coartativo
  - Ambigual
  - Introversivo
  - Extraversivo

- Introversivo sin extratensión
- Extratensivo egocéntrico

- Tipo de color:
  - Desviado a la izquierda
  - Central
  - Desviado a la derecha

6. Fenómenos especiales: Shock al gris, Shock al rojo, Shock al color, Estupor ante símbolos sexuales, Fracaso, Respuesta EQe, Combinación simultánea, Combinación sucesión, Crítica de sujeto, Critica de objeto, Simetría, Respuesta "o", Perspectiva, Perseveración, Dramatización de colores, Negación, Reflejos, Interpretación de máscara, Contaminación, Confabulación, Designación de color, Respuesta de situación, Estereotipia de caras e Interrogativa.

III.B.3.C. METODO ESTADISTICO

Una vez estructurados los datos, como hemos expuesto en los anteriores apartados, hemos realizado la elaboración estadística de los mismos.

Se realizó un estudio descriptivo para cada uno de los grupos negativo y positivo en la variable anticuerpo VIH. Las comparaciones entre ambos grupos se han realizado mediante el test de student (comparación de medias en variables cuantitativas), el test de Chi-cuadrado, el test de Fisher (comparación de proporciones) y el test de Wilcoxon.

IV. RESULTADOS

En algunas de las variables del cuestionario administrado los sujetos no respondieron. Por este motivo hay un número de sujetos A.D.V.P. distinto en determinadas variables.

Los porcentajes de los casos estudiados se realizaron excluyendo los "no consta", como se refleja en las tablas. Esto permite evaluar de forma homogénea todas las variables.

Cuando todos los casos constaban se halló el porcentaje con el número absoluto de casos.

Hemos realizado comparaciones atendiendo a la presencia o no de anticuerpos frente al V.I.H. para todas las variables.

Para la realización del test de Chi cuadrado, en determinadas ocasiones se han agrupado alguno de los caracteres de las variables. Con fines descriptivos se mostrará la tabla completa y, a continuación, la misma reducida, a la que se le ha aplicado el test de Chi cuadrado.

Todas las tablas que se presentan aparecerán con el número de casos y su porcentaje por filas, puesto que nos interesaba comparar los seronegativos frente a los seropositivos; especialmente, en los casos que hemos obtenido significaciones estadísticas. De esta manera, podemos observar donde se localizan los desequilibrios. Los porcentajes no son indicativos de significación, sino el test que se ha realizado.

Presentamos los datos obtenidos a partir del Cuestionario sociodemográfico, biográfico, de información y actitudes frente al S.I.D.A. y de la historia de la toxicomanía para el conjunto de A.D.V.P.

Los sujetos A.D.V.P. se dividieron:

- 64 con anticuerpos frente al V.I.H. y,
- 93 sin anticuerpos frente al V.I.H.

Se analizaron a través del test de Chi^2, Student, Wilcoxon y Fisher, según correspondió en cada caso. Estos resultados aparecen en las tablas B.

Cuando la tabla es de frecuencias, se ha empleado Chi^2, salvo que se especifique Wilcoxon o Fisher.

Cuando se trata de una variable cuantitativa y en la tabla figura la x y s, se ha hecho un test de Student salvo cuando se especifique que se ha usado Wilcoxon.

Cuando no figura el resultado de ningún test, no se ha realizado este por diversos motivos (datos insuficientes, etc).

IV. A. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO, BIOGRAFICO, DE INFORMACION Y ACTITUDES FRENTE AL S.I.D.A. Y DE LA HISTORIA DE SU TOXICOMANIA.

Para una mejor compresión de los resultados se han dividido en los siguientes apartados:

1. Aspectos sociodemográficos y biográficos.

En la variable **sexo** no hubo diferencia estadística significativa entre seronegativos y seropositivos. De los seronegativos 81 eran hombres (87.2%) y 12 mujeres (12.9%); de los seropositivos, 52 eran hombres (81.2%) y 12 mujeres (18.8%), (TABLA B-I).

La **edad** media fue de 25.5 años en los seronegativos y de 26.6 en los seropositivos (TABLA B-2). No se manifestó diferencia estadística significativa.

En cuanto al **estado civil**, predominan los solteros en ambos grupos: 40 A.D.V.P. (75.3%) seronegativos y 40 A.D.V.P. (65.6%) seropositivos. Entre los seronegativos, a los solteros le siguen en frecuencia los casados [15 sujetos (16.1%)], en tanto que entre los seropositivos le siguen en frecuencia los separados o divorciados, 8 (8.6%), (TABLA B-3).

Respecto a la variable **naturaleza** la mayoría, en ambos grupos, procedían de Granada capital o provincia (TABLA B-4), frente a aquéllos que procedían de otras provincias. (Recordemos que en Andalucía los

C.P.D. se crearon en distintas ciudades y cada sujeto se envía al centro de tratamiento de su provincia). La mayoría procedían de Granada, donde se llevó a cabo este trabajo. Concretamente 27 sujetos (30.3%) procedían de Granada capital; 22 (24.7%) de Granada provincia, en el caso de los seronegativos. Del mismo modo, 21 sujeto (30.4%) nacieron en Granada capital, y 14 (23%) en la provincia, en el grupo de los seropositivos. Si agrupamos Granada capital y provincia, podemos decir que el 55% de los A.D.V.P. seronegativos y el 53.4% de los seropositivos proceden de Granada (capital o provincia).

Respecto a la variable **residencia** (TABLA B-5), donde no se obtuvieron diferencias estadísticas, las frecuencias están distribuidas de manera similar. Así resultó que 32 personas (36.4%) vivían en Granada capital; 28 (31.8%) vivían en la provincia; y que 28 (31.8%), residían en otras provincias, de entre los A.D.V.P. seronegativos. De los seropositivos, 23 sujetos (38.3%) vivían en Granada capital, 19 (31.7%) en la provincia y 18 (30%) en otras provincias.

En cuanto al **tipo de convivencia** no se encuentran diferencias estadísticas significativas, si bien, interesa destacar que predominan los A.D.V.P. que viven con su familia de origen tanto para los seronegativos 67 (77%) como para los seropositivos, 39 (67.2) (TABLA B-6). Además, de los seronegativos, 8 (9.1%) conviven con otro familiar; viven solos en 6 casos (6.9%); también (6.9%) viven con su propia familia; en tanto que 8 (9.1%) conviven con otro familiar o con amigos. De los seropositivos, 7 (12%) viven solos, otro 12% viven con familiares, e igualmente otro 12% viven con amigos; y sólo 5 casos (8.6%) lo hacen con su propia familia.

De otro lado, 13 (15.1%) de los padres de los A.D.V.P. seronegativos fueron **emigrantes**; sólo hubo 4 (7.4%) en el grupo de los seropositivos (TABLA B-7).

Aunque no se detectó significación estadística, es importante señalar que 33 casos (39.3%) de los A.D.V.P. seronegativos **cambiaron de residencia con frecuencia**; lo mismo ocurrió con 24 sujetos (44.4%) de los seropositivos (TABLA B-8). De entre los que cambiaron de residencia, predominan aquéllos que lo hicieron a **otra ciudad**: 25 (75.7%) de los seronegativos, y 19 (79.1%) de los seropositivos (TABLA B-9).

Con relación al **tipo de convivencia en infancia** sí hemos hallado diferencias significativas, con una X exp= 3.92 y una $P<0.05$, trás comparar los A.D.V.P. seronegativos y seropositivos (TABLA B-10[1]) en donde se observan que el 92.4% de los seropositivos vivieron en su familia de origen, frente al 80 % de los seronegativos.

Respecto al **número de hermanos** se obtuvo una media similar tanto para los individuos seronegativos ($x=4.54$) como para los seropositivos ($x=4.73$), (TABLA B-11). Al igual que es semejante la posición que ocupan entre los hermanos los A.D.V.P.: ($x=2.82$) el tercer lugar en los seronegativos y ($x=3.25$) en tercer lugar en los seropositivos (TABLA B-12).

IV.A. CUESTIONARIO SOIODEMOGRAFICO, BIOGRAFICO, DE INFORMACION Y ACTITUDES FRENTE AL S.I.D.A. Y DE LA HISTORIA DE SU TOXICOMANIA

1. Aspectos sociodemográficos y biográficos

TABLA B-1 Ac.VIH/SEXO

VIH	SEXO		
	Hombre	Mujer	TOTAL
VIH-	81 87.1%	12 12.9%	93 100%
VIH+	52 81.2%	12 18.8%	64 100%

* N.S.=No Significación N.S.

TABLA B-2 Ac. VIH/EDAD

	n	x	s
VIH-	93	25,527	5,023
VIH+	63	26,603	4,517

N.S.

TABLA B-3 Ac.VIH/ESTADO CIVIL

VIH	ESTADO CIVIL				
	Soltero	Casado	Viudo*	Separado* Divorc.	TOTAL
VIH-	70 75.3%	15 16.1%	0 --%	8 8.6%	93 100%
VIH+	40 65.6%	8 13.1%	2 3.3%	11 18%	61 100%

* Columnas sumadas para el test N.S.

TABLA B-4 Ac.VIH/NATURALEZA

VIH	NATURALEZA				
	Granada capital	Granada provinc.	Otras* provinc.	Otro* país	TOTAL
VIH-	27 30.3%	22 24.7%	36 40.4%	4 4.5%	89 100%
VIH+	21 30.4%	14 23%	24 39.3%	2 3.3%	61 100%

* Columnas sumadas para el test N.S.

TABLA B-5 Ac.VIH/RESIDENCIA

VIH	RESIDENCIA			
	Granada capital	Granada provincia	Otras provincias	TOTAL
VIH-	32 36.4%	28 31.8%	28 31.8%	88 100%
VIH+	23 38.3%	19 31.7%	18 30%	60 100%

N.S.

TABLA B-6 Ac. VIH/TIPO DE CONVIVENCIA

VIH	TIPO DE CONVIVENCIA				
	Vive solo	Familia de origen	Familia* propia	Otro familiar o amigos	TOTAL
VIH-	6 6.9%	67 77.0%	6 6.9%	8 9.1%	87 100%
VIH+	7 12.0%	39 67.2%	5 8.6%	7 12.0%	58 100%

N.S.

TABLA B-7 Ac. VIH/PADRES EMIGRANTES

VIH	PADRES EMIGRANTES		
	Sí	No	TOTAL
VIH-	13 15.1%	73 84.9%	86 100%
VIH+	4 7.4%	50 92.6%	54 100%

N.S.

TABLA B-8 Ac. VIH/CAMBIOS DE RESIDENCIA FRECUENTES

VIH	CAMBIOS DE RESIDENCIA FRECUENTES		
	Sí	No	TOTAL
VIH-	33 39.3%	51 60.7%	84 100%
VIH+	24 44.4%	30 55.6%	54 100%

N.S.

TABLA B-9 Ac. VIH/EN CASO DE CAMBIOS DE RESIDENCIA FRECUENTES: LUGARES

VIH	EN CASO DE CAMBIOS DE RESIDENCIA FRECUENTES:LUGARES			
	Otra ciudad	Otro país	Dentro de misma localidad	TOTAL
VIH-	25 75.7%	4 12.1%	4 12.1%	33 100%
VIH+	19 79.1%	3 12.5%	2 8.3%	24 100%

TABLA B-10 Ac. VIH/TIPO DE CONVIVENCIA EN INFANCIA

VIH	TIPO DE CONVIVENCIA EN INFANCIA				
	Familia de origen	Abuelos, tios, hermanos	Alter-nando	Otros	TOTAL
VIH-	68 80%	7 8.2%	6 7.0%	4 4.7%	85 100%
VIH+	49 92.4%	4 7.5%	0 --%	0 --%	53 100%

TABLA B-10[1] Ac. VIH/TIPO DE CONVIVENCIA EN INFANCIA

VIH	TIPO DE CONVIVENCIA EN INFANCIA		
	Familia de origen	Otros	TOTAL
VIH-	68 80%	17 20%	85 100%
VIH+	49 92.4%	4 7.6%	53 100%

X^2 exp = 3.92 P< 0.05

TABLA B-11 Ac. VIH/Nº DE HERMANOS (incluido entrevistado)

	n	x	s
VIH-	86	4.547	2.027
VIH+	56	4.732	1.977

(WILCOXON) N.S.

TABLA B-12 Ac. VIH/POSICION DEL ENTREVISTADO ENTRE HERMANOS

	n	x	s
VIH-	86	2.872	1.933
VIH+	55	3.255	1.756

(WILCOXON) N.S.

Respecto a la **independencia económica**, trás comparar los adictos a drogas parenterales seronegativos y seropositivos al V.I.H., no se manifestaron diferencias estadísticas significativas. No disfrutan de independencia económica 52 individuos (61%) de entre los seronegativos y 36 (65% de entre los seropositivos (TABLA B-13).

De aquéllos que sí tenían independencia económica, tanto en los seropositivos como en los seronegativos, predominan en orden de frecuencia los de nivel **económico bajo**, seguido de los del nivel medio y alto (TABLA B-14) con 21 (61.8%), 8 (23.5%) y 5 (14.7%) de los seronegativos respectivamente; y con 10 (52.6%), 6 (31.6%) y 3 (15.8%) de los seropositivos.

Con referencia a los "**estudios**", en nuestra muestra, no se evidencian diferencias importantes (TABLA B-15). Los A.D.V.P. seronegativos tienen sólo algunos cursos de enseñanza secundaria (22.4%), o de bachillerato superior (22.4%), e incluso (21.2%) de formación profesional. La situación es bastante similar para los seropositivos, ya que el 23.2% estudiaron algún curso de la enseñanza secundaria, y un 19.6% o bien consiguieron finalizar el graduado escolar, o bien realizaron algún curso de bachillerato superior.

En la variable **hijos** trás comparar los sujetos A.D.V.P. seronegativos y seropositivos, se hallaron diferencias estadísticas significativas, con una X exp=3.873 y una P<0.05, (43.9% de los seropositivos tienen hijos, frente a un 27.9% de los A.D.V.P. seronegativos) (TABLA B-16).

La mayoría de los A.D.V.P., 86 (100%) de los seronegativos y 54 (96,4%) de los seropositivos no **practicaban religión** alguna (TABLA B-17).

Respecto a la **profesión**, no se realizó test estadístico, dada la dispersión de datos (TABLA B-18). En ambas poblaciones, sin y con Ac., trás agruparlos en trabajos no cualificados y cualificados, predominan los primeros (55%) en los seronegativos y (58.4%) de los seropositivos.

En cuanto a la **situación laboral** (TABLA B-19), no fue necesario realizar el test estadístico, ya que la mayoría se agrupan en la categoría "sin subsidio"; es decir, no estaban trabajando ni cobrando el paro [52 casos (61.9%) de los seronegativos y 34 (60.7%) de los seropositivos]. El resto de las categorías eran prácticamente idénticas; salvo las de quienes estaban cobrando subsidio de desempleo [11 casos (13.1%) de los seronegativos y 12 (21.4%) de los seropositivos]. Solo 8 sujetos (9.5%) seronegativos disfrutan de un empleo bien fijo, o bien eventual. Igual ocurrió con los seropositivos.

En las modalidades referentes al mundo laboral hemos visto importantes diferencias significativas.

Así, en lo que alude a si hubo **cambios frecuentes de trabajo**, resultó muy significativa con una X exp = 7.464 y una $P<0.01$ (TABLA B-20), de modo que el 63.6% de los A.D.V.P. seropositivos cambiaron frecuentemente de trabajo frente sólo al 40% de los A.D.V.P. seronegativos.

También demostró ser muy significativa la variable **trabajó la mayoría de su tiempo** con una X exp = 7.946 y una P<0.01. Mientras los seronegativos respondieron sí en un 57.1% de los casos, los seropositivos lo hicieron tan sólo en un 32.7% (TABLA B-21).

Respecto a si han ocupado **principalmente empleos precarios y de baja cualificación**, se observaron diferencias estadísticas (X exp = 18.457 y P<0.001). Los seropositivos en número de 38 (71.7%) ocuparon, con más frecuencia, empleos poco cualificados, frente a sólo 29 (34.1%) de los seronegativos (TABLA B-22).

En la variable "**ha conocido dificultades materiales**", con una X exp=5.119 y una P<0..025 se ha alcanzado una diferencia muy significativa estadísticamente entre ambas subpoblaciones de A.D.V.P.. Así 44 (81.5%) de los seropositivos contaron con dificultades materiales, mientras que de los seronegativos sólo las sufrieron 52 (63.4%) (TABLA B-23).

TABLA B-13 Ac. VIH/INDEPENDENCIA ECONOMICA

VIH	INDEPENDENCIA ECONOMICA		
	Si	No	TOTAL
VIH-	34 39.5%	52 60.5%	86 100%
VIH+	19 34.5%	36 65.4%	55 100%

N.S.

TABLA B-14 Ac. VIH/EN CASO DE INDEPENDENCIA ECONOMICA: NIVEL SOCIOECONOMICO

VIH	SI INDEPENDIENTE ECONOMICAMENTE: NIVEL SOCIOECONOMICO			
	Alto	Medio	Bajo	TOTAL
VIH-	5 14.7%	8 23.5%	21 61.8%	34 100%
VIH+	3 15.8%	6 31.6%	10 52.6%	19 100%

(WILCOXON) N.S.

TABLA B-15 Ac. VIH/ESTUDIOS

VIH	ESTUDIOS										
	Estud. Prim. incom-pletos	Estud. Primar.	Grad. Escol. incomp.	Grad. Escol.	F.P. incom-pletos	F.P.	B.U.P. /B.Sup. incomp.	B.U.P. /B.Sup.	Univer-sitar. incomp.	Uni-versi-tarios	TOTAL
VIH-	1 1.2%	2 2.4%	19 22.4%	6 7.1%	18 21.2%	5 5.9%	19 22.4%	7 8.2%	7 8.2%	1 1.2%	85 100%
VIH+	2 3.6%	2 3.6%	13 23.2%	11 19.6%	7 12.5%	2 3.6%	11 19.6%	3 5.4%	3 5.4%	2 3.6%	56 100%

(WILCOXON) N.S.

TABLA B-16 Ac. VIH/HIJOS

VIH	HIJOS		
	SI	NO	TOTAL
VIH-	24 27.9%	62 72.1%	86 100%
VIH+	25 43.9%	32 56.1%	57 100%

X^2 exp = 3.873 P< 0.05

TABLA B-17 Ac. VIH/PRACTICA RELIGION

VIH	PRACTICA RELIGION		
	SI	NO	TOTAL
VIH-	0 --%	86 100%	86 100%
VIH+	2 3.6%	54 96.4%	56 100%

(FISHER) N.S.

TABLA B-18 Ac. VIH/PROFESION

VIH	PROFESION								
	Estudiante	Obrero indust. no cualif.	Obrero agric. no cualific.	Obrero servic. no cualif.	Obrero servic. cualificado	Cuadros medios; oficin. funcionarios	Amas de casa	No trabajo	TOTAL
VIH-	5 5.9%	11 12.9%	4 4.7%	27 31.8%	14 16.5%	15 17.6%	1 1.2%	8 9.4%	85 100%
VIH+	0 --%	4 7.4%	5 9.3%	22 40.7%	8 14.8%	11 20.4%	3 5.6%	1 1.9%	54 100%

TABLA B-19 Ac.VIH/SITUACION LABORAL

VIH	SITUACION LABORAL					
	Empleo fijo	Empleo eventual	Subsidio desempleo	Sin subsidio	Estudiante	TOTAL
VIH-	8 9.5%	8 9.5%	11 13.1%	52 61.9%	5 6%	84 100%
VIH+	5 8.9%	5 8.9%	12 21.4%	34 60.7%	0 --%	56 100%

TABLA B-20 Ac. VIH/CAMBIOS FRECUENTES DE TRABAJO

VIH	CAMBIOS FRECUENTES DE TRABAJO		
	Si	No	TOTAL
VIH-	34 40%	51 60%	85 100%
VIH+	35 63.6%	20 36.4%	55 100%

X^2 exp = 7.464 P< 0.01

TABLA B-21 Ac. VIH/TRABAJO LA MAYORIA DE SU TIEMPO

VIH	TRABAJO LA MAYORIA DE SU TIEMPO		
	Si	No	TOTAL
VIH-	48 57.1%	36 42.9%	84 100%
VIH+	18 32.7%	37 67.3%	55 100%

X^2 exp = 7.946 P< 0.01

TABLA B-22 Ac. VIH/HA OCUPADO EMPLEOS PRECARIOS Y DE BAJA CUALIFICACION PRINCIPALMENTE

VIH	HAN OCUPADO EMPLEOS PRECARIOS Y DE BAJA CUALIFICACION PRINCIPALMENTE		
	SI	NO	TOTAL
VIH-	29 34.1%	56 65.9%	85 100%
VIH+	38 71.7%	15 28.3%	53 100%

X^2 exp = 18.457 P< 0.001

TABLA B-23 Ac. VIH/HA CONOCIDO DIFICULTADES MATERIALES

VIH	HA CONOCIDO DIFICULTADES MATERIALES		
	SI	NO	TOTAL
VIH-	52 63.4%	30 36.6%	82 100%
VIH+	44 81.5%	10 18.5%	54 100%

X^2 exp = 5.119 P< 0.025

Con relación a la pregunta sobre el **"modo de obtener dinero para la droga"**, tanto los seronegativos como los seropositivos dieron una información muy dispersa. Por ello, en esta variable presentamos los resultados descriptivos (TABLA B-24). En ambas submuestras, se agrupaban en cada categoría de uno a catorce sujetos; sólo en el item "robar y trabajar" aparecieron 35 individuos (43.7%) seronegativos y 12 (24.5%) seropositivos.

Desde su inicio nos interesamos por el nivel cultural y económico de los padres de estos sujetos. En las variables **"estudios paternos"** (TABLA B-25), **"profesión paterna"** (TABLA B-26), **"estudios maternos"** (TABLA B-27) y **"profesión materna"** (TABLA B-28) no se reflejan diferencias estadísticas significativas trás comparar ambas subpoblaciones, seronegativos y seropositivos.

En cambio, sí se reflejaron diferencias significativas en el **"nivel socioeconomico de los padres"**.

En la variable **profesión paterna**, no se realizó test estadístico dada la dispersión de la información (TABLA B-26). Atendiendo a que el trabajo fuese o no cualificado aunque no hallamos diferencias estadísticas significativas, se pone de manifiesto el predominio de trabajos cualificados en ambas subpoblaciones de A.D.V.P.: 61 (71.8%) de los padres de los seronegativos y 34 (64.1%) de los padres de los seropositivos (TABLA B-26[1]).

En la variable **estudios maternos** (TABLA B-27) no se llega a realizar test estadístico, sino que nos basamos en resultados

descriptivos. Como indica la TABLA B-27, entre los seropositivos las madres son analfabetas en 23 casos (42.6%), y poseían estudios primarios 20 (37%), frente a las madres de los seronegativos que eran analfabetas en 21 caso (25.3%) y con estudios primarios 52 casos (62.6%).

Igual ocurrió con la variable **profesión materna** (TABLA B-28). En dicha tabla destaca el apartado "otros" (amas de casa) donde se incluye el mayor número; que para los seronegativos es de 63 (75%), y para los seropositivos es de 32 (59.3%).

En cambio, se reflejó diferencia estadística en el **nivel socioeconómico de los padres** (TABLA B-29), con una X exp = 12.59 y una $P<0.001$ que indica que de los seropositivos 33 (61.1%) pertenecen a un nivel bajo y 19 (35.2%) a un nivel medio. En contraste con esto el nivel socioeconómico de los padres de los seronegativos refleja un nivel medio en 51 casos (60%) y sólo un nivel bajo en 26 casos (30.6%).

TABLA B-24 Ac. VIH/MODO DE OBTENER DINERO PARA DROGA

VIH	MODO DE OBTENER DINERO PARA DROGA									
	Trabaj/ roband/ trafic/ prostit	Robando	Trafi- cando	Trafi- cando y robando	Trafi- cando y traba- jando	Robando y traba- jando	Prosti- tución	Todas pasiv prosti- tución	Robando y prost- itu- ción	TOTAL
VIH-	5 6.2%	5 6.2%	2 2.5%	15 18.8%	10 12.5%	35 43.7%	1 1.3%	7 8.8%	0 --%	80 100%
VIH+	1 2%	2 4.1%	4 8.2%	6 12.2%	5 10.2%	12 24.5%	2 4.1%	14 28.6%	3 6.1%	49 100%

TABLA B-25 Ac.VIH/ESTUDIOS PATERNOS

VIH	ESTUDIOS PATERNOS					
	Analfabeto	Primarios	Grad. escolar	B.Sup. B.P.	Universitario	TOTAL
VIH-	7 8.2%	60 70.6%	3 3.5%	9 10.6%	6 1.2%	85 100%
VIH+	8 14.8%	32 59.3%	6 11.1%	5 9.3%	0 --%	54 100%

(WILCOXON) N.S.

TABLA B-26 Ac. VIH/PROFESION PATERNA

VIH	PROFESION PATERNA									
	Obreros indust. no cualif.	Obreros agric. no cualif.	Obreros servic. no cualif.	Obreros indust. cualificados	Propietarios agrícolas	Obreros servic. cualificados	Cuadros medios: oficin. funcion	Profesiones liberales	Otros	TOTAL
VIH-	13 15.3%	2 2.4%	9 10.6%	14 16.5%	2 2.4%	8 9.4%	33 38.8%	3 3.5%	1 1.2%	85 100%
VIH+	9 17%	5 9.4%	5 9.4%	1 1.9%	1 1.9%	9 17%	13 24.5%	4 7.5%	6 11.3%	53 100%

TABLA B-26[1] Ac. VIH/PROFESION PATERNA

VIH	PROFESION PATERNA		
	Trabajos no cualificados	Trabajos cualificados	TOTAL
VIH-	24 28.2%	61 71.8%	85 100%
VIH+	19 35.8%	34 64.1%	53 100%

N.S.

TABLA B-27 Ac.VIH/ESTUDIOS MATERNOS

VIH	ESTUDIOS MATERNOS					
	Analfabeta	Primarios	Grad. escol.	B.Sup. /F.P.	Universitar.	TOTAL
VIH-	21 25.3%	52 62.7%	2 2.4%	5 6%	3 3.6%	83 100%
VIH+	23 42.6%	20 37%	5 9.3%	3 5.6%	3 5.6%	54 100%

TABLA B-28 Ac. VIH/PROFESION MATERNA

VIH	PROFESION MATERNA								
	Obreros indust. no cualific.	Obreros agric. no cualific.	Obreros servic. no cualific.	Obreros indust. cualificados	Obreros servic. cualificados	Cuadros medios: oficin. funcio.	Profesiones liberales	Otros	TOTAL
VIH-	3 3.6%	2 2.4%	6 7.1%	1 1.2%	2 2.4%	6 7.1%	1 1.2%	63 75%	84 100%
VIH+	0 --%	1 1.9%	7 13%	0 --%	3 5.6%	7 13%	4 7.4%	32 59.3%	54 100%

TABLA B-29 Ac. VIH/NIVEL SOCIOECONOMICO DE PADRES

VIH	NIVEL SOCIOECONOMICO DE PADRES			
	Alto	Medio	Bajo	TOTAL
VIH-	8 * 9.4%	51 * 60%	26 30.6%	85 100%
VIH+	2 * 3.7%	19 * 35.2%	33 61.1%	54 100%

X^2 exp = 12.59 P<0.001

* Columnas sumadas para el test.

Estudiamos también las diferencias entre las dos subpoblaciones en cuanto a si los padres vivían o habían fallecido.

Nos interesamos por la muerte materna y paterna, y cuando ocurrieron estos acontecimientos. En la primera variable "**muerte paterna**" (TABLA B-30) vemos que habían fallecido 21 padres (24.4%) de entre los seronegativos y 11 (20%) de entre los seropositivos. Para los seronegativos el **fallecimiento del padre ocurrió** bien en su juventud en 8 sujetos (38%) o bien en su infancia en 7 (33.3%). Del mismo modo aconteció para los seropositivos: [en 6 A.D.V.P. (54.5%), su padre murió en su juventud y, en 4 (36.3%), en la infancia] (TABLA B-31).

Afortunadamente las cifras de **muerte materna** fueron aún menores (TABLA B-32): 5 casos (15.8%), de las madres de los seronegativos, y 2 casos (3.6%), de las madres de los seropositivos.

Tampoco hubo diferencias sobresalientes en el tipo de **relación entre los padres** (TABLA B-34), trás comparar los A.D.V.P. seronegativos frente a los seropositivos. Entre los seronegativos calificaron de insatisfactorias dichas relaciones, 34 sujetos (40%); y de normales 35 (41%). Los seropositivos consideraban que dichas relaciones eran insatisfactorias en 30 casos (54.5%) y normales en 13 casos (23.6%).

TABLA B-30 Ac. VIH/MUERTE PATERNA

VIH	MUERTE PATERNA		
	SI	NO	TOTAL
VIH-	21 24.4%	65 75.6%	86 100%
VIH+	11 20%	44 80%	55 100%

N.S.

TABLA B-31 Ac. VIH/EN CASO DE MUERTE PATERNA: CUANDO

VIH	EN CASO DE MUERTE PATERNA: CUANDO				
	En mi infancia	En mi adolescencia	En mi juventud	En mi madurez	TOTAL
VIH-	7 33.3%	3 14.2%	8 38.0%	3 14.2%	21 100%
VIH+	4 36.3%	1 9.0%	6 54.5%	0 --%	11 100%

(WILCOXON) N.S.

TABLA B-32 Ac. VIH/MUERTE MATERNA

VIH	MUERTE MATERNA		
	SI	NO	TOTAL
VIH-	5 5.8%	81 94.2%	86 100%
VIH+	2 3.6%	53 96.4%	55 100%

(FISHER) N.S.

TABLA B-33 Ac. VIH/RELACION ENTRE LOS PADRES

VIH	RELACION ENTRE LOS PADRES				
	Satis-factoria	Normal	Insatis-factoria	Conflic-tiva	TOTAL
VIH-	16 18.8%	35 41.2%	4 4.7%	30 35.3%	85 100%
VIH+	12 21.8%	13 23.6%	1 1.8%	29 52.7%	55 100%

TABLA B-34 Ac. VIH/RELACION ENTRE LOS PADRES

VIH	RELACION ENTRE LOS PADRES			
	Satisfac-toria	Normal	Insatis-factoria	TOTAL
VIH-	16 18.8%	35 41.1%	34 40%	85 100%
VIH+	12 21.8%	13 23.6%	30 54.5%	55 100%

(WILCOXON) N.S.

Acercándonos a la infancia de los A.D.V.P., "cuidados", "relaciones parentales", etc., no encontramos diferencias estadísticas entre los seropositivos y los seronegativos en las variables siguientes: **"fue cuidado en su infancia"** (TABLA B-35), **"modo de cuidados en la misma"** (TABLA B-36), **"participacion de los padres en la educacion"** (TABLA B-37), **"tipos de relaciones con el padre y con la madre"** (TABLA B-38,39) y **"caracteristica paterna y materna principal"** (TABLA B-40,41).

Se detectó diferencia estadística significativa en cuanto a cual de los padres **juega el rol principal** (TABLA B-42), (X exp = 9.701 y $P < 0.025$). Si bien en ambas subpoblaciones de A.D.V.P. son las madres las que desempeñan el papel principal fueron, en mayor medida las de los seropositivos quienes jugaron el papel principal en la familia, 30 (83.3%), frente a 33 (55.9%) de los seronegativos.

Pasamos a explicar las anteriores variables:

Respecto a si **fue cuidado en su infancia**, 74 casos (90.2%) de los A.D.V.P. seronegativos, y 43 (96%) de los seropositivos, así lo consideran (TABLA B-35). En cambio, sólo 47 (57.3%) de los seronegativos y 31 (64.6%) de los seropositivos estiman que **sus padres han colaborado en su educación** (TABLA B-37). No comentamos la TABLA B-36 dado el reducido número de sujetos que respondieron.

La **relación con el padre** es, en 48 (60.8%) de los consumidores de heroína seronegativos insatisfactoria y esta opinión se acentuó algo más en los seropositivos en 38 casos (76%) (TABLA B-38).

En cambio, **la relación con la madre** la consideran satisfactoria 61 seronegativos (73.4%) y 32 (60.3%) de los seropositivos (TABLA B-39). Vemos pues, que son los seronegativos quienes muestran más tendencia a una relación positiva con la madre.

Las variables **"característica paterna y materna principal"**, dada la dispersión de datos y el escaso número de individuos A.D.V.P. que se reunían en cada una de las nueve opciones no fueron analizadas a través de un test estadistico. Aparecen los resultados descriptivos (TABLA B-40, 41).

En las variables: **"ausencia de figuras parentales"** (TABLA B-43), **"tipo de convivencia"** y **"relaciones conflictivas con algunos de los hermanos"** (TABLA B-44, 45), **"el entrevistado es preferido paterno o materno"** (TABLA B-46) y **"preferencia por el padre o madre"** (TABLA B-47, 48), no se demostró diferencia estadística significativa cuando se comparó a los A.D.V.P. seronegativos frente a los seropositivos.

Está equilibrado el número de A.D.V.P. que catalogan la **convivencia entre hermanos** como aceptable: 41 sujetos (48.2%) de los seronegativos, y 28 (52.9%) de los seropositivos. Se agruparon los caracteres "conflictiva" y "nula" bajo el epígrafe "no aceptable" (TABAL B-44).

De los A.D.V.P. que consideran sus relaciones fraternales negativas, afirman mantener **lazos conflictivos con algún hermano** en particular, 24 sujetos (28.2 %) de los seronegativos y 18 (34%) de los seropositivos (TABLA B-45).

No se apreciaron diferencias en cuanto a **preferencias por parte** de ninguno de **los padres** hacia los sujetos, motivo de este estudio; fue así en 50 sujetos (71.4%) de los seronegativos, y en 29 (82.9%) de los seropositivos (TABLA B-46).

Destaca en la TABLA B-47, que ambos grupos de A.D.V.P. están de acuerdo en considerar que no sienten **preferencia por el padre**, [59 sujetos (80.8%) seronegativos, y 40 (83.3%) seropositivos]. Sin embargo, acerca de si sienten o no **preferencia por la madre** (TABLA B-48), las opiniones se equilibran entre los defensores del sí y los del no: de los individuos seronegativos prefieren a la madre 43 (58.9%) y 30 (41.1%) no sienten esta inclinación; de entre los sujetos seropositivos prefieren a la madre 24 (50%) y no se inclinan hacia ella el otro 50%.

TABLA B-42 Ac. VIH/JUEGA EL ROL PRINCIPAL

VIH	JUEGO EL ROL PRINCIPAL				
	Padre	Madre	Ambos	Ninguno	TOTAL
VIH-	12 20.3%	33 55.9%	3 5.1%	11 18.6%	59 100%
VIH+	1 2.8%	30 83.3%	0 --%	5 13.9%	36 100%

X^2 exp = 9.701 P< 0.025

TABLA B-35 Ac. VIH/FUE CUIDADO EN SU INFANCIA

VIH	FUE CUIDADO EN SU INFANCIA		
	Si	No	TOTAL
VIH-	74 90.2%	8 9.8%	82 100%
VIH+	43 95.6%	2 4.4%	45 100%

(FISHER) N.S.

TABLA B-36 Ac. VIH/MODO DE CUIDADOS EN SU INFANCIA

VIH	MODO DE CUIDADO EN SU INFANCIA			
	Afectivo	Material	Ambos	TOTAL
VIH-	0 --%	13 48.1%	14 51.9%	27 100%
VIH+	1 4.3%	11 47.8%	11 47.8%	23 100%

TABLA B-37 Ac. VIH/PADRES PARTICIPAN EN LA EDUCACION

VIH	PADRES PARTICIPAN EN LA EDUCACION		
	Si	No	TOTAL
VIH-	47 57.3%	35 42.7%	82 100%
VIH+	31 64.6%	17 35.4%	48 100%

N.S.

TABLA B-38 Ac. VIH/RELACION CON EL PADRE

VIH	RELACION CON EL PADRE		
	Insatisfac-toria	Satisfac-toria	TOTAL
VIH-	48 60.8%	31 39.2%	79 100%
VIH+	38 76%	12 24%	50 100%

N.S.

TABLA B-39 Ac. VIH/RELACION CON LA MADRE

VIH	RELACION CON LA MADRE		
	Insatisfac-toria	Satisfac-toria	TOTAL
VIH-	22 26.5%	61 73.4%	83 100%
VIH+	21 39.6%	32 60.3%	53 100%

N.S.

TABLA B-40 Ac. VIH/CARACTERISTICA PATERNA PRINCIPAL

VIH	CARACTERISTICA PATERNA PRINCIPAL									
	Frio, distante	Protector	Permisivo	Depresivo	Nervioso	Violento	Violento y nervios	Testarudo	Ninguna de las anter.	TOTAL
VIH-	17 23.9%	3 4.2%	11 15.4%	0 %	10 14.0%	6 8.4%	17 23.9%	1 1.4%	5 7.0%	71 100%
VIH+	14 26.9%	0 %	4 7.7%	1 1.9%	9 17.3%	7 13.4%	9 17.3%	1 1.9%	7 13.4%	52 100%

TABLA B-41 Ac. VIH/CARACTERISTICA MATERNA PRINCIPAL

VIH	CARACTERISTICA MATERNA PRINCIPAL							
	Fria, distante	Protectora	Permisiva	Depresiva	Nerviosa	Violenta	Testaruda	TOTAL
VIH-	8 16%	11 22%	17 34%	4 8%	8 16%	1 2%	1 2%	50 100%
VIH+	6 18.8%	10 31.3%	6 18.8%	1 3.1%	7 21.9%	2 6.2%	0 --%	32 100%

TABLA B-43 Ac. VIH/AUSENCIA DE FIGURAS PARENTALES

VIH	FIGURAS PARENTALES		
	Si	No	TOTAL
VIH-	52 63.4%	30 36.6%	82 100%
VIH+	30 56.6%	23 43.4%	53 100%

N.S.

TABLA B-44 Ac. VIH/CONVIVENCIA CON HERMANOS EN CONJUNTO

VIH	CONVIVENCIA CON HERMANOS EN CONJUNTO		
	Aceptable	No aceptable	TOTAL
VIH-	41 48.2%	44 51.8%	85 100%
VIH+	28 52.9%	25 47.1%	53 100%

N.S.

TABLA B-45 Ac. VIH/RELACIONES CONFLICTIVAS CON ALGUNO DE LOS HERMANOS

VIH	RELACIONES CONFLICTIVAS CON ALGUNO DE LOS HERMANOS		
	Si	No	TOTAL
VIH-	24 28.2%	61 71.8%	85 100%
VIH+	18 34%	35 66.0%	53 100%

N.S.

TABLA B-46 Ac. VIH/EL ENTREVISTADO ES PREFERIDO:

VIH	EL ENTREVISTADO ES PREFERIDO				
	Paterno	Materno	Indistinto	De ambos	TOTAL
VIH-	8 11.4%	6 8.9%	50 71.4%	6 8.6%	70 100%
VIH+	3 8.5%	2 5.7%	29 82.9%	1 2.9%	35 100%

TABLA B-47 Ac. VIH/PREFERENCIA POR EL PADRE

VIH	PREFERENCIA POR EL PADRE		
	Si	No	TOTAL
VIH-	14 19.2%	59 80.8%	73 100%
VIH+	8 16.7%	40 83.3%	48 100%

N.S.

TABLA B-48 Ac. VIH/PREFERENCIA POR LA MADRE

VIH	PREFERENCIA POR LA MADRE		
	Si	No	TOTAL
VIH-	43 58.9%	30 41.1%	73 100%
VIH+	24 50%	24 50%	48 100%

N.S.

Otro capítulo importante a tener en cuenta, es la vida escolar de los pacientes, que fue explorada por medio de variables tales como **"tipo de escuela"** si hubo o no **"fugas de escuela"**; si fue **"expulsado de clase o de la escuela"**, si causó o se mezcló en **"conflictos de la escuela"**, **"recuerdos del profesorado"**, **"relación difícil o conflictiva con algún profesor"** y, **"conducta escolar"**. No se hallaron diferencias estadísticas significativas en ninguna de las variables anteriores.

Sí fueron importantes las diferencias halladas en cuanto al **sistema de vida de la escuela** (TABLA B-50) (X exp = 5.53 y $P<0.025$). Son los A.D.V.P. seropositivos frente al V.I.H., quienes en 37 de los casos (82.2%) han disfrutado de un sistema escolar relajado frente a 9 (53%) de los seronegativos.

Asistieron a colegios públicos 60 sujetos (70.6%) seronegativos y 41 (77.4%) de los seropositivos; de lo cual se desprende que los pacientes A.D.V.P. en conjunto asistieron a escuelas públicas (TABLA B-49).

Es interesante ver como, la mayoría, **faltaban a clase** (TABLA B-51): 64 sujetos (75.3%) de los A.D.V.P. seronegativos y 45 (83.3%) seropositivos; y fueron **expulsados de clase**, 53 casos (62.4%) de los seronegativos y 33 (61.1%) de los seropositivos (TABLA B-52). Así pues, no es muy llamativo que el 30.6% de seronegativos y el 41.5% de los seropositivos tuviesen **conflictos en la escuela**, (TABLA B-53).

Respecto a los **recuerdos** que guardaban los pacientes **de sus profesores** (TABLA B-54), las proporciones entre los que conservan

recuerdos buenos, normales y malos, son muy similares, tanto para los seronegativos como para los seropositivos.

Sólo mantuvieron una relación dificil o conflictiva con un profesor determinado: 16 sujetos (18.8%) de entre los seronegativos y 17 (32.7%) de entre los seropositivos (TABLA B-55).

Y finalmente, destaca una conducta indisciplinada durante la etapa escolar en los A.D.V.P. seronegativos y seropositivos (véase TABLA B-56): 50 casos (58.8%) de los seronegativos y 34 (63%) de los seropositivos.

TABLA B-49 Ac. VIH/TIPO DE ESCUELA

VIH	TIPO DE ESCUELA						
	Privada externa	Privada interna	Pública	Seminario	Privada ext./int.	P.Interna y Pública	TOTAL
VIH-	8 9.4%	3 3.5%	60 70.6%	3 3.5%	4 4.7%	7 8.2%	85 100%
VIH+	6 11.3%	1 1.9%	41 77.4%	0 --%	0 --%	5 9.4%	53 100%

TABLA B-50 Ac. VIH/SISTEMA DE VIDA DE ESCUELA

VIH	SISTEMA DE VIDA DE ESCUELA		
	Relajado	Severo	TOTAL
VIH-	9 53%	8 47.0%	17 100%
VIH+	37 82.2%	8 17.8%	45 100%

X^2 exp =5.53 P< 0.025

TABLA B-51 Ac. VIH/FUGAS DE ESCUELA

VIH	FUGAS DE ESCUELA		
	Si	No	TOTAL
VIH-	64 75.3%	21 34.7%	85 100%
VIH+	45 83.3%	9 16.7%	54 100%

N.S.

TABLA B-52 Ac. VIH/EXPULSADO DE CLASE O ESCUELA

VIH	EXPULSADO DE ESCUELA		
	Si	No	TOTAL
VIH-	53 62.4%	32 37.6%	85 100%
VIH+	33 61.1%	21 38.9%	54 100%

N.S.

TABLA B-53 Ac. VIH/CONFLICTOS EN ESCUELA

VIH	CONFLICTOS EN ESCUELA		
	Sí	No	TOTAL
VIH-	26 30.6%	59 69.4%	85 100%
VIH+	22 41.5%	31 58.5%	53 100%

N.S.

TABLA B-54 Ac. VIH/RECUERDOS DEL PROFESORADO EN CONJUNTO

VIH	RECUERDOS DEL PROFESORADO			
	Buenos	Normales	Malos	TOTAL
VIH-	29 34.5%	32 38.0%	23 27.3%	84 100%
VIH+	18 33.3%	19 35.1%	17 31.4%	54 100%

(WILCOXON) N.S.

TABLA B-55 Ac. VIH/RELACION DIFICIL O CONFLICTIVA CON ALGUN PROFESOR

VIH	RELACION DIFICIL O CONFLICTIVA CON ALGUN PROFESOR		
	Sí	No	TOTAL
VIH-	16 18.8%	69 81.2%	85 100%
VIH+	17 32.7%	35 67.3%	52 100%

N.S.

TABLA B-56 Ac. VIH/CONDUCTA ESCOLAR

VIH	CONDUCTA ESCOLAR		
	Disciplinada	Indisciplin.	TOTAL
VIH-	35 41.2%	50 58.8%	85 100%
VIH+	20 37%	34 63%	54 100

N.S.

Se les pidió a ambas subpoblaciones de A.D.V.P. que nos hicieran una **valoración de su infancia y adolescencia** (TABLA B-61, 62). Respecto a la **infancia** se muestra en seronegativos y seropositivos, porcentajes muy similares, al considerarla feliz 44 (56.4%), ni feliz ni desgraciada 12 (15.3%) y desgraciada 22 (28.2%), de los 79 seronegativos que la recuerdan; y cifras semejantes se ven en 32 casos (61.5%) que la valoran como una etapa "feliz", 7 (13,4%) como "ni feliz ni desgraciada", y 13 (25%) que la califican de desgraciada, de entre los 52 seronegativos que recuerdan su infancia. En cuanto a la variable **adolescencia**, que no alcanzó significación estadística entre ambas subpoblaciones de A.D.V.P., destaca un alto porcentaje a la hora de valorarla de desgraciada: 42 sujetos (51.2%) de los seronegativos y 34 (64.1%) de los seropositivos; y fue un periodo feliz para 26 sujetos (31.7 %) de los seronegativos y 11 (20.8 %) de los seropositivos.

Acerca de si tenían algún **miembro familiar con problemas legales**, no se detectó diferencia estadística significativa (TABLA B-60). Ambas subpoblaciones apuntan más a no contar en sus familias con antecedentes de problemas legales: 62 sujetos (74.7%) de los seronegativos y 37 (69.8%) de los seropositivos.

De otro lado, los A.D.V.P. mantuvieron relaciones o **contactos frecuentes con los abuelos maternos** (28.3% de los seronegativos y 53.9% de los seropositivos), en contraste **con los abuelos paternos** (36% de los seronegativos frente al 43.2% de los seropositivos), (TABLA B-57 Y 58 respectivamente).

Por último, es importante destacar que los sujetos heroinómanos en su mayoría, **han vivido tensiones importantes en su entorno familiar** (61.4% de los seronegativos y 66.7% de los seropositivos), (TABLA B-59).

TABLA B-61 Ac. VIH/VALORACION INFANCIA

VIH	VALORACION INFANCIA			
	Feliz	Ni feliz ni desgraciada	Desgraciada	TOTAL
VIH-	44 56.4%	12 15.3%	22 28.2%	78 100%
VIH+	32 61.5%	7 13.4%	13 25%	52 100%

(WILCOXON) N.S.

TABLA B-62 Ac. VIH/VALORACION ADOLESCENCIA

VIH	VALORACION ADOLESCENCIA			
	Feliz	Ni feliz ni desgraciada	Desgraciada	TOTAL
VIH-	26 31.8%	14 17%	42 51.2%	82 100%
VIH+	11 20.7%	8 15%	34 64.1%	53 100%

(WILCOXON) N.S.

TABLA B-60 Ac. VIH/MIEMBRO FAMILIAR CON PROBLEMAS LEGALES

VIH	MIEMBRO FAMILIAR CON PROBLEMAS LEGALES		
	Sí	No	TOTAL
VIH-	21 25.3%	62 74.7%	83 100%
VIH+	16 32.2%	37 69.8%	53 100%

N.S

TABLA B-57 Ac. VIH/CONTACTOS FRECUENTES CON ABUELOS MATERNOS

VIH	CONTACTOS FRECUENTES CON ABUELOS MATERNOS		
	SI	NO	TOTAL
VIH-	42 58.3%	28 40%	70 100%
VIH+	21 53.9%	18 46.1%	39 100%

N.S.

TABLA B-58 Ac. VIH/CONTACTOS FRECUENTES CON ABUELOS PATERNOS

VIH	CONTACTOS FRECUENTES CON ABUELOS PATERNOS		
	SI	NO	TOTAL
VIH-	22 36.0%	39 64%	61 100%
VIH+	16 43.2%	21 56.7%	37 100%

N.S.

TABLA B-59 Ac. VIH/HAY EN SU FAMILIA ACTOS DE VIOLENCIA CONSECUENCIA DE CIERTA TENSION

VIH	HAY EN SU FAMILIA ACTOS DE VIOLENCIA CONSECUENCIA DE CIERTA TENSION		
	SI	NO	TOTAL
VIH-	51 61.4%	32 38.6%	83 100%
VIH+	36 66.7%	18 33.3%	54 100%

N.S.

Creímos conveniente explorar circunstancias que, de haberse dado con elevada frecuencia en la infancia, sería interesante valorar. Hablamos de si es o no **"propenso a sufrir accidente en la infancia"** y si pasaron un **largo periodo "hospitalizados"**. No se demostraron diferencias significativas, en ninguna de estas variables, tras comparar seronegativos frente a seropositivos. En ambas subpoblaciones el 32.5% fueron propensos a sufrir accidentes en su infancia (TABLA B-63). Sin embargo, permanecieron una larga temporada hospitalizados en su infancia, sólo 16 pacientes (19.3%) de los seronegativos y 8 (14.5%) de los seropositivos (TABLA B-64).

A continuación se exploraron los aspectos somáticos más relevantes.

No se hallaron diferencias significativas de los sujetos A.D.V.P. seronegativos frente a los seropositivos en las siguientes variables: "sufrió o no **hepatitis B** o **enfermedades de transmisión sexual**", "si presentaron o no **antecedentes psiquiatricos personales y familiares**, y si hubo o no **ingresos psiquiatricos**". Así pues, padecieron **hepatitis B** 43 pacientes (54.4%) de los seronegativos y 35 sujetos (64.8%) de los seropositivos (TABLA B-65); tuvieron alguna **enfermedad de trasmisión sexual** 9 sujetos (10.7%) de los negativos y, 12 sujetos (22.6%) de los positivos (TABLA B-66). En cambio,la proporción de **antecedentes psiquiátricos personales** es idéntica en ambos grupos: 19 sujetos (22.6%) seronegativos y 12 (21.8%) seropositivos (TABLA B-67). Menor aún fueron quienes estuvieron ingresados alguna vez en un hospital psiquiátrico: 2 sujetos (2.4%) de los seronegativos y 1 (1.9%) de los seropositivos.

Soler Arrebola, P. (1982) en un estudio realizado en nuestro medio detectó que los ingresos judiciales de toxicómanos en un hospital psiquiátrico habían representado el 1.8% de los ingresos habiendo aumentado hasta el momento del estudio a un 17%; aunque estos porcentajes no son indicativos del total de ingresos psiquiátricos de los toxicómanos, si son datos orientativos en nuestro estudio.

Destacamos el elevado porcentaje de **antecedentes psiquiatricos familiares**: 63 sujetos (75%) de los seronegativos y 39 (72.2%) de los seropositivos (TABLA B-69). Es importante señalar que, principalmente, era el alcoholismo del padre, la patología a que más se referían.

TABLA B-63 Ac. VIH/PROPENSO A SUFRIR ACCIDENTES EN INFANCIA

VIH	PROPENSO A SUFRIR ACCIDENTES EN INFANCIA		
	Sí	No	TOTAL
VIH-	27 32.5%	56 67.5%	83 100%
VIH+	18 32.7%	37 67.3%	55 100%

N.S.

TABLA B-64 Ac. VIH/LARGA HOSPITALIZACION EN INFANCIA

VIH	LARGA HOSPITALIZACION EN INFANCIA		
	Sí	No	TOTAL
VIH-	16 19.3%	67 80.7%	83 100%
VIH+	8 14.5%	47 85.5%	55 100%

N.S.

TABLA B-65 Ac. VIH/HEPATITIS B

VIH	HEPATITIS B		
	Sí	No	TOTAL
VIH-	43 54.4%	36 45.6%	79 100%
VIH+	35 64.8%	19 35.2%	54 100%

N.S.

TABLA B-66 Ac. VIH/ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

VIH	ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL		
	Si	No	TOTAL
VIH-	9 10.7%	75 89.3%	84 100%
VIH+	12 22.6%	41 77.4%	53 100%

N.S.

TABLA B-67 Ac. VIH/ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS PERSONALES

VIH	ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS PERSONALES		
	Si	No	TOTAL
VIH-	19 22.6%	65 77.4%	84 100%
VIH+	12 21.8%	43 78.2%	55 100%

N.S.

TABLA B-68 Ac. VIH/INGRESOS EN HOSPITALES PSIQUIATRICOS

VIH	INGRESOS EN HOSPITALES PSIQUIATRICOS		
	Si	No	TOTAL
VIH-	2 2.4%	82 97.6%	84 100%
VIH+	1 1.9%	53 98.1%	54 100%

(FISHER) N.S.

TABLA B-69 Ac. VIH/ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS FAMILIARES

VIH	ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS FAMILIARES		
	SI	NO	TOTAL
VIH-	63 75%	21 25%	84 100%
VIH+	39 72.2%	15 27.8%	54 100%

N.S.

La variable que alude a si tenían o no **dificultades en el plano afectivo**, alcanzó alta significación estadística (X exp = 10.52 y P < 0.01) cuando se compararon los A.D.V.P. seronegativos frente a los seropositivos. Este desequilibrio es a favor de los seronegativos que afirman contar con dificultades o problemas a la hora de establecer relaciones afectivas con parejas y/o amigos/as en general, en 26 casos (78.8%), frente a 15 (40.5%) de los seropositivos (TABLA B-70).

Un nuevo capítulo a estudiar es el de las relaciones de pareja de los sujetos A.D.V.P.. No se manifestó significación estadística, salvo en una variable. Así pues, tienen **pareja estable** 31 individuos (36.5%) de seronegativos y 21 (39.6%) de seropositivos (TABLA B-71). De entre aquéllos que afirmaron tener pareja estable hubo mayor proporción en quienes mantenían esta relación durante más de un año; 21 casos (63.63%) de seronegativos y 17 (80.95%) de seropositivos. Esta proporción es muy baja, si se tienen en cuenta la edad de los sujetos de la muestra (TABLA B-72).

Predominan el número de A.D.V.P. que valoran como positiva la **relacion de su pareja**: 20 individuos (62.5%) de seronegativos y 15 (75%) de seropositivos (TABLA B-73). Los **estudios de la pareja** de los A.D.V.P. de ambas solo muestras, en orden de frecuencia, fueron estudios primarios, graduado escolar y bachiller superior (TABLA B-74).

La proporción de **parejas de A.D.V.P. que trabajan** y las que no, es semejante tanto para las parejas de seronegativos como de seropositivos: 15 casos (48.3%) trabajan y 16 (51.6%) no, de las

parejas de seronegativos; 12 casos (60%) trabajan y 8 (40%) no, de las parejas de seropositivos (TABLA B-75).

Respecto a si **"consume o no heroina la pareja"** (TABLA B-76), fueron más numerosos los que eligen a no consumidoras, en ambas subpoblaciones de A.D.V.P.: 24 casos (82.7) parejas de seronegativos y 13 (65%) parejas de seropositivos.

No hubo diferencias significativas en el **nº de parejas que tenian desde hacia 2 años los A.D.V.P.** (TABLA B-77), ni en el tipo de **practicas sexuales** (TABLA B-78), trás comparar los A.D.V.P. seronegativos frente a los seropositivos.

Respecto al **tipo de prácticas sexuales** (TABLA B-78) predominan los heterosexuales: 72 casos (87.8%) de seronegativos, y 41 (87.2%) de seropositivos; le siguen la bisexualidad: (7 casos (8.5%) de seronegativos y 4 (8.5%) de seropositivos; y finalmente los menos, practican la homosexualidad, 3 casos (3.7%) de seronegativos y 2 (4.2%) de seropositivos.

TABLA B-70 Ac. VIH/DIFICULTADES EN EL PLANO AFECTIVO

VIH	DIFICULTADES EN EL PLANO AFECTIVO		
	Sí	No	TOTAL
VIH-	26 78.8%	7 21.2%	33 100%
VIH+	15 40.3%	22 59.4%	37 100%

X^2 exp =10.52 P<0.01

TABLA B-71 Ac. VIH/PAREJA ESTABLE

VIH	PAREJA ESTABLE		
	Sí	No	TOTAL
VIH-	31 36.5%	54 63.5%	85 100%
VIH+	21 39.6%	32 60.4%	53 100%

N.S.

TABLA B-72 Ac. VIH/DESDE CUANDO TIENE PAREJA ESTABLE

VIH	DESDE CUANDO TIENE PAREJA ESTABLE			
	Meses	Un año	Más de un año	TOTAL
VIH-	5 15.15%	7 21.21%	21 63.63%	33
VIH+	4 19.04%	0 --%	17 80.95%	21

(WILCOXON) N.S.

TABLA B-73 Ac. VIH/RELACION CON PAREJA ES:

VIH	RELACION CON PAREJA ES:		
	Positiva	Negativa	TOTAL
VIH-	20 62.5%	12 37.5%	32 100%
VIH+	15 75%	5 25%	20 100%

N.S.

TABLA B-74 Ac.VIH/ESTUDIOS DE LA PAREJA

VIH	ESTUDIOS DE LA PAREJA				
	Estud. primar	Grad. escol.	B.U.P. /B.Sup	Universitario.	TOTAL
VIH-	13 43.3%	7 23.3%	5 16.7%	5 16.7%	20 100%
VIH+	9 47.3%	5 26.3%	2 10.5%	3 15.8%	19 100%

(WILCOXON) N.S.

TABLA B-75 Ac. VIH/TRABAJA PAREJA

VIH	TRABAJA PAREJA		
	Sí	No	TOTAL
VIH-	15 48.3%	16 51.6%	31 100%
VIH+	12 60%	8 40%	20 100%

N.S.

TABLA B-76 Ac. VIH/CONSUME HEROINA SU PAREJA

VIH	CONSUME HEROINA SU PAREJA		
	SI	No	TOTAL
VIH-	5 17.2%	24 82.7%	29 100%
VIH+	7 35%	13 65%	20 100%

N.S.

TABLA B-77 Ac. VIH/NUMERO DE PAREJAS DESDE HACE DOS AÑOS

VIH	NUMERO DE PAREJAS DESDE HACE DOS AÑOS							
	Ninguna	Una	Dos	Tres	Cuatro	Cinco	Más de 5	TOTAL
VIH-	9 11%	22 26.8%	14 17.1%	13 15.9%	2 2.4%	3 3.7%	19 23.2%	82 100%
VIH+	9 18.4%	8 16.3%	6 12.2%	7 14.3%	4 8.2%	1 2%	14 28.5%	49 100%

(WILCOXON) N.S.

TABLA B-78 Ac. VIH/PRACTICAS SEXUALES

VIH	PRACTICAS SEXUALES			
	Hetero-sexuales	Homosex.	Bisexua-les	TOTAL
VIH-	72 87.8%	3 3.7%	7 8.5%	82 100%
VIH+	41 87.2	2 4.2%	4 8.5%	47 100%

N.S.

2. Información y actitudes frente al S.I.D.A.

Por otro lado, se estudiaron aspectos básicos del grado de información del S.I.D.A., hábitos higiénicos en sus prácticas sexuales, hábitos higiénicos en torno a la conducta de compartir jeringa; y los posibles cambios de actitud trás la información sobre el S.I.D.A.

Ante la pregunta **actualmente tiene miedo a contraer el S.I.D.A.** se encontraron diferencias muy significativas (X exp = 9.79 y P < 0.01) entre A.D.V.P. seronegativos y seropositivos; los seropositivos, en mayor número, temían la aparición de la enfermedad, 38 heroinómanos (74.5%) frente a 39 (47%) seronegativos (TABLA B-79).

En la variable **"ha influido el temor al S.I.D.A. para que disminuyan los contactos sexuales"** se alcanzó significación; (X exp = 3.88 y P < 0.05). De modo que los A.D.V.P. seropositivos fueron los que más los redujeron, 18 casos (36%) seropositivos frente a 17 (20.5%) seronegativos (TABLA B-80).

Acerca de si **usaban preservativos siempre**, previa información del S.I.D.A. no se detectó diferencia estadística significativa: empleaban preservativo 12 sujetos (23.5%) de los seropositivos, frente a 15 (18%) de los seronegativos (TABLA B-81).

Respecto a la **frecuencia de uso de preservativos tras informacion del S.I.D.A,** se manifestó diferencia significativa (X exp= 5.80 y P<0.05), siendo los pacientes positivos quienes los usan más después de tener noticias sobre el S.I.D.A.: 20 sujetos (71.4%) seropositivos

frente a 10 (41.7%) de los seronegativos (TABLA B-82[1]).

En cuanto al **motivo del empleo de preservativos** dada la diversidad de causas, remitimos a la TABLA B-83.

Respecto a si poseían **informacion adecuada sobre el S.I.D.A.**, observamos que existe una buena información una vez ya sometida a tratamiento de su adicción (acerca de mecanismos de transmisión) en seropositivos y seronegativos: 65 casos (78.3%) seropositivos y 40 (78.4%) seronegativos (TABLA B-87).

Se obtuvo significación estadística (X exp=6.647 y P<0.01) en la variable **modificacion de habitos de conducta de riesgo por temor al S.I.D.A.**, siendo los pacientes A.D.V.P. seropositivos quienes los habian modificado en mayor proporción que los seronegativos: 35 individuos (68.6%) de heroinómanos V.I.H. positivos y 38 (45.8%) de los negativos (TALBA B-88).

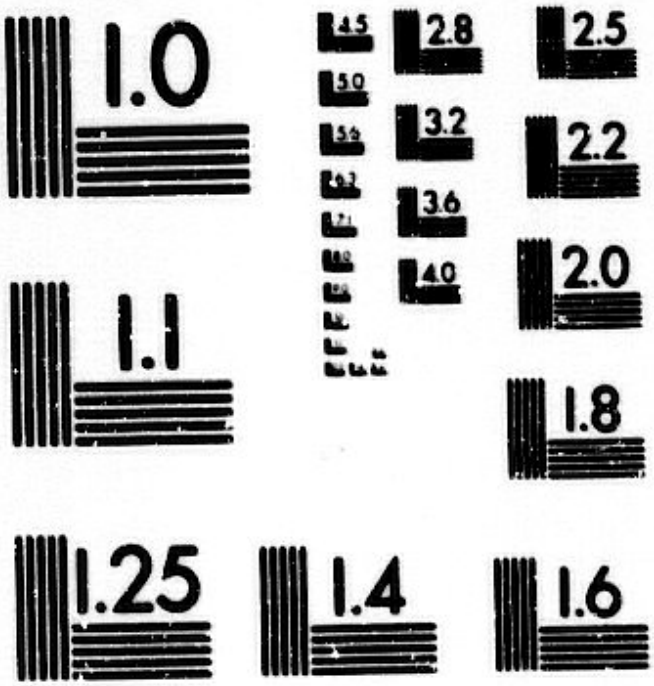
Se obtuvo una muy alta significación (X exp = 13.64 y una P<0.001) a la hora de conocer quienes **utilizaron jeringuillas desechables e individualmente**, a favor de los pacientes A.D.V.P. seronegativos, quienes las utilizaron siempre de modo individual en 71 casos (84.5), frente a 29 (55.8%) de los seropositivos (TABLA B-89[1]).

No fue significativa la comparación entre ambas poblaciones respecto a si **poseía informacion previa de lo que podria ocasionar el consumo de heroína y demas drogas.** Resalta el hecho de que no conocían mucho acerca de la heroína tanto los seronegativos como los

seropositivos, puesto de manifiesto por 70 (83.3%) y 40 (78.4%) sujetos respectivamente (TABLA B-84).

Sólo 37 (44%) y 28 (57.1%) de los pacientes A.D.V.P. seronegativos y seropositivos respectivamente piensan que **de tener información adecuada sobre las drogas no hubieran consumido heroína** (TABLA B-85). Ahora bien, dada la similitud de los porcentaje- en la columna "Sí" parece interesante comparar las columnas "No" y "No sabe". Si se hace así, se obtiene X exp = 4.94 y una P<0.03. Este desequilibrio indica que son los seropositivos quienes, de haber estado mejor informados no hubiesen consumido heroína: 28 sujetos (80%) seropositivos frente a 37 (57.8%) seronegativos.

Por otro lado, sólo 43 casos (51.8%) de los seronegativos y 27 (52.9%) de los seropositivos, no mantenian relaciones con amigos heroinomanos, mientras estaban bajo tratamiento de su adicción (TABLA B-86).



MICROCOPY RESOLUTION TEST CHART
NATIONAL BUREAU OF STANDARDS
STANDARD REFERENCE MATERIAL 1010a
(ANSI and ISO TEST CHART No. 2)

seropositivos, puesto de manifiesto por 70 (83.3%) y 40 (78.4%) sujetos respectivamente (TABLA B-84).

Sólo 37 (44%) y 28 (57.1%) de los pacientes A.D.V.P. seronegativos y seropositivos respectivamente piensan, que de tener información adecuada sobre las drogas no hubieran consumido heroína (TABLA B-85). Ahora bien, dada la similitud de los porcentajes en la columna "Sí" parece interesante comparar las columnas "No" y "No sabe". Si se hace así, se obtiene X exp = 4.94 y una P<0.03. Este desequilibrio indica que son los seropositivos quienes, de haber estado mejor informados no hubiesen consumido heroína: 28 sujetos (80%) seropositivos frente a 37 (57.8%) seronegativos.

Por otro lado, sólo 43 casos (51.8%) de los seronegativos y 27 (52.9%) de los seropositivos, no mantenian relaciones con amigos heroinomanos, mientras estaban bajo tratamiento de su adicción (TABLA B-86).

2. Información y actitudes frente al S.I.D.A.

TABLA B-79 Ac. VIH/ACTUALMENTE TEME CONTRAER EL S.I.D.A.

VIH	ACTUALMENTE TEME CONTRAER EL S.I.D.A.		
	SI	NO	TOTAL
VIH-	39 47%	44 53%	83 100%
VIH+	38 74.5%	13 25.5%	51 100%

X^2 exp = 9.789 P< 0.01

TABLA B-80 Ac. VIH/EL TEMOR AL S.I.D.A. HIZO DISMINUIR SUS CONTACTOS SEXUALES

VIH	EL TEMOR AL S.I.D.A HIZO DISMINUIR SUS CONTACTOS SEXUALES		
	SI	NO	TOTAL
VIH-	17 20.5%	66 79.5%	83 100%
VIH+	18 36%	32 64%	50 100%

X^2 exp = 3.88 P< 0.05

TABLA B-81 Ac. VIH/USA PRESERVATIVO SIEMPRE

VIH	USA PRESERVATIVO SIEMPRE		
	SI	NO	TOTAL
VIH-	15 18%	68 82%	83 100%
VIH+	12 23.5%	39 76.4%	51 100%

N.S.

TABLA B-82 Ac.VIH/USA PRESERVATIVOS EN RELACION A LA INFORMACION DEL S.I.D.A

VIH	USA PRESERVATIVOS EN RELACION A LA INFORMACION DEL S.I.D.A.					
	Antes	Después	No relación trans. VIH+	No relación por joven	No preservativo	TOTAL
VIH-	14 16.9%	10 12%	0 --%	1 1.2%	58 69.9%	83 100%
VIH+	8 15.7%	20 39.2%	1 2%	1 2%	21 41.2%	51 100%

TABLA B-82[1] Ac. VIH/USA PRESERVATIVOS EN RELACION A LA INFORMACION DEL S.I.D.A.

VIH	USA PRESERVATIVOS EN RELACION A LA INFORMACION DEL S.I.D.A.		
	Antes	Después	TOTAL
VIH-	14 58.3%	10 41.7%	24 100%
VIH+	8 28.5	20 71.4%	28 100%

X^2 exp = 5.80 P< 0.05

TABLA B-83 Ac. VIH/MOTIVO DEL EMPLEO DE PRESERVATIVOS

VIH	MOTIVO DEL EMPLEO DE PRESERVATIVOS					
	Prevenir S.I.D.A.	Anticon-ceptivo	Prevenir resto de E.T.S.	Prevenir S.I.D.A. y anticon.	Prevenir S.I.D.A./ E.T.S.y anticon.	TOTAL
VIH-	5 23.8%	7 33.3%	2 9.5%	2 9.5%	5 23.8%	21 100%
VIH+	18 64.2%	4 14.2%	1 3.6%	3 10.7%	2 7.1%	28 100%

TABLA B-87 Ac. VIH/INFORMACION ADECUADA SOBRE EL S.I.D.A

VIH	INFORMACION ADECUADA SOBRE EL S.I.D.A.		
	SI	NO	TOTAL
VIH-	65 78.3%	18 21.7%	83 100%
VIH+	40 78.4%	11 21.6%	51 100%

N.S.

TABLA B-88 Ac. VIH/HA MODIFICADO EL TEMOR AL S.I.D.A SUS HABITOS DE CONDUCTA DE RIESGO

VIH	HA MODIFICADO EL TEMOR AL S.I.D.A SUS HABITOS DE CONDUCTA DE RIESGO		
	Si	No	TOTAL
VIH-	38 45.8%	45 54.2%	83 100%
VIH+	35 68.6%	16 31.4%	51 100%

X^2 exp = 6.647 P< 0.01

TABLA B-89 Ac. VIH/UTILIZABA JERINGUILLAS DESECHABLES E INDIVIDUALMENTE

VIH	UTILIZABA JERINGUILLAS DESECHABLES E INDIVIDUALMENTE			
	Si siempre	Si casi siempre	No	TOTAL
VIH-	37 44%	34 40.5%	13 15.5%	84 100%
VIH+	5 9.6%	24 46.2%	23 44.2%	52 100%

TABLA B-89[1] Ac. VIH/UTILIZABA JERINGUILLAS DESECHABLES E INDIVIDUALMENTE

VIH	UTILIZABA JERINGUILLAS DESECHABLES E INDIVIDUALMENTE		
	Si	No	TOTAL
VIH-	71 84.5%	13 15.5%	84 100%
VIH+	29 55.8%	23 44.2%	52 100%

X^2 exp = 13.64 P< 0.001

TABLA B-90 Ac. VIH/DESDE CUANDO NO COMPARTE JERINGUILLA EN RELACION A LA INFORMACION DEL S.I.D.A.

VIH	DESDE CUANDO NO COMPARTE JERINGUILLA EN RELACION A LA INFORMACION DEL S.I.D.A.				
	Antes	Después	Ha de-- [illegible]	Continua [illegible]	TOTAL
VIH-	35 41.7%	12 14.3%	0 --%	37 44%	84 100%
VIH+	8 15.7%	25 49%	4 7.8%	14 27.5%	51 100%

TABLA B-84 Ac. VIH/POSEIA INFORMACION PREVIA DE LO QUE PODRIA OCASIONAR EL CONSUMO DE HEROINA Y DEMAS DROGRAS

VIH	POSEIA INFORMACION PREVIA DE LO QUE PODRIA OCASIONAR EL CONSUMO DE HEROINA Y DEMAS DROGAS		
	SI	NO	TOTAL
VIH-	14 16.7%	70 83.3%	84 100%
VIH+	11 21.6%	40 78.4%	51 100%

N.S.

TABLA B-85 Ac. VIH/PIENSA QUE DE TENER INFORMACION ADECUADA SOBRE DROGAS HUBIERA CONSUMIDO HEROINA

VIH	PIENSA QUE DE TENER INFORMACION ADECUADA SOBRE DROGAS HUBIERA CONSUMIDO HEROINA			
	Sí	No	No sabe	TOTAL
VIH-	25 29.8%	37 44%	27 26.2%	84 100%
VIH+	14 28.6%	28 57.1%	7 14.3%	49 100%

* Dada la similitud de los porcentajes en la columna Sí, parece interesante comparar las columnas "No" y "No sabe". Si se hace así, se obtiene X^2 exp = 4.94 P< 0.03

TABLA B-86 Ac. VIH/ACTUALMENTE CUENTA CON AMIGOS HEROINOMANOS

VIH	ACTUALMENTE CUENTA CON AMIGOS HEROINOMANOS		
	Sí	No	TOTAL
VIH-	40 48.2%	43 51.8%	83 100%
VIH+	24 47.1%	27 52.9%	51 100%

N.S.

TABLA B-90[1] Ac. VIH/DESDE CUANDO NO COMPARTE JERINGUILLA EN RELACION A LA INFORMACION DEL S.I.D.A.

VIH	DESDE CUANDO NO COMPARTE JERINGUILLA EN RELACION A LA INFORMACION DEL S.I.D.A.		
	Antes	Después	TOTAL
VIH-	35 74.4%	12 25.5%	47 100%
VIH+	8 24.2%	25 75.8%	33 100%

X^2 exp =19.67 P< 0.001

TABLA B-91 Ac. VIH/MOTIVO DE COMPARTIR JERINGUILLAS

VIH	MOTIVO DE COMPARTIR JERINGUILLAS						
	Comodidad	Faltar dinero	Síndrome abstinen.	Ser VIH+ (Me dan, no doy)	Comodidad y faltar dinero	Comodidad y dar a VIH+	TOTAL
VIH-	20 26.7%	3 4%	8 10.7%	0 --%	1 1.3%	43 57.3%	75 100%
VIH+	18 40%	4 8.9%	6 13.3%	5 11.1%	3 6.7%	9 20%	45 100%

3. Historia de la toxicomanía

Iniciamos el estudio que abarca toda la historia de la adicción propiamente dicha, desde el comienzo hasta el estado actual de dependencia a la heroína, de cada A.D.V.P.. Dado que se detectaron diferencias estadísticas significativas relevantes en numerosas variables de las estudiadas, las describimos en primer lugar. A continuación explicaremos el resto, basándonos en los hallazgos descriptivos.

En la varialbe **han tenido problemas con el alcohol** se obtuvo diferencia estadística significativa (X exp= 4.33 y P<0.05). De aquéllos que habian bebido alcohol: 37 sujetos (51.3%) de los seronegativos sufrieron problemas con la bebida frente a 10 casos (30.3%) de los seropositivos (TABLA B-95).

Destacamos la significación estadística que habla de diferencias entre los pacientes A.D.V.P. con Ac. y sin Ac. en:

- la **edad en que comenzó el consumo de cánnabis** (t exp = 2.08 y P<0.05), siendo los V.I.H. positivos quienes iniciaron su consumo a una edad más temprana (x=15.75 años) que los V.I.H. negativos (x =14.68 años) (TABLA B-98).
- la **edad en que comenzó el consumo de heroína** (t exp = 2.32 y una P<0.025) (TABLA B-110). Son los V.I.H. positivos quienes también se iniciaron antes en el consumo de heroína (x = 18.44 años) que los seronegativos (x = 19.96 años).

- por último, destaca la muy alta significación, en cuanto al **tiempo máximo consumiendo heroína** (P<0.001). El tiempo medio de consumo de heroína para los seropositivos fue mayor que para los seronegativos fue de 5 años; claramente, mayor tiempo de consumo en los primeros (TABLA B-113).

Hallamos diferencias estadísticas significativas en la variable **"con quien consume heroína principalmente"** (TABLA B-114[1]), (X exp = 6.12 y P<0.025). Son los A.D.V.P. seropositivos quienes consumen heroína preferentemente sólos, como lo demuestran 33 casos (68.7%) frente a 36 (46.1%) de los seronegativos. Esto nos hace pensar en el mayor grado de dependencia a la heroína en los seropositivos.

Encontramos muy significativa la diferencia estadística respecto a si **traficó con drogas** entre seropositivos y seronegativos, (X exp = 11.16 y P<0.001), indicando que son los seropositivos quienes regularmente practicaron ilícitamente el tráfico de drogas en mayor proporción: 23 casos (47.9 %) que los seronegativos 15 casos (18.5 %) (TABLA B-117[1]).

También obtuvimos alta significación en la variable **"accidentes despues de una dosis"**, (X exp = 19.076 y P<0.001), lo cual significa que han sufrido algún tipo de accidente de tráfico (moto, coche, etc.) o se han visto involucrados en alguna discusión, etc., los seropositivos en más proporción: 24 casos (49%) frente a 11 (13.8 %) de los seronegativos. Esto nos hace pensar en la mayor gravedad de la dependencia a la heroína de los seropositivos (TABLA B-118).

La TABLA B-120 muestra significación en cuanto a si había pedido **ayuda anteriormente** por la drogadicción (X exp = 3.90 y P<0.05), siendo los A.D.V.P. seropositivos quienes en mayor número afirmaron haber solicitado algún tratamiento: 39 casos (78%) de los seropositivos frente a 51 (61.4%) de los seronegativos.

La variable, "ha sufrido **síndromes de abstinencia** o no", mostró alta significación, (X exp = 7.81 y P<0.01); de modo que en mayor proporción los seronegativos han padecido síndromes de abstinencia: 48 casos (98 %), frente a 65 casos (81.2%) de los seronegativos (TABLA B-127).

Respecto a los **problemas legales** se observó diferencia estadistica significativa trás comparar los positivos frente a los seronegativos (X exp= 7.521 y una P<0.01). Señala a los seropositivos con 41 casos (82%) como los que se involucraron en mayor proporción con problemas legales frente a los 49 seronegativos (59%), (TABLA B-129).

Atendiendo a los **tipos de problemas legales** queda de manifiesto la alta diferencia significativa estadisticamente (x= 5.21 y una P<.0.25). Son los sujetos A.D.V.P. con Ac. frente al V.I.H. quienes en 19 de los casos (54.2 %) habían tenido mayor proporción de problemas graves con la justicia frente a 11 (28.2%) de los seronegativos (TABLA B-130[1]).

3. Historia de su toxicomania

TABLA B-95 Ac. VIH/HA TENIDO PROBLEMAS CON EL ALCOHOL

VIH	HA TENIDO PROBLEMAS CON EL ALCOHOL		
	Si	No	TOTAL
VIH-	37 51.3%	34 47.2%	72 100%
VIH+	10 30.3%	23 69.7%	33 100%

X^2 exp = 4.33 P< 0.05

TABLA B-98 Ac. VIH/EDAD EN QUE COMENZO CON EL CANNABIS

	n	x	s
VIH-	80	15.75	2.917
VIH+	49	14.68	2.438

t exp = 2.08 P< 0.05

TABLA B-110 Ac. VIH/EDAD EN QUE COMENZO CONSUMO DE HEROINA

	n	x	s
VIH-	83	19.964	3.931
VIH+	49	18.449	3.035

t exp = 2.32 P< 0.025

TABLA B-113 Ac. VIH/TIEMPO MAXIMO CONSUMIENDO HEROINA

VIH	TIEMPO MAXIMO CONSUMIENDO HEROINA											
	Un año	Dos años	Tres años	Cuatro años	Cinco años	Seis años	Siete años	Ocho años	Nueve años	Diez años	Más de Diez años	TOTAL
VIH-	7 8.6%	10 12.3%	6 7.4%	8 9.9%	14 17.3%	13 16%	5 6.2%	4 4.9%	7 8.6%	2 2.5%	5 6.2%	99.94 100%
VIH+	0 0%	0 0%	2 4.1%	2 4.1%	5 10.2%	5 10.2%	7 14.3%	2 4.1%	7 14.3%	8 16.3%	10 20.4%	98 100%

(WILCOXON) P<0.001

TABLA B-114 Ac. VIH/CON QUIEN CONSUME HEROINA PRINCIPALMENTE

VIH	CON QUIEN CONSUME HEROINA PRINCIPALMENTE						
	Sólo	Con amigos	Con pareja	Con "colegas"	Con amigos y sólo desde hace poco	Con amigos y sólo	TOTAL
VIH-	36 46.2%	14 17.9%	6 7.7%	4 5.1%	15 19.2%	3 3.8%	78 100%
VIH+	33 68.7%	2 4.2%	5 10.4%	3 6.2%	3 6.2%	2 4.2%	48 100%

TABLA B-114[1] Ac. VIH/CON QUIEN CONSUME HEROINA PRINCIPALMENTE

VIH	CON QUIEN CONSUME HEROINA PRINCIPALMENTE		
	Sólo	Acompañado	TOTAL
VIH-	36 46.1%	42 53.9%	78 100%
VIH+	33 68.7%	15 31.2%	48 100%

X^2 exp = 6.12 P< 0.025

TABLA B-117 Ac. VIH/TRAFICO CON DROGA

VIE	TRAFICO CON DROGA			
	Regular-mente	Excepcio-nalmente	Nunca	TOTAL
VIH-	15 18.5%	38 46.9%	28 34.6%	81 100%
VIH+	23 47.9%	8 16.7%	17 35.4%	48 100%

TABLA B-117[1] Ac. VIH/TRAFICO CON DROGA

VIH	TRAFICO CON DROGA		
	Regularmente	Excep./Nunca	TOTAL
VIH-	15 18.51%	76 93.82%	81 100%
VIH+	23 47.92%	25 52.08%	48 100%

X^2 exp = 11.16 P< 0.001

TABLA B-118 Ac. VIH/ACCIDENTES DESPUES DE UNA DOSIS

VIH	ACCIDENTES DESPUES DE UNA DOSIS		
	SI	NO	TOTAL
VIH-	11 13.8%	69 86.2%	80 100%
VIH+	24 49%	25 51%	49 100%

X^2 exp = 19.076 P< 0.001

TABLA B-120 Ac. VIH/PIDIO AYUDA ANTERIORMENTE

VIH	PIDIO AYUDA ANTERIORMENTE		
	SI	NO	TOTAL
VIH-	51 61.4%	32 38.6%	83 100%
VIH+	39 78%	11 22%	50 100%

X^2 exp = 3.90 P< 0.05

TABLA B-127 Ac. VIH/SINDROMES DE ABSTINENCIA

VIH	SINDROMES DE ABSTINENCIA		
	SI	NO	TOTAL
VIH-	65 81.2%	15 18.7%	80 100%
VIH+	48 98%	1 2.0%	49 100%

X^2 exp = 7.81 P< 0.01

TABLA B-129 Ac. VIH/PROBLEMAS LEGALES

VIH	PROBLEMAS LEGALES		
	SI	NO	TOTAL
VIH-	49 59%	34 41%	83 100%
VIH+	41 82%	9 18%	50 100%

X^2 exp = 7.52 P< 0.01

TABLA B-130 Ac. VIH/SI PROBLEMAS LEGALES: TIPO

VIH	SI PROBLEMAS LEGALES: TIPO				
	Graves	Leves	Ambos	Pendient	TOTAL
VIH-	11 22.4%	28 57.1%	1 2.0%	9 18.3%	49 100%
VIH+	19 46.3%	16 39.8%	1 2.4%	5 12.1%	41 100%

TABLA B-130[1] Ac. VIH/SI PROBLEMAS LEGALES: TIPO

VIH	PROBLEMAS LEGALES		
	Graves	Leves	TOTAL
VIH-	11 28.2%	28 71.8%	39 100%
VIH+	19 54.2%	16 45.7%	35 100%

X^2 exp = 5.21 P < 0.025

Iniciamos la descripción de las variables en las que sin alcanzar significación estadística, interesa señalar qué caracteriza a cada subgrupo o bien al total de A.D.V.P., cuando los resultados sean semejantes o idénticos.

Respecto a **"quien le proporcionó la primera droga"** se puso de manifiesto en ambos grupos que fueron los amigos quienes les proporcionaron dicha droga: 60 seronegativos (74.1%) frente a 23 (50 %) de los seropositivos (TABLA B-106).

Fueron más quienes vivieron la **primera experiencia con un tóxico** como positiva: se observa en 38 sujetos (60.3%) de los seronegativos y en 27 (75%) de los seropositivos. Es curioso señalar que resultó negativa para 25 pacientes (39.7%) de los seronegativos y para 9 (25%) de los seropositivos (TABLA B-107[1]).

La curiosidad y conformidad social fueron las **causas principales del inicio del consumo de drogas** para ambos grupos. En concreto, la curiosidad incitó a 43 sujetos (52.4 %) seronegativos y 24 (51.1 %) seropositivos; el conformismo social alentó a 18 A.D.V.P. (22 %) seronegativos y a 8 (17 %) seropositivos. El resto de las causas del inicio del consumo de drogas se distribuyen entre estar prohibidas, imitar a los mayores y otras menos numerosas (TABLA B-108).

TABLA B-106 Ac. VIH/QUIEN LE PROPORCIONO LA PRIMERA DROGA

VIH	QUIEN LE PROPORCIONO LA PRIMERA DROGA						
	Usted mismo	Amigos	Colegas	Familiares	Hermanos y amigos	Otros	TOTAL
VIH-	4 5%	60 74.07%	9 11.11%	5 6.17%	2 2.46%	1 1.23%	81 100%
VIH+	1 2.17%	23 50%	9 19.6%	7 15.21%	5 10.90%	1 2.17%	46 100%

TABLA B-107 Ac. VIH/EXPERIENCIA CON EL PRIMER TOXICO

VIH	EXPERIENCIA CON EL PRIMER TOXICO			
	Positiva	Negativa	No recuerda	TOTAL
VIH-	38 48.7%	25 32.1%	15 19.2%	78 100%
VIH+	27 58.7%	9 19.6%	10 21.7%	46 100%

N.S.

TABLA B-107[1] Ac. VIH/EXPERIENCIA CON EL PRIMER TOXICO

VIH	EXPERIENCIA CON EL PRIMER TOXICO		
	Positiva	Negativa	TOTAL
VIH-	38 60.3%	25 39.7%	63 100%
VIH+	27 75%	9 25%	36 100%

N.S.

TABLA B-108 Ac. VIH/MOTIVO DEL INICIO DEL CONSUMO DE DROGA

VIH	MOTIVO DEL INICIO DEL CONSUMO DE DROGA								
	Estar harto de todo	Nuevas sensa-ciones	Para Evasión	Busque-da pla-cer y felicid	Curio-sidad	Confor-midad social	Estar prohi-bida	Imitar a mayores	TOTAL
VIH-	3 3.7%	3 3.7%	3 3.7%	4 4.9%	43 52.4%	18 22%	1 1.2%	7 8.5%	82 100%
VIH+	1 2.1%	1 2.1%	2 4.3%	2 4.3%	24 51.1%	8 17%	2 4.3%	7 14.9%	47 100%

La **edad media en que comenzaron a fumar tabaco**, fue idéntica en seronegativos y seropositivos (12.5 años) (TABLA B-92).

La **edad media en que comenzaron a beber alcohol**, fue de 14.32 en los seronegativos y de 13.22 años en los seropositivos (TABLA B-94).

Bebían alcohol 36 casos (70.5%) de los seronegativos, y 16 (72.8%) de los seropositivos (TABLA B-93). De aquéllos que **bebían** antes del tratamiento actual, lo hacían **en exceso** sólo 4 casos (5.8 %) de los seronegativos, y 3 (9.3 %) de los seropositivos (TABLA B-96).

Por otro lado, **fumaron cánnabis hasta antes del tratamiento** actual 36 sujetos (44.4 %) de los seronegativos y 23 (52.3 %) de los seropositivos (TABLA B-97).

Fumaron cánnabis durante unos 8 años (x=7.92) los pacientes A.D.V.P. seronegativos y durante unos 9 años (x=8.53) los pacientes seropositivos (TABLA B-99).

La **edad en que comenzó el consumo de cocaína** (TABLA B-103) muestra que los sujetos V.I.H. positivos se iniciaron algo antes en el consumo de cocaína, (x= 19.23 años) que los V.I.H. negativos (x= 20.83 años).

Respecto al **tiempo medio consumiendo cocaína** no se halló diferencia estadistica entre los heroinómanos V.I.H. negativos y los seropositivos (TABLA B-104).

Igual proporción de A.D.V.P. seronegativos y seropositivos **probaron drogas anteriores a la heroina y a la cocaina** (excluyendo el tabaco, alcohol y cánnabis): 53 individuos (63.9 %) seronegativos y 31 (64.6%) seropositivos (TABLA B-100). Las **drogas (previas)** elegidas por los seronegativos fueron las siguientes: psicofármacos en 29 sujetos (52.7%), varias drogas en 18 (32.8%), (entendidas como alucinógenos, derivados opiáceos o psicofármacos), y en 8 sujetos (14.5%) alucinógenos. Los pacientes seropositivos optaron algo más por consumir varias drogas: 14 sujetos (46.7%), seguido de psicofármacos, 11 casos (36.7 %), y de alucinógenos 5 (16.6%) (TABLA B-101[1]).

Comprobamos con relación al cánnabis, que son menos los individuos que estaban **consumiendo cocaina hasta el momento del tratamiento** al que estaban sometidos: 28 individuos (35 %) de los seronegativos y 17 (35.4 %) de los seropositivos (TABLA B-102).

La **via de consumo de cocaina** empleada por los pacientes para el total de A.D.V.P., es la intravenosa, como se manifiesta en 43 pacientes (75.4%) de los seronegativos y en 16 (72.7%), de los seropositivos (TABLA B-105[1]).

TABLA B-92 Ac. VIH/EDAD EN QUE COMENZO A FUMAR TABACO

	n	x̄	s
VIH-	72	12.514	3.176
VIH+	38	12.553	2.984

N.S.

TABLA B-94 Ac. VIH/EDAD EN QUE COMENZO A BEBER ALCOHOL

	n	x̄	s
VIH-	73	14.329	3.536
VIH+	40	13.250	2.537

(STUDENT) N.S.

TABLA B-93 Ac. VIH/BEBE ALCOHOL

VIH	BEBE ALCOHOL		
	SI	No	TOTAL
VIH-	36 70.5%	15 29.4%	51 100%
VIH+	16 72.8%	6 27.2%	22 100%

N.S.

TABLA B-96 Ac. VIH/BEBIA ALCOHOL EN EXCESO ANTES DEL TRATAMIENTO

VIH	BEBIA ALCOHOL EN EXCESO ANTES DEL TRATAMIENTO		
	SI	NO	TOTAL
VIH-	4 5.8%	65 94.2%	69 100%
VIH+	3 9.3%	29 90.7%	32 100%

(FISHER) N.S.

TABLA B-97 Ac. VIH/CONSUMIA CANNABIS ANTES DEL TRATAMIENTO

VIH	CONSUMIA CANNABIS ANTES DEL TRATAMIENTO		
	SI	NO	TOTAL
VIH-	36 44.4%	45 55.6%	81 100%
VIH+	23 52.3%	21 47.7%	44 100%

N.S.

TABLA B-99 Ac. VIH/TIEMPO MAXIMO CONSUMIENDO CANNABIS

VIH	TIEMPO MAXIMO CONSUMIENDO CANNABIS											
	Un año	Dos años	Tres años	Cuatro años	Cinco años	Seis años	Siete años	Ocho años	Nueve años	Diez años	Más de diez años	TOTAL
VIH-	2 2.70%	2 2.70%	3 4.10%	3 4%	12% 15.80%	7 9.21%	7 9.21%	4 5.26%	9 11.90%	10 13.15%	17 23.36%	76 100%
VIH+	0 --%	2 4.34%	1 2.17%	3 6.52%	3 6.52%	3 6.52%	3 6.52%	3 6.52%	4 8.71%	8 17.39%	16 34.80%	46 100%

(WILCOXON) N.S.

TABLA B-103 Ac. VIH/EDAD EN QUE COMENZO CONSUMO DE COCAINA

	n	x	s
VIH-	60	20.833	4.518
VIH+	26	19.923	4.553

N.S.

TABLA B-104 Ac. VIH/TIEMPO MAXIMO CONSUMIENDO COCAINA

VIH	TIEMPO MAXIMO CONSUMIENDO COCAINA											
	Un año	Dos años	Tres años	Cuatro años	Cinco años	Seis años	Siete años	Ocho años	Nueve años	Diez años	Más de diez años	TOTAL
VIH-	13 22.03%	8 13.55 %	6 10.16 %	2 3.38%	1 1.70%	6 10.16%	1 1.70%	0 --%	21 35.60%	0 --%	1 1.70%	59 100%
VIH+	4 16.70%	1 4.16%	2 8.33%	0 --%	2 8.33%	1 4.16%	3 12.5%	0 --%	8 33.33%	0 --%	3 12.5%	24 100%

(WILCOXON)

N.S.

TABLA B-100 Ac. VIH/PROBO DROGAS ANTERIORES A HEROINA Y COCAINA (EXCLUYENDO TABACO, ALCOHOL, CANNABIS)

VIH	PROBO DROGAS ANTERIORES A HEROINA Y COCAINA (EXCLUYENDO TABACO, ALCOHOL CANNABIS)		
	SI	NO	TOTAL
VIH-	53 63.9%	30 36.1%	83 100%
VIH+	31 64.6%	17 35.4%	48 100%

N.S.

TABLA B-101 Ac.VIH/TIPO DE DROGAS PREVIAS A HEROINA Y COCAINA (EXCLUYENDO TABACO, ALCOHOL, CANNABIS)

VIH	TIPO DE DROGAS PREVIAS A HEROINA Y COCAINA (EXCLUYENDO TABACO, ALCOHOL, CANNABIS)				
	Alucinógeno	Deriv. opiác.	Psicofármac	Varias anter.	TOTAL
VIH-	8 14%	2 3.5%	29 50.9%	18 31.5%	57 100%
VIH+	5 16.7%	0 --%	11 36.6%	14 46.6%	30 100%

TABLA B-101[1] Ac. VIH/TIPO DE DROGAS PREVIAS A HEROINA Y COCAINA (EXCLUYENDO TABACO, ALCOHOL, CANNABIS)

VIH	TIPO DE DROGAS PREVIAS A HEROINA Y COCAINA (EXCLUYENDO TABACO, ALCOHOL, CANNABIS)			
	Alucinóg.	Psicofár.	V.anter.	TOTAL
VIH-	8 14.5%	29 52.7%	18 32.8%	55 100%
VIH+	5 16.6%	11 36.7%	14 46.7%	30 100%

N.S.

TABLA B-102 Ac. VIH/CONSUMIA COCAINA ANTES DEL TRATAMIENTO

VIH	CONSUMIA COCAINA ANTES DEL TRATAMIENTO		
	SI	NO	TOTAL
VIH-	28 35%	52 65%	80 100%
VIH+	17 35.4%	31 64.6%	48 100%

N.S.

TABLA B-105 Ac. VIH/VIA CONSUMO COCAINA

VIH	VIA CONSUMO COCAINA			
	Inhala-toria	Fumada	Intrave-nosa	TOTAL
VIH-	14 24.5%	0 --%	43 75.4%	57 100%
VIH+	5 22.7%	1 4.5%	16 72.8%	22 100%

TABLA B-105[1] Ac. VIH/VIA CONSUMO COCAINA

VIH	VIA CONSUMO COCAINA		
	No intraven.	Intravenosa	TOTAL
VIH-	14 24.5%	43 75.4%	57 100%
VIH+	6 27.2%	16 72.7%	22 100%

N.S.

Los **motivos del paso de la primera droga a heroína** para los seronegativos fueron por este orden: la curiosidad en 24 sujetos (29.6 %), la curiosidad y tener amigos consumidores en 19 (23.5 %) y la evasión de problemas en 12 (14.8 %). Mientras que (con pequeñas diferencias) los seropositivos estiman que las más importantes causas eran: el tener amigos consumidores y la curiosidad en 14 sujetos (28.6 %), seguido de tener amigos consumidores 13 (26.5%); y en tercer lugar tanto la curiosidad como la evasión de problemas en 8 (16.3%) (TABLA B-109).

Casi todos los A.D.V.P. coinciden en la vía intravenosa como **vía de administracion al inicio del consumo de heroina** (TABLA B-111[1]). Así se demuestra en 59 casos (71%) de los seronegativos y 36 (76.6 %) de los seropositivos.

Respecto a la **frecuencia del consumo/dia de heroína** se puso de manifiesto que los A.D.V.P., tanto seronegativos como seropositivos, consumian un promedio de dos veces/dia: x=2.51 para los seronegativos y x= 2.90 para los seronegativos (TABLA B-112).

Afortunadamente, gran parte de los consumidores de heroína **desean pedir ayuda para el tratamiento de su adicción** concretamente 79 individuos (95.2 %) de los seronegativos y 48 (98 %) de los seropositivos (TABLA B-119). Gran parte de los A.D.V.P. se sienten **incapaces de poner fin a la drogadicción por sí mismos**. Esto se manifiesta tanto en 71 sujetos (86.6%) de los seronegtivos como en 38 (82.6%) de los seropositivos (TABLA B-121).

Si recordamos (TABLA B-120) se observaba que los sujetos seropositivos demandaron tratamiento para su drogadicción en mayor proporción que los seronegativos. No obstante, el número de tratamientos previos al actual para la adicción, fue similar para ambos grupos de adictos (x=1.72 en los seronegativos y x=2.22 en los seropositivos) (TABLA B-122).

Son numerosos los A.D.V.P. que consideran la primera experiencia con la heroína como agradable al igual que para el cánnabis. Fue así para 54 sujetos (72%) y 29 (78.3%) de los pacientes seronegativos y seropositivos respectivamente. Sin embargo, 21 casos (28%) de los seronegativos y 8 (21.6%) de los seropositivos piensan que la primera experiencia con ese tóxico fue desagradable (TABLA B-115[1]).

Los tipos de drogas consumidas previas al actual tratamiento para seronegativos y seropositivos fueron en orden decreciente: heroína; heroína y cocaína; y, heroína a la vez que cánnabis (TABLA B-116).

De los A.D.V.P. que llevaron a cabo alguna desintoxicación previa a la actual, entre los seronegativos se habituaron a otra droga 22 (44%) y 15 (36.5%) de los seropositivos (TABLA B-124). Esta droga sustituta fue para los seronegativos el alcohol en 8 casos (36.36%), y en la misma proporción, los psicofármacos y el cánnabis en 4 (18.18%); para los seropositivos fue el alcohol en 4 (26.66%), y el alcohol y psicofármacos en 3 (20%).

Así mismo, el tiempo maximo que tras una desintoxicación lograron

estar sin consumir heroína fueron, en mayor proporción, unos meses: 27 seronegativos (65.58%) y 20 seropositivos (58.90%), (TABLA B-123).

Los A.D.V.P. sufrieron algún **episodio de sobredosis** a lo largo de su drogadicción, en 32 casos (39 %) de los seronegativos y en 25 (51 %) de los seropositivos (TABLA B-126).

Recordemos que en la (TABLA B-127) se observa la mayor proporción de A.D.V.P. seropositivos que habian sufrido **síndromes de abstinencia**. En cambio, las **causas** de dichos síndromes fueron proporcionalmente similares entre los seronegativos y seropositivos. Así fueron de algún modo voluntarios (como consecuencia de intentar abandonar las drogas), involuntarios (por tener la dosis), o bien, por ambas causas (unas veces por abandonar la adicción y otras por no tener la dosis), TABLA B-128).

Para finalizar, observamos que la mayoria de los familiares de los A.D.V.P. (71.4% de los seronegativos y 72.5% de los seropositivos) conocían los problemas con la justicia de sus hijos (TABLA B-131). Además predomina una actitud comprensiva por parte de la familia hacia sus hijos (63.88% de los seronegativos y 62.06% de los seropositivos).

TABLA B-109 Ac. VIH/RAZON DEL PASO DE PRIMERA DROGA A HEROINA

VIH	RAZON DEL PASO DE PRIMERA DROGA A HEROINA									
	Curiosidad	Tener amigos consum.	Tener esposo consum.	Farmaco depen.y restricción farmac.	Curiosidad y amigos consumidores	Ansiedad	Evasión de problemas	Imitar a mayores	Afrodisiaco	TOTAL
VIH-	24 29.6%	16 19.8%	2 2.5%	3 3.7%	19 23.5%	2 2.5%	12 14.8%	2 2.5%	1 1.2%	81 100%
VIH+	8 16.3%	13 26.5%	4 8.2%	1 2%	14 28.6%	1 2%	8 16.3%	0 --%	0 --%	49 100%

TABLA B-111 Ac. VIH/VIA DE ADMINISTRACION AL INICIO DEL CONSUMO DE HEROINA

VIH	VIA DE ADMINISTRACION AL INICIO DEL CONSUMO DE HEROINA			
	Inhala-tor.	Fumada	Intraven.	TOTAL
VIH-	22 26.5%	2 2.4%	59 71.1%	83 100%
VIH+	9 19.1%	2 4.3%	36 76.6%	47 100%

TABLA B-111[1] Ac. VIH/VIA DE ADMINISTRACION AL INICIO DEL CONSUMO DE HEROINA

VIH	VIA DE ADMINISTRACION AL INICIO DEL CONSUMO DE HEROINA		
	No intraven.	Intravenosa	TOTAL
VIH-	24 29%	59 71.0%	83 100%
VIH+	11 23.4%	36 76.6%	47 100%

N.S.

TABLA B-112 Ac. VIH/FRECUENCIA DEL CONSUMO DE HEROINA

	n	$\bar{x}$	s
VIH-	58	2.517	1.158
VIH+	30	2.900	1.155

(WILCOXON) N.S.

TABLA B-119 Ac. VIH/DESEA PEDIR AYUDA

VIH	DESEA PEDIR AYUDA		
	SI	NO	TOTAL
VIH-	79 95.2%	4 4.8%	83 100%
VIH+	48 98%	1 2%	49 100%

(FISHER) N.S.

TABLA B-121 Ac. VIH/PIENSA ABANDONAR SOLO SU DEPENDENCIA

VIH	PIENSA ABANDONAR SOLO SU DEPENDENCIA		
	SI	NO	TOTAL
VIH-	11 13.4%	71 86.6%	82 100%
VIH+	8 17.4%	38 82.6%	46 100%

TABLA B-122 Ac. VIH/Nº DE DESINTOXICACIONES ANTERIORES

	n	x	s
VIH-	54	1.722	1.172
VIH+	41	2.220	1.370

(WILCOXON) N.S.

TABLA B-115 Ac. VIH/PRIMERA EXPERIENCIA CON HEROINA

VIH	PRIMERA EXPERIENCIA CON HEROINA			
	Agradable	Desagrad.	Nula	TOTAL
VIH-	54 67.5%	21 26.3%	5 6.2%	80 100%
VIH+	29 69%	8 19%	5 11.9%	42 100%

TABLA B-115[1] Ac. VIH/PRIMERA EXPERIENCIA CON HEROINA

VIH	PRIMERA EXPERIENCIA CON HEROINA		
	Agradable	Desagradable	TOTAL
VIH-	54 72%	21 28%	75 100%
VIH+	29 78.3%	8 21.6%	37 100%

N.S.

2

TABLA B-116 Ac. VIH/TIPOS DE DROGAS CONSUMIDAS AL MISMO TIEMPO PREVIAS AL TRATAMIENTO

VIH	TIPOS DE DROGAS CONSUMIDAS AL MISMO TIEMPO PREVIAS AL TRATAMIENTO								
	Heroína	Heroína y cocaína	Heroína cocaína y cánnab.	Heroína y cánnab.	Buprex y heroína	Heroína psicof. y cánnab.	Cocaína heroína psicof. cánnab.	Heroína y Alcohol	TOTAL
VIH-	32 39.5%	20 24.7%	7 8.6%	14 17.3%	2 2.5%	3 3.7%	2 2.5%	1 1.2%	81 100%
VIH+	13 26.5%	9 18.4%	5 10.2%	11 22.4%	6 12.2%	3 6.1%	2 4.1%	0 --%	49 100%

TABLA B-124 Ac. VIH/EN CASO DE DESINTOXICACION ANTERIOR SE HABITUO A OTRA DROGA

VIH	EN CASO DE DESINTOXICACION ANTERIOR SE HABITUO A OTRA DROGA		
	SI	No	TOTAL
VIH-	22 44%	28 56%	50 100%
VIH+	15 36.5%	26 63.4%	41 100%

N.S.

TABLA B-125 Ac. VIH/SI TRAS DESINTOXICACION SE HABITUO A OTRA DROGA: TIPO

VIH	SI TRAS DESINTOXICACION SE HABITUO A OTRA DROGA: TIPO							
	Alcohol	Psico-fármacos	Cánnabis	Buprex	Alcohol y cánnabis	Alcohol y psico-fármacos	Alcohol, psico-fármacos y cánnabis	TOTAL
VIH-	8 36.36%	4 18.18%	4 18.18%	2 9.09%	2 9.09%	1 4.54%	1 4.54%	22 100%
VIH+	4 26.66%	2 13.33%	0 --%	2 13.33%	2 13.33%	3 20%	2 13.33%	15 100%

TABLA B-123 Ac. VIH/ TIEMPO MAXIMO SIN CONSUMO DESPUES DE UNA DESINTOXICACION TERAPEUTICA

VIH	TIEMPO MAXIMO SIN CONSUMO DESPUES DE UNA DESINTOXICACION TERAPEUTICA					
	Dias	Semanas	Meses	Un año	Más de un año	TOTAL
VIH-	4 9.75%	3 7.31%	27 65.58%	2 4.90%	8 12.19%	41 100%
VIH+	3 8.90%	3 8.90%	20 58.90%	5 14.70%	3 8.90%	34 100%

(WILCOXON) N.S.

TABLA B-126 Ac. VIH/EPISODIOS DE SOBREDOSIS

VIH	EPISODIOS DE SOBREDOSIS		
	Sí	No	TOTAL
VIH-	32 39%	50 61%	82 100%
VIH+	25 51%	24 49%	49 100%

N.S.

TABLA B-128 Ac. VIH/SI SINDROMES DE ABSTINENCIA: MOTIVOS

VIH	SI SINDROMES DE ABSTINENCIA: MOTIVOS			
	Volun-tario	Involun-tario	Ambos	TOTAL
VIH-	17 25.3%	25 37.3%	25 37.3%	67 100%
VIH+	12 29.2%	13 31.7%	16 39%	41 100%

N.S.

TABLA B-131 Ac. VIH/SU FAMILIA CONOCE SUS PROBLEMAS LEGALES:

VIH	SU FAMILIA CONOCE SUS PROBLEMAS LEGALES		
	SI	NO	TOTAL
VIH-	35 71.4%	14 28.5%	49 100%
VIH+	29 72.54%	11 27.5%	40 100%

N.S.

TABLA B-132 Ac.VIH/EN OCASIONES DE PROBLEMAS DE JUSTICIA: FAMILIA

VIH	EN OCASIONES DE PROBLEMAS DE JUSTICIA: FAMILIA			
	Indiferente	Hostil	Comprensiva	TOTAL
VIH-	2 5.55%	11 30.55%	23 63.88%	36 100%
VIH+	5 17.24%	6 20.68%	18 62.06%	29 100%

N.S.

Nuestra segunda población, subpoblación de la primera, asciende a 130 sujetos A.D.V.P.:

- 73 seronegativos frente al V.I.H.
- 57 seropositivos frente al V.H.I. (asintomáticos).

Fueron estudiados a través de:

- Escala de acontecimientos vitales de Paykel
- Cuestionario de ansiedad, depresión y vulnerabilidad de Hassanyeh
- Mini-examen cognoscitivo y,
- Psicodiagnóstico de Rorschach.

Exponemos los resultados obtenidos a través del test de Chi^2, Student, Wilcoxon y Fisher, en las tablas C, D, E y F.

IV. B.- ESCALA DE ACONTECIMIENTOS VITALES DE PAYKEL.

Los items que aluden a los acontecimientos vitales tales como: Compromiso matrimonial, Pérdida de la categoría laboral o profesional, Cambios en los estudios, Un hijo se va a casar, Ascenso profesional, Despido, Dejar la escuela, Nacimiento de un hijo, Divorcio y Aborto, sólo aparecieron en uno o dos sujetos de entre los A.D.V.P.

Además los items referentes a: Matrimonio, Matrimonio de un hijo, Hijo llamado a filas, Fracaso en los negocios, Embarazo de la esposa y Jubilación, no aparecieron en ningún caso en los individuos por nosotros estudiados.

En ambas circunstancias, por los motivos expuestos, no se llegó a realizar la comparación estadística entre los A.D.V.P. seropositivos y seronegativos, ni aparecen en las tablas siguientes.

Así pués, comenzamos a comentar el resto de las variables.

Hemos encontrado diferencias significativas en el número total de acontecimientos vitales entre ambos subgrupos ($P<0.05$), siendo $x=6.20$ para los seropositivos y $x=5.26$ para los seronegativos (TABLA B-25).

Hemos encontrado diferencias estadísticas significativas en la variable **"cambio de domicilio"** entre ambos subgrupos, (X exp = 5.77 y $P < 0.02$). Son los A.D.V.P. seropositivos quienes en mayor proporción han **cambiado de domicilio** en el último año, concretamente en 33 casos

(61.1 %) en contraste con 28 casos (39.4 %) de entre los seronegativos (TABLA C-9).

Además se halló significación en cuanto a si habían padecido ellos mismos una **enfermedad grave**, (X exp = 4.14 y una P < 0.05) (TABLA C-5). Fueron los adictos a heroína seropositivos quienes padecieron una **enfermedad grave** en mayor porcentaje que los seronegativos [(23 sujetos (42.6%) frente a 18 (25.4 %) respectivamente].

Se obtuvo tendencia a significación en tres items:

- El primero de ellos (TABLA C-8) alude a si algún **miembro de la familia deja el hogar**, donde vemos que 17 sujetos (31.5%) de los seropositivos predominan sobre 12 (16.9%) de los seronegativos.

- El segundo, (TABLA C-11), nos informa de si nuestros pacientes contaron en el último año con **problemas económicos serios**, en donde se nos manifiesta que los A.D.V.P. seropositivos en número de 34 (63%) destacan frente a 33 (46.5%) de los seronegativos.

- Y el tercer item, (TABLA C-17) nos informa que 9 sujetos (16.7%) de los seronegativos, han estado en el último año **encarcelados**, frente a 4 (5.6%) de los seropositivos.

No encontramos diferencias estadísticas significativas en ningún otro caso. A partir de ahora nos detenemos en los resultados

descriptivos.

En la variable **incremento en las discusiones conyugales** (TABLA C-1), los A.D.V.P. dicen haber tenido problemas con sus parejas en el último año, en 39 casos (54.9 %) de entre los seronegativos y en 24 (44.4 %) de entre los seropositivos. A la vez hubo 32 casos (45.1 %) de los seronegativos, y 25 (46.3 %) de los seropositivos que sufrieron una **separacion conyugal** en el último año (TABLA C-2).

En lo referente al campo laboral, **comenzaron un nuevo trabajo** (TABLA C-3), 31 (43.7 %) de los A.D.V.P. seronegativos y 31 (57.4 %) de los seropositivos. Además las **condiciones de trabajo cambiaron** (TABLA C-4) para 28 (39.4 %) de los adictos seronegativos y para 30 (55.6 %) de los seropositivos, en el último año.

Por otro lado, los seronegativos sufrieron en 22 casos (31 %) la **muerte de un familiar proximo** frente a 10 (18.5 %) de los seropositivos (TABLA C-6). Además, los seronegativos en 18 casos (25.4 %) afirmaron que algún miembro de su **familia padeció una enfermedad grave** al igual que 12 (22.2 %) de los seropositivos (TABLA C-7).

Nueve o el (16.7 %) de los pacientes seropositivos se han encontrado con que en los últimos doce meses **una persona nueva vivía en casa** y 7 (9.9 %) de los seronegativos (TABLA C-10).

Fueron muy pocas las enfermas que se quedaron **embarazadas** en el último año, concretamente 6 mujeres (8.5 %) de las seronegativas y 3 (5.6 %) de las seropositivas (TABLA C-12). Incluso 7 (9.9 %) y 3 (5.6

Z) tuvieron un hijo (TABLA C-15), de las seronegativas y seropositivas, respectivamente.

Todo lo contrario ocurre en la alarmante situación de paro laboral en la que se encuentran la mayoría de los pacientes 43 casos (60.6 Z) seronegativos y 36 (66.7 Z) seropositivos (TABLA C-13).

Del mismo modo, gran proporción de la muestra ha tenido problemas menores con la ley (TABLA C-14): 26 individuos (36.6 Z) de los seronegativos, y 21 (38.9 Z) de los seropositivos. Algo menor es el porcentaje de individuos que han llegado a estar procesados: 9 (16.7 Z) de entre los seropositivos y 10 (14.1 Z) de entre los seronegativos (TABLA C-16).

Una vez finalizada, esta forma de evaluar la escala de Paykel recordemos, que en el método se explicó otra manera de realizarla. Asi, agrupando los items afines a una misma área quedaria:

- Empleo: x=1.47 en seronegativos; 1.18 en seropositivos.
- Familia: x=0.28 en seronegativos; 0.48 en seropositivos.
- Matrimonio: x=1 en seronegativos; 0.92 en seropositivos.
- Salud: x=0.69 en seronegativos; 0.77 en seropositivos.
- Legal: x=0.56 en seronegativos; 0.82 en seropositivos.
- Exi: x=0.94 en seronegativos; 0.89 en seropositivos.
- Indeseables: x=1.25 en seronegativos; 1.29 en seropositivos.

Como se vé, no se ponen de manifiesto diferencias importante al evaluar los acontecimientos vitales desde este punto de vista.

4.B. ESCALA DE ACONTECIMIENTOS VITALES DE PAYKEL

TABLA C-9 Ac. VIH/CAMBIO DE DOMICILIO

	CAMBIO DE DOMICILIO		
	Sí	No	Total
VIH-	28 39.4%	43 60.6%	71 100%
VIH+	33 61.1%	21 38.9%	54 100%

X^2 exp = 5.77 P< 0.02

TABLA C-5 Ac. VIH/ENFERMEDAD PROPIA GRAVE

	ENFERMEDAD PROPIA GRAVE		
	Sí	No	Total
VIH-	18 25.4%	53 74.6%	71 100%
VIH+	23 42.6%	31 57.4%	54 100%

X^2 exp = 4.14 P < 0.05

TABLA C-25 Ac. VIH/AC.PUNTUACION TOTAL

	PUNTUACION TOTAL		
	n	x	s
VIH-	71	5.267	0.936
VIH+	54	6.203	0.860

(WILCOXON) P< 0.05

TABLA C-8 Ac. VIH/UN MIEMBRO DE LA FAMILIA DEJA EL HOGAR

	UN MIEMBRO DE LA FAMILIA DEJA EL HOGAR		
	Sí	No	Total
VIH-	12 16.9%	59 83.1%	71 100%
VIH+	17 31.5%	37 68.5%	54 100%

N.S.

TABLA C-11 Ac. VIH/PROBLEMAS ECONOMICOS SERIOS

	PROBLEMAS ECONOMICOS SERIOS		
	Sí	No	Total
VIH-	33 46.5%	38 53.5%	71 100%
VIH+	34 63%	20 37%	54 100%

N.S.

TABLA C-17 Ac. VIH/ENCARCELAMIENTO

	ENCARCELAMIENTO		
	Sí	No	Total
VIH-	4 5.6%	67 94.4%	71 100%
VIH+	9 16.7%	45 83.3%	54 100%

(FISHER) N.S.

TABLA C-1 Ac. VIH/INCREMENTO EN LAS DISCUSIONES CONYUGALES

	INCREMENTO EN LAS DISCUSIONES CONYUGALES		
	Sí	No	Total
VIH-	39 54.9%	32 45.1%	71 100%
VIH+	24 44.4%	30 55.6%	54 100%

N.S.

TABLA C-2 Ac. VIH/SEPARACION CONYUGAL

	SEPARACION CONYUGAL		
	Sí	No	Total
VIH-	32 45.1%	39 54.9%	71 100%
VIH+	25 46.3%	29 53.7%	54 100%

N.S.

TABLA C-3 Ac. VIH/COMIENZO DE UN TRABAJO DISTINTO

	COMIENZO DE UN TRABAJO DISTINTO		
	Sí	No	Total
VIH-	31 43.7%	40 56.3%	71 100%
VIH+	31 57.4%	23 42.6%	54 100%

N.S.

TABLA C-4 Ac. VIH/CAMBIO EN LAS CONDICIONES DE TRABAJO

	CAMBIO EN LAS CONDICIONES DE TRABAJO		
	Sí	No	Total
VIH-	28 39.4%	43 60.6%	71 100%
VIH+	30 55.6%	24 44.4%	54 100%

N.S.

TABLA C-6 Ac. VIH/MUERTE DE UN FAMILIAR PROXIMO

	MUERTE DE UN FAMILIAR PROXIMO		
	Sí	No	Total
VIH-	22 31%	49 69%	71 100%
VIH+	10 18.5%	44 81.5%	54 100%

N.S.

TABLA C-7 Ac. VIH/ENFERMEDAD GRAVE DE UN FAMILIAR

	ENFERMEDAD GRAVE DE UN FAMILIAR		
	Sí	No	Total
VIH-	18 25.4%	53 74.6%	71 100%
VIH+	12 22.2%	42 77.8%	54 100%

N.S.

TABLA C-10 Ac. VIH/UNA PERSONA NUEVA VIVE EN CASA

	UNA PERSONA NUEVA VIVE EN CASA		
	Sí	No	Total
VIH-	7 9.9%	64 90.1%	71 100%
VIH+	9 16.7%	45 83.3%	54 100%

N.S.

TABLA C-12 Ac. VIH/EMBARAZO

	EMBARAZO		
	Sí	No	Total
VIH-	6 8.5%	65 91.5%	71 100%
VIH+	3 5.6%	51 94.4%	54 100%

N.S.

TABLA C-15 Ac. VIH/TENER UN HIJO

	TENER UN HIJO		
	Sí	No	Total
VIH-	7 9.9%	64 90.1%	71 100%
VIH+	3 5.6%	51 94.4%	54 100%

(FISHER) N.S.

TABLA C-13 Ac. VIH/PARO LABORAL

	PARO LABORAL		
	Sí	No	Total
VIH-	43 60.6%	28 39.4%	71 100%
VIH+	36 66.7%	18 33.3%	54 100%

N.S.

TABLA C-14 Ac. VIH/PROBLEMAS MENORES CON LA LEY

	PROBLEMAS MENORES CON LA LEY		
	Sí	No	Total
VIH-	26 36.6%	45 63.4%	71 100%
VIH+	21 38.9%	33 61.1%	54 100%

N.S.

TABLA C-16 Ac. VIH/PROCESAMIENTO

	PROCESAMIENTO		
	Sí	No	Total
VIH-	10 14.1%	61 85.9%	71 100%
VIH+	9 16.7%	45 83.3%	54 100%

N.S.

TABLA C-18 Ac. VIH/EMPLEO

	EMPLEO		
	n	x	s
VIH-	71	1.478	1.833
VIH+	54	1.181	1.111

(WILCOXON) N.S.

TABLA C-19 Ac. VIH/FAMILIA

	FAMILIA		
	n	x	s
VIH-	71	0.281	5.122
VIH+	54	0.481	0.665

(WILCOXON) N.S.

TABLA C-20 Ac. VIH/MATRIMONIO

	MATRIMONIO		
	n	x	s
VIH-	71	1	0.828
VIH+	54	0.925	0.948

(WILCOXON) N.S.

TABLA C-21 Ac. VIH/SALUD

	SALUD		
	n	x	s
VIH-	71	0.690	0.803
VIH+	54	0.777	0.743

(WILCOXON) N.S.

TABLA C-22 Ac. VIH/LEGAL

	LEGAL		
	n	x	s
VIH-	71	0.563	0.722
VIH+	54	0.823	1.035

(WILCOXON) N.S.

TABLA C-23 Ac. VIH/EXITS

	EXITS		
	n	x	s
VIH-	71	0.943	0.981
VIH+	54	0.892	0.921

(WILCOXON) N.S.

TABLA C-24 Ac. VIH/AC.VITALES INDESEABLES

	INDESEABLES		
	n	x	s
VIH-	71	1.253	0.936
VIH+	54	1.296	0.860

(WILCOXON) N.S.

IV. C.- CUESTIONARIO DE ANSIEDAD, DEPRESION Y VULNERABILIDAD DE HASSANYEH.

Se obtuvieron, tanto para seronegativos como seropositivos asintomáticos los siguientes resultados:

-en **ansiedad** una puntuación media de 5.5

-en **depresión** una puntuación media de 14 y,

-en **vulnerabilidad** una puntuación media de 9.8.

No se mostraron diferencias estadísticas significativas entre ambas subpoblaciones (TABLA D-1,2,3).

La puntuacione de ansiedad, depresión y vulnerabilidad estaban dentro de la normalidad.

4.C. CUESTIONARIO DE ANSIEDAD, DEPRESION Y VULNERABILIDAD DE HASSANJEAH

TABLA D-1 Ac. VIH/ANSIEDAD

	ANSIEDAD		
	n	x	s
VIH-	69	6.014	3.852
VIH+	56	5.892	4.258

(WILCOXON) N.S.

TABLA D-2 Ac. VIH/DEPRESION

	DEPRESION		
	n	x	s
VIH-	69	13.913	7.289
VIH+	56	14.339	8.906

(WILCOXON) N.S.

TABLA D-3 Ac. VIH/VULNERABILIDAD

	VULNERABILIDAD		
	n	x	s
VIH-	69	9.652	3.681
VIH+	56	9.767	3.677

(WILCOXON) N.S.

IV. D.- MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO

Según la TABLA E-1, en **orientación** se observó una x = 9.71 para los seronegativos y una x = 9.84 para los seropositivos asintomáticos (recordamos que la puntuación máxima posible es de 10).

Atendiendo a la **fijación** se observó una x = 3 para los seronegativos y una x = 2.98 para los seropositivos, (TABLA E-2).

La TABLA E-3, que nos informa de la capacidad de **concentración y cálculo**, pone de manifiesto que alcanzaron una x = 6.90 los seronegativos y una x = 7.14 los seropositivos asintomáticos (la puntuación máxima posible es de 8).

Atendiendo a la **memoria** (TABLA E-4), nos encontramos una x = 2.40 en los A.D.V.P. seronegativos y una x = 2.50 en los A.D.V.P. seropositivos asintomáticos (sin olvidar la puntuación máxima posible de 3).

El **lenguaje y construcción** (TABLA E-5), señala una x= 10.36 en los seronegativos y una x = 10.14 en los seropositivos asintomáticos (la puntuación máxima posible es de 11).

La **puntuación global** del Mini-examen cognoscitivo en los A.D.V.P. seronegativos fue x = 32.49 y x = 32.60 en los A.D.V.P. seropositivos asintomáticos (la puntuación máxima posible es de 35) (TABLA E-6).

Las funciones intelectivas, despues de comparar los A.D.V.P. seronegativos y seropositivos asintomáticos, no mostraron diferencias estadísticas significativas en la puntuación total, ni en cada una de las funciones intelectivas: orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje y construcción.

Las puntuaciones estaban dentro de la normalidad en todas las funciones intelectivas y en la evaluación global.

4.D. MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO

TABLA E-1 Ac. VIH/ORIENTACION

	ORIENTACION		
	n	x	s
VIH-	63	9.714	0.551
VIH+	50	9.840	0.370

(WILCOXON) N.S.

TABLA E-2 Ac. VIH/FIJACION

	FIJACION		
	n	x	s
VIH-	63	3	0
VIH+	50	2.980	0.141

(WILCOXON) N.S.

TABLA E-3 Ac. VIH/CONCENTRACION Y CALCULO

	CONCENTRACION Y CALCULO		
	n	x	s
VIH-	63	6.905	2.030
VIH+	50	7.140	1.714

(WILCOXON) N.S.

TABLA E-4 Ac. VIH/MEMORIA

	MEMORIA		
	n	x	s
VIH-	63	2.397	0.814
VIH+	50	2.500	0.707

(WILCOXON) N.S.

TABLA E-5 Ac. VIH/LENGUAJE Y CONSTRUCCION

	LENGUAJE Y CONSTRUCCION		
	n	$\bar{x}$	s
VIH-	63	10.365	0.809
VIH+	50	10.142	0.912

(WILCOXON) N.S.

TABLA E-6 Ac. VIH/PUNTUACION TOTAL

	PUNTUACION TOTAL		
	n	$\bar{x}$	s
VIH-	63	32.492	2.602
VIH+	50	32.600	2.157

(WILCOXON) N.S.

IV. E. PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH.

1. Significaciones

Después de comparar los A.D.V.P. seronegativos y seropositivos asintomáticos se observaron diferencias significativas en determinadas variables.

En primer lugar, se alcanzo significación en el **porcentaje de formas bien vistas (F+%)** ($P<0.05$). El desequilibrio está a favor de los seronegativos que dieron mayor porcentaje de respuestas de forma bien vistas ($x=75.551$) frente a $x=69.019$ de los seropositivos asintomáticos (TABLA F-38).

En segundo lugar, resultó significativa la **sucesión ordenada** (X exp=5.137 y $P<0.025$). Son los A.D.V.P. seronegativos quienes más siguieron una sucesión ordenada en las respuestas ante las láminas, 39 individuos (56.5%) en contraste con 19 (35.8%) de los seropositivos. (TABLA F-47).

En tercer lugar, se halló diferencia significativa ($P<0.01$) entre ambos grupos de A.D.V.P., respecto al **porcentaje de respuestas originales (O%)**. De modo que se alcanzó un 10.18% en el O% para los seropositivos y un 5.04% para los seronegativos. Esto señala a los seropositivos como portadores de mayor proporción de respuestas originales, en este caso, de mala calidad (TABLA F-41).

En cuarto lugar, **respecto a la sucesión ausente** se detectó diferencia significativa (X exp=6.48 y P<0.02) entre los A.D.V.P. de ambas poblaciones. Tal es así, que se manifestó en el 32.1% de los individuos seropositivos y en el 13% de los seronegativos. Esto nos informa del predomino de este tipo de sucesión en los seropositivos (TABLA F-51).

IV.E. PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH

1. Significaciones

TABLA F-38 Ac. VIH/F+ %

	F+ %		
	n	x	s
VIH-	69	75.551	15.901
VIH+	53	69.019	15.806

(WILCOXON) P< 0.05

TABLA F-47 Ac. VIH/SUCESION ORDENADA

	SUCESION ORDENADA		
	Sí	No	Total
VIH-	39 56.5%	30 43.5%	69 100%
VIH+	19 35.8%	34 64.2%	53 100%

X^2 exp = 5.137 P< 0.025

TABLA F-41 Ac. VIH/O %

	O %		
	n	x	s
VIH-	69	5.043	8.888
VIH+	53	10.182	15.872

(WILCOXON) P < 0.01

TABLA F-51 Ac. VIH/SUCESION AUSENTE

	SUCESION AUSENTE		
	Sí	No	Total
VIH-	9 13%	60 97%	69 100%
VIH+	17 32.1%	36 67.9%	53 100%

X^2 exp = 6.48 P< 0.02

A partir de aqui nos referimos al conjunto de sujetos A.D.V.P. ya que no hubo direrencias significativas estadisticas entre los seropositivos y seronegativos. Para una mejor comprensión hemos clasificado los resultados:

2. Caracteristicas generales.

El tiempo utilizado en la realización del test fué de 11 minutos como media tanto para los seronegativos como para los seropositivos (TABLA F-1)

La media del **nº de respuestas** de cada protocolo fue de 17.78 respuestas en los seronegativos y de 18.65 en los seropositivos (TABLA F-2).

2. Caracteristicas generales

TABLA F-1 Ac. VIH/TIEMPO TOTAL

	TIEMPO TOTAL		
	n	x	s
VIH-	69	11.029	7.192
VIH+	53	11.434	10.452

(WILCOXON) N.S.

TABLA F-2 Ac. VIH/Nº DE RESPUESTAS

	Nº DE RESPUESTAS		
	n	x	s
VIH-	69	17.521	9.041
VIH+	53	18.471	11.069

(WILCOXON) N.S.

3. Elementos de la apercepción.

Atendiendo al ***modo de apercepción*** predominan las respuestas D y G. Así, la media de respuestas D fue de 8 por protocolo, tanto en los seronegativos como en seropositivos. La me : de respuestas G era de 7.23 por protocolo para los seronegativos y de 7.54 para los seropositivos.

No alcanzaron la media de una respuesta por protocolo: las repuestas **DG, Dd, (exeptuando los individuos seropositivos (x=1.67), Do, DZW, DdD, DdG,DZWG** (TABLA F-5 a 11) en ambos submuestras.

3. Elementos de la apercepción

TABLA F-3 Ac. VIH/Nº DE RESPUESTAS G

	Nº DE RESPUESTAS G		
	n	x	s
VIH-	69	7.231	3.457
VIH+	53	7.547	3.104

(WILCOXON) N.S.

TABLA F-4 Ac. VIH/Nº DE RESPUESTAS D

	Nº DE RESPUESTAS D		
	n	x	s
VIH-	69	8.313	6.344
VIH+	53	8.169	6.933

(WILCOXON) N.S.

TABLA F-5 Ac. VIH/Nº DE RESPUESTAS DG

	Nº DE RESPUESTAS DG		
	n	x	s
VIH-	69	0.174	0.419
VIH+	53	0.283	C.568

(WILCOXON) N.S.

TABLA F-6 Ac. VIH/Nº DE RESPUESTAS Dd

	Nº DE RESPUESTAS Dd		
	n	x	s
VIH-	69	0.869	1.962
VIH+	53	1.679	3.309

(WILCOXON) N.S.

TABLA F-7 Ac. VIH/Nº DE RESPUESTAS Do

	Nº DE RESPUESTAS Do		
	n	x	s
VIH-	69	0.029	0.169
VIH+	53	0	0

(WILCOXON) N.S.

TABLA F-8 Ac. VIH/Nº DE RESPUESTAS Dzw

	Nº DE RESPUESTAS Dzw		
	n	x	s
VIH-	69	0.318	0.738
VIH+	53	0.453	1.010

(WILCOXON) N.S.

TABLA F-9 Ac. VIH/Nº DE RESPUESTAS DdD

	Nº DE RESPUESTAS DdD		
	n	x	s
VIH-	69	0.014	0.120
VIH+	53	0.038	0.192

(WILCOXON) N.S.

TABLA F-10 Ac. VIH/Nº DE RESPUESTAS DdG

	Nº DE RESPUESTAS DdG		
	n	x	s
VIH-	69	0.029	0.169
VIH+	53	0.076	0.267

(WILCOXON) N.S.

TABLA F-11 Ac. VIH/Nº DE RESPUESTAS DzwG

	Nº DE RESPUESTAS DzwG		
	n	x	s
VIH-	69	0.333	0.657
VIH+	53	0.245	0.551

(WILCOXON) N.S.

4. Determinantes.

Al detenernos en los ***determinantes*** se pone de manifiesto la forma **(F)** como principal elemento que provocó la respuesta ante las manchas en los A.D.V.P. (x=11.92 repuestas de forma en seronegativos y x=13 en seropositivos) (TABLA F-12). Le sigue en frecuencia, aunque muy lejos de la media anterior, las respuestas de movimiento **(B)**. La media fue una repuesta B por protocolo, para ambas poblaciones (TABLA F-13).

La misma media (x=1) se obtuvo para el total de A.D.V.P. en los determinantes Forma-Color **(FFb)** y el Color-Forma **(FbF)** (TABLA F-14,15).

En cambio, para el resto de los determinantes que podrían haber desencadenado la respuesta ante las manchas: el color puro **(Fb)**, el sombreado o claroscuro **(Hd)**, forma_claroscuro **(FHd)** o bien el claroscuro_forma **(HdF)**, no se alcanzó la media de una respuestas por protocolo (TABLA F-16, F-17, F-18 y F-19 respectivamente).

4. Determinantes

TABLA F-12 Ac. VIH/Nº DE RESPUESTAS F

	Nº DE RESPUESTAS F		
	n	x	s
VIH-	69	11.927	6.871
VIH+	53	13	9.308

(WILCOXON) N.S.

TABLA F-13 Ac. VIH/Nº DE RESPUESTAS B

	Nº DE RESPUESTAS B		
	n	x	s
VIH-	69	1.145	1.192
VIH+	53	1	1.056

(WILCOXON) N.S.

TABLA F-14 Ac. VIH/Nº DE RESPUESTAS FFb

	Nº DE RESPUESTAS FFb		
	n	x	s
VIH-	69	1.130	1.212
VIH+	53	1.264	1.273

(WILCOXON) N.S

TABLA F-15 Ac. VIH/Nº DE RESPUESTAS FbF

	Nº DE RESPUESTAS FbF		
	n	x	s
VIH-	69	1.130	1.212
VIH+	53	1.132	1.127

(WILCOXON) N.S.

TABLA F-16 Ac. VIH/Nº RESPUESTAS Fb

	Nº DE RESPUESTAS Fb		
	n	x	s
VIH-	69	0.449	1.105
VIH+	53	0.340	0.706

(WILCOXON) N.S.

TABLA F-17 Ac. VIH/Nº DE RESPUESTAS Hd

	Nº DE RESPUESTAS Hd		
	n	x	s
VIH-	69	0.159	0.474
VIH+	53	0.170	0.427

(WILCOXON) N.S.

TABLA F-18 Ac. VIH/Nº DE RESPUESTAS FHd

	Nº DE RESPUESTAS FHd		
	n	x	s
VIH-	69	0.986	1.118
VIH+	53	0.962	1.143

(WILCOXON) N.S.

TABLA F-19 Ac. VIH/Nº DE RESPUESTAS HdF

	Nº DE RESPUESTAS HdF		
	n	x	s
VIH-	69	0.290	0.621
VIH+	53	0.434	0.867

(WILCOXON) N.S.

5. Contenido.

Respecto al ***contenido*** destacamos el predominio de respuestas de contenido animal **(T)**, tanto en seronegativos como en seropositivos (TABLA F-22): x=7.536 respuesta T por protocolo en los seronegativos y x=7.849 respuestas T por protocolo en los seropositivos.

Le siguen en frecuencia las respuestas de contenido humano **(M)** (TABLA F-20): una media de 2.231 respuestas M por protocolo para los A.D.V.P. seronegativos y de 2.019 para los seropositivos.

Sin embargo, el resto de respuestas de contenidos tales como: pequeño detalle humano **(Md)**, de pequeño detalle animal **(Td)**, anatomicas **(Anat.)**, de objetos **(Objt.)**, de sangre **(Sangre)**, sexuales; **(Sex)** de plantas **(Pl)**, de pais **(Pais)**, de naturaleza **(Nat.)**, de arquitectura **(Arq)**, de geografia **(Geogr.)**, abstractas **(Abstr.)**, de pintura **(Pintura)** y, finalmente, de **color**, o bien no llegan a alcanzar la media de una respuesta por protocolo, o bien si la alcanzan. Esto se expresa en las TABLAS F-21 a 35.

5. Contenido

TABLA F-20 Ac. VIH/Nº DE RESPUESTAS M

	Nº DE RESPUESTAS M		
	n	x	s
VIH-	69	2.231	1.856
VIH+	53	2.019	1.715

(WILCOXON) N.S.

TABLA F-21 Ac. VIH/Nº DE RESPUESTAS Md

	Nº DE RESPUESTAS Md		
	n	x	s
VIH-	69	0.739	1.738
VIH+	53	1.038	1.569

(WILCOXON) N.S.

TABLA F-22 Ac. VIH/Nº DE RESPUESTAS T

	Nº DE RESPUESTAS T		
	n	x	s
VIH-	69	7.536	3.301
VIH+	53	7.849	4.073

(WILCOXON) N.S.

TABLA F-23 Ac. VIH/Nº DE RESPUESTAS Td

	Nº DE RESPUESTAS Td		
	n	x	s
VIH-	69	1.015	2.139
VIH+	53	1	1.776

(WILCOXON) N.S.

TABLA F-24 Ac. VIH/Nº DE RESPUESTAS Anat.

	Nº DE RESPUESTAS Anat.		
	n	x	s
VIH-	69	1.290	2.115
VIH+	53	1.396	2.041

(WILCOXON) N.S.

TABLA F-25 Ac. VIH/Nº DE RESPUESTAS DE Objt.

	Nº DE RESPUESTAS DE Objt		
	n	x	s
VIH-	69	0.753	1.449
VIH+	53	0.830	1.478

(WILCOXON) N.S

TABLA F-26 Ac. VIH/Nº DE RESPUESTAS DE SANGRE

	Nº DE RESPUESTAS DE SANGRE		
	n	x	s
VIH-	69	0.116	0.404
VIH+	53	0.094	0.450

(WILCOXON) N.S.

TABLA F-27 Ac. VIH/Nº DE RESPUESTAS Sex.

	Nº DE RESPUESTAS Sex.		
	n	x	s
VIH-	69	0.188	0.772
VIH+	53	0.811	3.453

(WILCOXON) N.S.

TABLA F-28 Ac. VIH/Nº DE RESPUESTAS DE Pl.

	Nº DE RESPUESTAS DE Pl.		
	n	x	s
VIH-	69	0.928	1.418
VIH+	53	0.604	1.007

(WILCOXON) N.S.

TABLA F-29 Ac. VIH/Nº DE RESPUESTAS DE PAIS

	Nº DE RESPUESTAS DE PAIS		
	n	x	s
VIH-	69	0.044	0.268
VIH+	53	0.151	0.533

(WILCOXON) N.S.

TABLA F-30 Ac. VIH/Nº DE RESPUESTAS DE Nat.

	Nº DE RESPUESTAS DE Nat.		
	n	x	s
VIH-	69	0.725	1.042
VIH+	53	1.170	1.516

(WILCOXON) N.S.

TABLA F-31 Ac. VIH/Nº DE RESPUESTAS DE Arq.

	Nº DE RESPUESTAS DE Arq		
	n	x	s
VIH-	69	0.029	0.169
VIH+	53	0.019	0.137

(WILCOXON) N.S.

TABLA F-32 Ac. VIH/Nº DE RESPUESTAS Geogr.

	Nº DE RESPUESTAS DE Geogr.		
	n	x	s
VIH-	69	0.159	0.407
VIH+	53	0.226	0.697

(WILCOXON) N.S.

TABLA F-33 Ac. VIH/Nº DE RESPUESTAS Abstr.

	Nº DE RESPUESTAS Abstr.		
	n	x	s
VIH-	69	0.493	0.993
VIH+	53	0.132	0.394

(WILCOXON) N.S.

TABLA F-34 Ac. VIH/Nº DE RESPUESTAS DE PINTURA

	Nº DE RESPUESTAS DE PINTURA		
	n	x	s
VIH-	69	0.188	0.601
VIH+	53	0.151	0.411

(WILCOXON) N.S.

TABLA F-35 Ac. VIH/Nº DE RESPUESTAS DE COLOR

	Nº DE RESPUESTAS DE COLOR		
	n	x	s
VIH-	69	0.159	0.532
VIH+	53	0.170	0.509

(WILCOXON) N.S.

6. Originalidad.

Otro elemento a considerar es la ***originalidad*** de las repuestas.

En el presente trabajo predominan las respuestas **vulgares**, obteniendo 5 respuestas por protocolo como térmico medio, tanto en los seronegativos (x=4.98)como en los seropositivos (x=4.79) (TABLA F-36).

Fue inferior la media de respuestas **originales** por protocolo: x=0.826 en los seronegativos y x=1.170 en los seropositivos (TABLA F-37).

7. Porcentajes y tipos.

Iniciamos los resultados de los ***porcentajes y tipos***:

El porcentaje de respuestas de contenido animal **(T%)** alcanzó una media de 50.36% en los A.D.V.P. seronegativos y una media de 51% en los seropositivos (TABLA F-39).

El porcentaje de respuestas vulgares (V%) es de 31.33 para los seronegativos y de 31.92 para los seropositivos (TABLA F-40).

Predomina el tipo de **apercepción G** (TABLA F-42) ya que optan por la apercepción global 52 individuos (75.4 %) de los seronegativos y 42 (79.2 %) de los seropositivos. Mucho menor fueron los demás tipos de apercepciones: **D, Dd, y DZW**, que se muestra en las tablas F-43,44,45.

Respecto al tipo de **sucesión**, la más frecuente es la **ordenada**,

seguida de la relajada. Los demás tipos apenas aparecen. La **sucesión relajada** apareció en 18 individuos (26.1 %) de los seronegativos y 12 (22.6 %) de los seropositivos (TABLA F-49). La **sucesión desordenada** apareció en 3 sujetos (4.3 %) de los seronegativos y 5 (9.4%) de los seropositivos (TABLA F-48). Sólo presentaron **sucesión rigida** 2 casos (2.9%) de los seronegativos y 1 (1.9%) de los seropositivos (TABLA F-46). No hubo ningún caso de **sucesión invertida** (TABLA F-50).

Los tipos vivenciales que se dan con más frecuencia en este orden son: el tipo vivencial coartativo, el coartado y el extratensivo egocéntrico. Concretamente, detectamos el **tipo vivencial coartativo** en 21 sujetos (30.4 %) seronegativos y en 18 (34 %) seropositivos (TABLA F-53). Le siguio el **tipo vivencial coartado** con 19 sujetos (27.5 %) seronegativos y 16 (30.2 %) seropositivos (TABLA F-52). Por último el **tipo vivencial extratensivo egocentrico:** se puso de manifiesto en 14 heroinómanos seronegativos (20.3 %) y en 12 seropositivos (22.6 %) (TABLA F-58).

En menor proporción se presentó el **tipo vivencial extratensivo:** 7 sujetos (10.1 %) seronegativos y 3 (5.7 %) seropositivos (TABLA F-56). Poco importante fue para los A.D.V.P. el **tipo vivencial ambigual** (TABLA F-54), el **introversivo** (TABLA F-55) y el **tipo introversivo sin extratensión** (TABLA F-57).

En otro capítulo, los A.D.V.P. han presentado, preferentemente, color central y color desviado a la izquierda; y en menor grado, el color estaba ausente o bien desviado a la derecha en las respuestas ante las láminas. Así pues, el **color central** se presentó en 33 casos

(47.8 %) de los seronegativos y en 23 (43.4 %) de los seropositivos (TABLA F-61). El **color desviado a la izquierda** se detectó en 16 casos (23.2 %) de los seronegativos y en 16 (30.2 %) de los seropositivos (TABLA F-60). Mientras que el **color ausente** estuvo en 10 pacientes (14.5 %) de los seronegativos y en 8 (15.1 %) de los seropositivos (TABLA F-59). Y en porcentajes muy bajos se observó el **color desviado a la derecha** tanto para los seronegativos como para los seropositivos (TABLA F-62).

6. Originalidad

TABLA F-36 Ac. VIH/Nº DE RESPUESTAS VULGARES

	Nº. DE RESPUESTAS VULGARES		
	n	x	s
VIH-	69	4.985	2.265
VIH+	53	4.792	1.964

(NICOXON) N.S.

TABLA F-37 Ac. VIH/Nº DE RESPUESTAS Orig.

	Nº DE RESPUESTAS Orig.		
	n	x	s
VIH-	69	0.826	1.283
VIH+	53	1.170	1.105

(WILCOXON) N.S.

7. Porcentajes y tipos

TABLA F-39 Ac. VIH/T %

	T %		
	n	x	s
VIH-	69	50.363	17.656
VIH+	53	51	20.594

(WILCOXON) N.S.

TABLA F-40 Ac. VIH/V %

	V %		
	n	x	s
VIH-	69	31.333	14.650
VIH+	53	31.925	16.453

(WILCOXON) N.S.

TABLA F-42 Ac. VIH/APERCEPCION G

	APERCEPCION G		
	Sí	No	Total
VIH-	52 75.4%	17 24.6%	69 100%
VIH+	42 79.2%	11 20.8%	53 100%

N.S.

TABLA F-43 Ac. VIH/APERCEPCION D

	APERCEPCION D		
	Sí	No	Total
VIH-	5 7.2%	64 92.8%	69 100%
VIH+	2 3.8%	51 96.2%	53 100%

N.S.

TABLA F-44 Ac. VIH/APERCEPCION Dd

	APERCEPCION Dd		
	Sí	No	Total
VIH-	1 1.4%	68 98.6%	69 100%
VIH+	1 1.9%	52 98.1%	53 100%

(FISHER) N.S.

TABLA F-45 Ac. VIH/APERCEPCION Dzw

	APERCEPCION Dzw		
	Sí	No	Total
VIH-	1 1.4%	68 98.6%	69 100%
VIH+	0 --%	53 100%	53 100%

(FISHER) N.S.

TABLA F-46 Ac. VIH/SUCESION RIGIDA

	SUCESION RIGIDA		
	Sí	No	Total
VIH-	2 2.9%	67 97.1%	69 100%
VIH+	1 1.9%	52 98.1%	53 100%

(FISHER) N.S.

\BLA F-48 Ac. VIH/SUCESION DESORDENADA

	SUCESION DESORDENADA		
	Sí	No	Total
VIH-	3 4.3%	66 95.7%	69 100%
VIH+	5 9.4%	48 90.6%	53 100%

(FISHER) N.S.

TABLA F-49 Ac. VIH/SUCESION RELAJADA

	SUCESION RELAJADA		
	Sí	No	Total
VIH-	18 26.1%	51 73.9%	69 100%
VIH+	12 22.6%	41 77.4%	53 100%

N.S.

TABLA F-50 Ac. VIH/SUCESION INVERTIDA

	SUCESION INVERTIDA		
	Sí	No	Total
VIH-	0 --%	69 100%	69 100%
VIH+	0 --%	53 100%	53 100%

N.S.

TABLA F-52 Ac. VIH/TIPO VIVENCIAL COARTADO

	TIPO VIVENCIAL COARTADO		
	Sí	No	Total
VIH-	19 27.5%	50 72.5%	69 100%
VIH+	16 30.2%	37 69.8%	53 100%

N.S.

TABLA F-53 Ac. VIH/TIPO VIVENCIAL COARTATIVO

	TIPO VIVENCIAL COARTATIVO		
	Sí	No	Total
VIH-	21 30.4%	48 69.6%	69 100%
VIH+	18 34%	35 66%	53 100%

N.S.

TABLA F-54 Ac. VIH/TIPO VIVENCIAL AMBIGUAL

	TIPO VIVENCIAL AMBIGUAL		
	Sí	No	Total
VIH-	1 1.4%	68 98.6%	69 100%
VIH+	2 3.8%	51 96.2%	53 100%

(FISHER) N.S.

TABLA F-55 Ac. VIH/TIPO VIVENCIAL INTROVERSIVO

	TIPO VIVENCIAL INTROVERSIVO		
	Sí	No	Total
VIH-	4 5.8%	65 94.2%	69 100%
VIH+	0 --%	53 100%	53 100%

(FISHER) N.S.

TABLA F-56 Ac. VIH/TIPO VIVENCIAL EXTRATENSIVO

	TIPO VIVENCIAL EXTRATENSIVO		
	Sí	No	Total
VIH-	7 10.1%	62 89.9%	69 100%
VIH+	3 5.7%	50 94.3%	53 100%

(FISHER) N.S.

TABLA F-57 Ac. VIH/TIPO VIVENCIAL INTROVERSIVO SIN EXTRATENSION

	TIPO VIVENCIAL INTROVERSIVO SIN EXTRATENSION		
	Sí	No	Total
VIH-	3 4.3%	66 95.7%	69 100%
VIH+	2 3.8%	51 96.2%	53 100%

(FISHER) N.S.

TABLA F-58 Ac. VIH/TIPO VIVENCIAL EXTRATENSIVO EGOCENTRICO

	TIPO VIVENCIAL EXTRATENSIVO EGOCENTRICO		
	Sí	No	Total
VIH-	14 20.3%	55 70.7%	69 100%
VIH+	12 22.6%	41 77.4%	53 100%

N.S.

TABLA F-59 Ac. VIH/COLOR AUSENTE

	COLOR AUSENTE		
	Sí	No	Total
VIH-	10 14.5%	59 85.5%	69 100%
VIH+	8 15.1%	45 84.9%	53 100%

N.S.

TABLA F-60 Ac. VIH/COLOR DESVIADO A LA IZQUIERDA

	COLOR DESVIADO A LA IZQUIERDA		
	Sí	No	Total
VIH-	16 23.2%	53 76.8%	69 100%
VIH+	16 30.2%	37 69.8%	53 100%

N.S.

TABLA F-61 Ac. VIH/COLOR CENTRAL

	COLOR CENTRAL		
	Sí	No	Total
VIH-	33 47.8%	36 52.2%	69 100%
VIH+	23 43.4%	30 56.6%	53 100%

N.S.

TABLA F-62 Ac. VIH/COLOR DESVIADO A LA DERECHA

	COLOR DESVIADO A LA DERECHA		
	Sí	No	Total
VIH-	14 20.28%	55 79.80%	69 100%
VIH+	11 20.80%	42 79.24%	53 100%

N.S.

8. Fenómenos especiales.

En el capítulo de los ***Fenómenos especiales***, no se manifestaron diferencias significativas en las distintas variables, entre los A.D.V.P. seronegativos y seropositivos. Pasamos a describir los que han aparecido con mayor frecuencia.

Los fenómenos especiales más relevantes en los A.D.V.P. fueron por orden de frecuencia: el shock al color, el estupor ante símbolos sexuales y el shock al rojo.

El más frecuente fue el **shock al color** (TABLA F- 65) que surgió en 29 pacientes (42 %) de los seronegativos y en 27 (50.9 %) de los seropositivos. Le sigue el **estupor ante símbolos sexuales** (TABLA F-66), que se presentó similarmente en 28 pacientes (40.6 %) seronegativos y en 26 (49.1 %) seropositivos. Y, en tercer lugar, el **shock al rojo** (TABLA F-64) observado en 26 heroinómanos (37.7%) seronegativos y en 22 (41.5%) seronegativos (TABLA F 64).

Menos numerosos resultaron los jóvenes adictos a la heroína a quienes la presentación de las láminas les provocó **shock al gris** (TABLA F-63), pues se observó en 19 casos (27.5 %) de los seronegativos y en 18 (34 %) de los seropositivos al V.I.H.. Igual ocurre con la **crítica de objeto** (TABLA F-72), que surgió en ambos subgrupos en 18 casos, lo que representaba un 26.1 % para los seronegativos y un 34 % para los seropositivos.

En menor proporción se dió la **crítica de sujeto**: 13 heroinómanos

(18.8 %) de los seronegativos y 11 (20.8 %) de los seropositivos (TABLA F-71). Y las **respuestas "o"** que aparecen en 12 A.D.V.P. de cada subgrupo, lo que equivale un 17.4 % para los seronegativos y un 22.6 % para los seropositivos (TABLA F-74). Por último, la **simetría**, se observó en 14 casos (20.3 %) de los seronegativos y en 7 (13.2 %) de los seropositivos (TABLA F-73).

Los fenómenos especiales, hasta ahora citados son los más comunes en la población estudiada. El resto de las fenómenos especiales que detectamos en la muestra aparecen en las tablas.

8. Fenomenos especiales

TABLA F-63 Ac. VIH/SHOCK AL GRIS

	SHOCK AL GRIS		
	Sí	No	Total
VIH-	19 27.5%	50 72.5%	69 100%
VIH+	18 34%	35 66%	53 100%

N.S.

TABLA F-64 Ac. VIH/SHOCK AL ROJO

	SHOCK AL ROJO		
	Sí	No	Total
VIH-	26 37.7%	43 62.3%	69 100%
VIH+	22 41.5%	31 58.5%	53 100%

N.S.

TABLA F-65 Ac. VIH/SHOCK AL COLOR

	SHOCK AL COLOR		
	Sí	No	Total
VIH-	29 42%	40 58%	69 100%
VIH+	27 50.9%	26 49.1%	53 100%

N.S.

TABLA F-66 Ac. VIH/ESTUPOR ANTE SIMBOLOS SEXUALES

	ESTUPOR ANTE SIMBOLOS SEXUALES		
	Sí	No	Total
VIH-	28 40.6%	41 59.4%	69 100%
VIH+	26 49.1%	27 50.9%	53 100%

N.S.

TABLA F-67 Ac. VIH/FRACASO

	FRACASO		
	Sí	No	Total
VIH-	8 11.6%	61 88.4%	69 100%
VIH+	13 24.5%	40 75.5%	53 100%

N.S.

TABLA F-68 Ac. VIH/RESPUESTA EQe

	RESPUESTA EQe		
	Sí	No	Total
VIH-	10 14.5%	59 85.5%	69 100%
VIH+	8 15.1%	45 84.9%	53 100%

N.S.

TABLA F-69 Ac. VIH/COMBINACION SIMULTANEA

	COMBINACION SIMULTANEA		
	Sí	No	Total
VIH-	12 17.4%	57 82.6%	69 100%
VIH+	5 9.4%	48 90.6%	53 100%

N.S.

TABLA F-70 Ac. VIH/COMBINACION SUCESIVA

	COMBINACION SUCESIVA		
	Sí	No	Total
VIH-	10 14.5%	59 85.5%	69 100%
VIH+	2 3.8%	51 96.2%	53 100%

(FISHER) N.S.

TABLA F-71 Ac. VIH/CRITICA DE SUJETO

	CRITICA DE SUJETO		
	Sí	No	Total
VIH-	13 18.8%	56 81.2%	69 100%
VIH+	11 20.8%	42 79.2%	53 100%

N.S.

TABLA F-72 Ac. VIH/CRITICA DE OBJETO

	CRITICA DE OBJETO		
	Sí	No	Total
VIH-	18 26.1%	51 73.9%	69 100%
VIH+	18 34%	35 66%	53 100%

N.S.

TABLA F-73 Ac. VIH/SIMETRIA

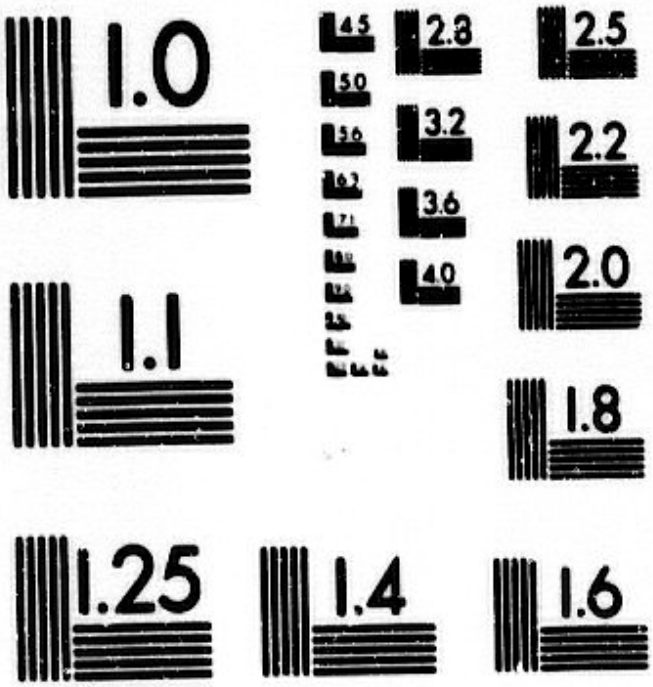
	SIMETRIA		
	Sí	No	Total
VIH-	14 20.3%	55 79.7%	69 100%
VIH+	7 13.2%	46 86.8%	53 100%

N.S.

TABLA F-74 Ac. VIH/RESPUESTA "O"

	RESPUESTA "O"		
	Sí	No	Total
VIH-	12 17.4%	57 82.6%	69 100%
VIH+	12 22.6%	41 77.4%	53 100%

N.S.



MICROCOPY RESOLUTION TEST CHART
NATIONAL BUREAU OF STANDARDS
STANDARD REFERENCE MATERIAL 1010a
(ANSI and ISO TEST CHART No. 2)

TABLA F-72 Ac. VIH/CRITICA DE OBJETO

	CRITICA DE OBJETO		
	Sí	No	Total
VIH-	18 26.1%	51 73.9%	69 100%
VIH+	18 34%	35 66%	53 100%

N.S.

TABLA F-73 Ac. VIH/SIMETRIA

	SIMETRIA		
	Sí	No	Total
VIH-	14 20.3%	55 79.7%	69 100%
VIH+	7 13.2%	46 86.8%	53 100%

N.S.

TABLA F-74 Ac. VIH/RESPUESTA "O"

	RESPUESTA "O"		
	Sí	No	Total
VIH-	12 17.4%	57 82.6%	69 100%
VIH+	12 22.6%	41 77.4%	53 100%

N.S.

TABLA F-75 Ac. VIH/RESPUESTAS DE PERSPECTIVA

	[illegible]		
	Sí	No	Total
VIH-	11 15.9%	58 84.1%	69 100%
VIH+	7 13.2%	46 86.8%	53 100%

N.S.

TABLA F-76 Ac. VIH/PERSEVERACION

	[illegible]		
	Sí	No	Total
VIH-	7 10.1%	62 89.9%	69 100%
VIH+	7 13.2%	46 86.8%	53 100%

N.S.

TABLA F-77 Ac. VIH/DRAMATIZACION DE LOS COLORES

	[illegible]		
	Sí	No	Total
VIH-	7 10.1%	62 89.9%	69 100%
VIH+	4 7.5%	49 92.5%	53 100%

(FISHER) N.S.

TABLA F-78 Ac. VIH/NEGACION

	NEGACION		
	Sí	No	Total
VIH-	5 7.2%	64 92.8%	69 100%
VIH+	4 7.5%	49 92.5%	53 100%

(FISHER) N.S.

TABLA F-79 Ac. VIH/REFLEJOS

	REFLEJOS		
	Sí	No	Total
VIH-	6 8.7%	63 91.3%	69 100%
VIH+	4 7.5%	49 92.5%	53 100%

(FISHER) N.S.

TABLA F-80 Ac. VIH/INTERPRETACION DE MASCARAS

	INTERPRETACION DE MASCARAS		
	Sí	No	Total
VIH-	3 4.3%	66 95.7%	69 100%
VIH+	3 5.7%	50 94.3%	53 100%

(FISHER) N.S.

TABLA F-81 Ac. VIH/CONTAMINACIONES

	CONTAMINACIONES		
	Sí	No	Total
VIH-	7 10.1%	62 89.9%	69 100%
VIH+	5 9.4%	48 90.6%	53 100%

(FISHER) N.S.

TABLA F-82 Ac. VIH/CONFABULACIONES

	CONFABULACIONES		
	Sí	No	Total
VIH-	3 4.3%	66 95.7%	69 100%
VIH+	6 11.3%	47 88.7%	53 100%

(FISHER) N.S.

TABLA F-83 Ac. VIH/DESIGNACION DE COLOR

	DESIGNACION DE COLOR		
	Sí	No	Total
VIH-	1 1.4%	68 98.6%	69 100%
VIH+	2 3.8%	51 96.2%	53 100%

(FISHER) N.S.

TABLA F-84 Ac. VIH/RESPUESTAS DE SITUACION

	[illegible]		
	Sí	No	Total
VIH-	1 1.4%	68 98.6%	69 100%
VIH+	0 --%	53 100%	53 100%

(FISHER) N.S.

TABLA F-85 Ac. VIH/ESTEREOTIPIA DE CARAS

	[illegible]		
	Sí	No	Total
VIH-	1 1.4%	68 98.6%	69 100%
VIH+	0 --%	53 100%	53 100%

(FISHER) N.S.

TABLA F-86 Ac. VIH/INTERROGATIVA

	[illegible]		
	Sí	No	Total
VIH-	2 2.9%	67 97.1%	69 100%
VIH+	5 9.4%	48 90.6%	53 100%

(FISHER) N.S.

Resumen de Resultados

TABLA	VARIABLE	TEST ESTADISTICO	SIGNIFICACION
B-1	Sexo	Chi ^{2}	N.S.
B-2	Edad	Student	N.S.
B-3	Estado Civil	Chi^2	N.S
B-4	Naturaleza	Chi^2	N.S
B-5	Residencia	Chi^2	N.S.
B-6	Tipo de convivencia	Chi^2	N.S.
B-7	Padres emigrantes	Chi^2	N.S.
B-8	Cambios de residencia frecuentes	Chi^2	N.S.
B-9	En caso de cambios de residencia frecuentes: lugares		
B-10	Tipo de convivencia de infancia		
B-10[1]	Tipo de convivencia de infancia	X^2 exp=3.92	P<0.05
B-11	Número de hermanos	Wilcoxon	N.S.
B-12	Posición de entrevistado entre hermanos	Wilcoxon	N.S.
B-13	Independencia económica	Chi^2	N.S.
B-14	En caso de independencia económica: nivel socioeconómico	Wilcoxon	N.S.
B-15	Estudios	Wilcoxon	N.S.
B-16	Hijos	X^2 exp=3.873	P<0.05

TABLA	VARIABLE	TEST ESTADISTICO	SIGNIFICACION
B-17	Practica religión	Fisher	N.S.
B-18	Profesión		. .
B-19	Situación laboral		. .
B-20	Cambios frecuentes de trabajo	X^2 exp=7.464	P<0.01
B-21	Trabajó la mayoria de su tiempo	X^2 exp=7.946	P<0.01
B-22	Ha ocupado empleos precarios y de baja cualificación principalmente	X^2 exp=18.457	P<0.001
B-23	Ha conocido dificultades materiales	X^2 exp=5.119	P<0.025
B-24	Modo de obtener dinero para droga		. .
B-25	Estudios paternos	Wilcoxon	N.S.
B-26	Profesión paterna		. .
B-26[1]	Profesión paterna	Chi^2	N.S.
B-27	Estudios maternos		. .
B-28	Profesión materna		. .
B-29	Nivel socioeconómico de padres	X^2 exp=12.59	P<0.001
B-30	Muerte paterna	Chi^2	N.S.
B-31	En caso de muerte paterna: cuando	Wilcoxon	N.S.
B-32	Muerte materna	Fisher	N.S.
B-33	Relación entre los padres		. .

TABLA	VARIABLE	TEST ESTADISTICO	SIGNIFICACION
B-34	Relación entre los padres	Wilcoxon	N.S.
B-35	Fue cuidado en su infancia	Fisher	N.S.
B-36	Modo de cuidado en su infancia		. .
B-37	Padres participan en la educación	Chi^2	N.S.
B-38	Relación con el padre	Chi^2	N.S.
B-39	Relación con la madre	Chi^2	N.S.
B-40	Características paterna principal		. .
B-41	Características materna principal		. .
B-42	Juega al rol principal	X^2 exp=9.701	P<0.025
B-43	Ausencia de figuras parentales	Chi^2	N.S.
B-44	Convivencia con hermanos en conjunto	Chi^2	N.S.
B-45	Relaciones conflictivas con alguno de los hermanos	Chi^2	N.S.
B-46	El entrevistado es preferido		. .
B-47	Preferencia con el padre	Chi^2	N.S.
B-48	Preferencias por la madre	Chi^2	N.S.
B-49	Tipo de escuela		. .
B-50	Sistema de vida de escuela	X^2 exp=5.53	P<0.025
B-51	Fugas de escuela	Chi^2	N.S.

TABLA	VARIABLE	TEST ESTADISTICO	SIGNIFICACION
B-52	Expulsado de clase o escuela	Chi^2	N.S.
B-53	Conflictos en escuela	Chi^2	N.S.
B-54	Recuerdos del profesorado en conjunto	Wilcoxon	N.S.
B-55	Relación difícil o conflictiva con algún profesor	Chi^2	N.S.
B-56	Conducta escolar	Chi^2	N.S.
B-57	Contactos frecuentes con abuelos maternos	Chi^2	N.S.
B-58	Contactos frecuentes con abuelos paternos	Chi^2	N.S.
B-59	Hay en su familia actos de violencia consecuencia de cierta tensión	Chi^2	N.S.
B-60	Miembro familiar con problemas legales	Chi^2	N.S.
B-61	Valoración infancia	Wilcoxon	N.S.
B-62	Valoración adolescencia	Wilcoxon	N.S.
B-63	Propenso a sufrir accidentes en infancia	Chi^2	N.S.
B-64	Larga hospitalización en infancia	Chi^2	N.S.
B-65	Hepatitis B	Chi^2	N.S.
B-66	Enfermedades de trasmisión sexual	Chi^2	N.S.
B-67	Antecedentes psiquiatricos personales	Chi^2	N.S.
B-68	Ingresos en hospitales psiquiatricos	Fisher	N.S.
B-69	Antecedentes psiquiatricos familiares	Chi^2	N.S.

TABLA	VARIABLE	TEST ESTADISTICO	SIGNIFICACION
B-70	Dificultades en el plano afectivo	X^2 exp=10.52	P<0.01
B-71	Pareja estable	Chi^2	N.S.
B-72	Desde cuando tiene pareja estable	Wilcoxon	N.S.
B-73	Relación con pareja es:	Chi^2	N.S.
B-74	Estudios de la pareja	Wilcoxon	N.S.
B-75	Trabaja pareja	Chi^2	N.S.
B-76	Consume heroína su pareja	Chi^2	N.S.
B-77	Numero de parejas desde hace dos años	Wilcoxon	N.S.
B-78	Practicas sexuales	Chi^2	N.S.
B-79	Actualmente teme contraer el S.I.D.A.	X^2 exp=9.789	P<0.01
B-80	El temor al S.I.D.A. hizo disminuir sus contactos sexuales	X^2 exp=3.88	P<0.05
B-81	Usa preservativo siempre	Chi^2	N.S.
B-82	Usa preservativos en relación a la información del S.I.D.A.		
B-82[1]	Usa preservativos en relación a la información del S.I.D.A.	X^2 exp=5.80	P<0.05
B-83	Motivo del empleo de preservativos		
B-84	Poseía información previa de lo que podría ocasionar el consumo de heroína y demás drogas	Chi^2	N.S.
B-85	Piensa que de tener información adecuada hubiera consumido heroína	X^2 exp=4.94	P<0.03

TABLA	VARIABLE	TEST ESTADISTICO	SIGNIFICACION
B-86	Actualmente cuenta con amigos heroinómanos	Chi^2	N.S.
B-87	Información adecuada sobre el S.I.D.A.	Chi^2	N.S.
B-88	Ha modificado el temor al S.I.D.A. sus hábitos de conducta de riesgo	X^2 exp=6.647	P<0.01
B-89	Utilizaba jeringuillas desechables e individualmente		
B-89[1]	Utilizaba jeringuillas desechables e individualmente	X^2 exp=13.64	P<0.001
B-90	Desde cuando no comparte jeringuilla en relación a la información del S.I.D.A.		
B-90[1]	Desde cuando no comparte jeringuilla en relación a la información del S.I.D.A.	X^2 exp=19.67	P<0.001
B-91	Motivo de compartir jeringuillas		
B-92	Edad en que comenzó a fumar tabaco	Student	N.S.
B-93	Bebe alcohol	Chi^2	N.S.
B-94	Edad en que comenzó a beber alcohol	Student	N.S.
B-95	Ha tenido problemas con el alcohol	X^2 exp=4.33	P<0.05
B-96	Bebía alcohol en exceso antes del tratamiento	Fisher	N.S.
B-97	Consumía cánnabis antes del tratamiento	Chi^2	N.S.
B-98	Edad en que comenzó con el cánnabis	t exp=2.08	P<0.05
B-99	Tiempo máximo consumiendo cánnabis	Wilcoxon	N.S.

TABLA	VARIABLE	TEST ESTADISTICO	SIGNIFICACION
B-100	Probó drogas anteriores a heroína y cocaína (excluyendo tabaco, alcohol,cánnabis	Chi^2	N.S.
B-101	Tipo de drogas previas a heroína y cocaína (incluyendo tabaco, alcohol, cánnabis)		
B-101[1]	Tipo de drogas previas a heroína y cocaína (excluyendo tabaco, alcohol, cánnabis)	Chi^2	N.S.
B-102	Consumía cocaína antes del tratamiento	Chi^2	N.S.
B-103	Edad en que comenzó consumo de cocaína	Student	N.S.
B-104	Tiempo máximo consumiendo cocaína	Wilcoxon	N.S.
B-105	Vía consumo cocaína		
B-105[1]	Vía consumo cocaína	Chi^2	N.S.
B-106	Quien le proporciono la primera droga		
B-107	Experiencia con el primer tóxico	Chi^2	N.S.
B-107[1]	Experiencia con el primer tóxico	Chi^2	N.S.
B-108	Motivo de inicio de consumo de droga		
B-109	Razón del paso de primera droga a heroína		
B-110	Edad en que comenzó consumo de heroína	t exp=2.32	$p<0.025$
B-111	Vivía de administración al inicio del consumo de heroína		

TABLA	VARIABLE	TEST ESTADISTICO	SIGNIFICACION
B-111[1]	Vivía de administración al inicio del consumo de heroína	Chi^2	N.S.
B-112	Frecuencia del consumo de heroína	Wilcoxon	N.S.
B-113	Tiempo máximo consumiendo heroína	Wilcoxon	P<0.001
B-114	Con quien consume heroína principalmente		. .
B-114[1]	Con quien consume heroína principalmente	X^2 exp=6.12	P<0.025
B-115	Primera experiencia con heroína		. .
B-115[1]	Primera experiencia con heroína	Chi^2	N.S.
B-116	Tipos de drogas consumidas al mismo tiempo previas al tratamiento		. .
B-117	Traficó de droga		. .
B-117[1]	Traficó de droga	X^2 exp=11.16	P<0.001
B-118	Accidentes después de una dosis	X^2 exp=19.076	P<0.001
B-119	Desea pedir ayuda	Fisher	N.S.
B-120	Pidió ayuda anteriormente	X^2 exp=3.90	P<0.05
B-121	Piensa abandonar solo su dependencia	Chi^2	N.S.
B-122	Nº de desintoxicaciones anteriores	Wilcoxon	N.S.
B-123	Nº de tiempo máximo sin consumo después de una desintoxicación	Wilcoxon	N.S.
	terapéutica		P<0.05
B-124	En caso de desintoxicación anterior se habitúo a otra droga	Chi^2	N.S.

TABLA	VARIABLE	TEST ESTADISTICO	SIGNIFICACION
B-125	Si tras desintoxicación se habitúo a otra droga: tipo		. .
B-126	Episodios de sobredosis	Chi^2	N.S.
B-127	Síndromes de abstinencia	X^2 exp=7.81	P<0.01
B-128	Si síndrome de abstinencia: motivos	Chi^2	N.S.
B-129	Problemas legales	X^2 exp=7.52	P<0.001
B-130	Si problemas legales: tipo		. .
B-130[1]	Si problemas legales: tipo	X^2 exp=5.21	P<0.025
B-131	Su familia conoce sus problemas legales	Chi^2	N.S.
B-132	En ocasiones de problemas de justicia: familia	Chi^2	N.S.
C-1	Incremento en las discusiones conyugales	Chi^2	N.S.
C-2	Separación conyugal	Chi^2	N.S.
C-3	Comienzo de un trabajo distinto	Chi^2	N.S.
C-4	Cambios en las condiciones de trabajo	Chi^2	N.S.
C-5	Enfermedad propia grave	X^2 exp=4.4	P<0.05
C-6	Muerte de un familiar próximo	Chi_2	N.S.
C-7	Enfermedad grave de un familiar	Chi^2	N.S.
C-8	Miembro de la familia deja el hogar	Chi^2	N.S.
C-9	Cambio de domicilio	X^2 exp=5.77	P<0.02

TABLA	VARIABLE	TEST ESTADISTICO	SIGNIFICACION
C-10	Una persona nueva vive en casa	Chi^2	N.S.
C-11	Problemas económicos serios	Chi^2	N.S.
C-12	Embarazo	Chi^2	N.S.
C-13	Paro laboral	Chi^2	N.S.
C-14	Problemas menores con la ley	Chi^2	N.S.
C-15	Tener un hijo	Fisher	N.S.
C-16	Procesamiento	Chi^2	N.S.
C-17	Encarcelamiento	Fisher	N.S.
C-18	Empleo	Wilcoxon	N.S.
C-19	Familia	Wilcoxon	N.S.
C-20	Matrimonio	Wilcoxon	N.S.
C-21	Salud	Wilcoxon	N.S.
C-22	Legal	Wilcoxon	N.S.
C-23	Exits	Wilcoxon	N.S.
C-24	Ac. vitales indeseables	Wilcoxon	N.S.
C-25	Ac. puntuación total	Wilcoxon	P<0.05
D-1	Ansiedad	Wilcoxon	N.S.
D-2	Depresión	Wilcoxon	N.S.

TABLA	VARIABLE	TEST ESTADISTICO	SIGNIFICACION
D-3	Vulnerabilidad	Wilcoxon	N.S.
E-1	Orientación	Wilcoxon	N.S.
E-2	Fijación	Wilcoxon	N.S.
E-3	Concentración y cálculo	Wilcoxon	N.S.
E-4	Memoria	Wilcoxon	N.S.
E-5	Lenguaje y construcción	Wilcoxon	N.S.
E-6	Puntuación total	Wilcoxon	N.S.
F-1	Tiempo total	Wilcoxon	N.S.
F-2	Nº de respuestas	Wilcoxon	N.S.
F-3	Nº de respuestas G	Wilcoxon	N.S.
F-4	Nº de respuesta D	Wilcoxon	N.S.
F-5	Nº de respuestas DG	Wilcoxon	N.S.
F-6	Nº de respuestas Dd	Wilcoxon	N.S.
F-7	Nº de respuestas Do	Wilcoxon	N.S.
F-8	Nº de respuestas Dzw	Wilcoxon	N.S.
F-9	Nº de respuestas DdD	Wilcoxon	N.S.
F-10	Nº de respuestas DdG	Wilcoxon	N.S.
F-11	Nº de respuestas DzwG	Wilcoxon	N.S.

TABLA	VARIABLE	TEST ESTADISTICO	SIGNIFICACION
F-12	Nº de respuestas F	Wilcoxon	N.S.
F-13	Nº de respuestas B	Wilcoxon	N.S.
F-14	Nº de respuestas FFb	Wilcoxon	N.S.
F-15	Nº de respuestas FbF	Wilcoxon	N.S.
F-16	Nº de respuestas Fb	Wilcoxon	N.S.
F-17	Nº de respuestas Hd	Wilcoxon	N.S.
F-18	Nº de respuestas FHd	Wilcoxon	N.S.
F-19	Nº de respuestas HdF	Wilcoxon	N.S.
F-20	Nº de respuestas M	Wilcoxon	N.S.
F-21	Nº de respuestas Md	Wilcoxon	N.S.
F-22	Nº de respuestas T	Wilcoxon	N.S.
F-23	Nº de respuestas Td	Wilcoxon	N.S.
F-24	Nº de respuestas Anat.	Wilcoxon	N.S.
F-25	Nº de respuestas de Objt	Wilcoxon	N.S.
F-26	Nº de respuestas de sangre	Wilcoxon	N.S.
F-27	Nº de respuestas de Se.	Wilcoxon	N.S.
F-28	Nº de respuestas de Pl	Wilcoxon	N.S.
F-29	Nº de respuestas de pais	Wilcoxon	N.S.

TABLA	VARIABLE	TEST ESTADISTICO	SIGNIFICACION
F-30	Nº de respuestas de Nat.	Wilcoxon	N.S.
F-31	Nº de respuestas de Arq.	Wilcoxon	N.S.
F-32	Nº de respuestas de Geogr.	Wilcoxon	N.S.
F-33	Nº de respuestas de Abstr.	Wilcoxon	N.S.
F-34	Nº de respuestas de pintura	Wilcoxon	N.S.
F-35	Nº de respuestas de color	Wilcoxon	N.S.
F-36	Nº de respuestas vulgares	Wilcoxon	N.S.
F-37	Nº de respuestas orig.	Wilcoxon	N.S.
F-38	F + Z	Wilcoxon	P<0.05
F-39	T Z	Wilcoxon	N.S.
F-40	V Z	Wilcoxon	N.S.
F-41	O Z	Wilcoxon	P<0.01
F-42	Apercepción G	Chi^2	N.S.
F-43	Apercepción D	Chi^2	N.S.
F-44	Apercepción Dd	Fisher	N.S.
F-45	Apercepción Dzw	Fisher	N.S.
F-46	Sucesión rígida	Fisher	N.S.
F-47	Sucesión ordenada	X^2 exp=5.137	P<0.025

TABLA	VARIABLE	TEST ESTADISTICO	SIGNIFICACION
F-48	Sucesión desordenada	Fisher	N.S.
F-49	Sucesión relajada	Chi^2	N.S.
F-50	Sucesión invertida		. .
F-51	Sucesión ausente	X^2 exp=6.48	P<0.02
F-52	Tipo vivencial coartado	Chi^2	N.S.
F-53	Tipo vivencial coartativo	Chi^2	N.S.
F-54	Tipo vivencial ambigual	Fisher	N.S.
F-55	Tipo vivencial introversivo	Fisher	N.S.
F-56	Tipo vivencial extratensivo	Fisher	N.S.
F-57	Tipo vivencial introversivo sin estratensión	Fisher	N.S.
F-58	Tipo vivencial extratensivo egocéntrico	Chi^2	N.S.
F-59	Color ausente	Chi^2	N.S.
F-60	Color desviado a la izquierda	Chi^2	N.S.
F-61	Color central	Chi^2	N.S.
F-62	Color desviado a la derecha	Chi^2	N.S.
F-63	Shock al gris	Chi^2	N.S.
F-64	Shock al rojo	Chi^2	N.S.
F-65	Shock al color	Chi^2	N.S.

TABLA	VARIABLE	TEST ESTADISTICO	SIGNIFICACION
F-66	Estupor ante símbolos sexuales	Chi^2	N.S.
F-67	Fracaso	Chi^2	N.S.
F-68	Respuestas EQe	Chi^2	N.S.
F-69	Combinaciones simultaneas	Chi^2	N.S.
F-70	Combinaciones sucesiva	Fisher	N.S.
F-71	Critica de sujeto	Chi^2	N.S.
F-72	Crítica de objeto	Chi_2	N.S.
F-73	Simetría	Chi^2	N.S.
F-74	Respuesta "O"	Chi^2	N.S.
F-75	Respuestas de perspectiva	Chi^2	N.S.
F-76	Perseveración	Chi^2	N.S.
F-77	Dramatización de los colores	Fisher	N.S.
F-78	Negación	Fisher	N.S.
F-79	Reflejos	Fisher	N.S.
F-80	Interpretación de máscaras	Fisher	N.S.
F-81	Contaminaciones	Fisher	N.S.
F-82	Confabulaciones	Fisher	N.S.
F-83	Designación de color	Fisher	N.S.

TABLA	VARIABLE	TEST ESTADISTICO	SIGNIFICACION
F-84	Respuestas de situación	Fisher	N.S.
F-85	Estereotipia de caras	Fisher	N.S.
F-86	Interrogativa	Fisher	N.S.

V. DISCUSION

V.A.- ANALISIS DE LOS RESULTADOS A TRAVES DEL CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO, BIOGRAFICO, DE INFORMACION Y ACTITUDES FRENTE AL S.I.D.A. Y DE LA HISTORIA DE LA TOXICOMANIA.

Para facilitar la compresión del analisis de los resultados dividimos este apartado en tres capítulos:

1. aspectos sociodemográficos y biográficos.

En nuestro estudio, los adictos a drogas por vía parenteral (heroína) que demandan tratamiento, son fundamentalmente, varones, con edades comprendidas entre 16 y 45 años. Se agrupan, sobre todo, en el intervalo de 21 a 30 años de edad. Ahora bien, los adictos a drogas por vía parenteral seronegativos frente al V.I.H. son, en un 87.1% varones y sólo el 12.9% mujeres, cuya edad media es de 25.25 años. Aunque estas características son muy similares al grupo de usuarios de drogas por vía parenteral seropositivos, en estos últimos el 81.52% son varones y el 18.8% mujeres, de una edad media de 26.60 años; es decir, algo mayores que los seronegativos.

No hemos encontrado diferencia significativa entre seronegativos y seropositivos en cuanto a sexo y edad. Por lo que las características sexo y edad no se traducen en un incremento del riesgo de infección por V.I.H. en los A.D.V.P.. Recordemos que, ante todo, son toxicómanos con unas variables sociodemográficas comunes que los definen como grupo único.

Los grupos de edades y sexo de la población participante en el

estudio son semejantes a los conocidos a través del S.E.I.T. (Sistema estatal de información sobre toxicomanías) de 1.987. En España, los toxicómanos que demandan tratamiento durante los años en que se dispone de datos (1.987 a 1.990), son sobre todo varones, entre 20 y 30 años. En el reciente estudio realizado, en nuestro país en torno a la infeccion V.I.H. en usuarios de drogas por el Plan nacional sobre drogas (1.991) encuentran una proporción del 82.7% de varones, y el resto de mujeres. Se agruparon en el intervalo de 20 a 39 años de edad, siendo la edad media de los hombres 25.8 años. Como vemos son valores muy cercanos a los nuestros.

Estudios realizados en otros países europeos (Francia, Italia, Alemania) en consumidores de drogas sometidos a tratamiento, encuentran proporciones de sexo próximas a las que aquí se presentan (Jacob, 1.989; Sasse, Salmaso, et al. 1.989; Kleiber et al. 1.989). Las edades medias se encuentran, como en nuestro caso, alrededor de los 25 años.

Los casos notificados al Registro nacional de S.I.D.A. (1.990) de individuos consumidores de drogas, presentan características de edades y sexo muy semejantes a las obtenidas en este estudio, que son una parte muy pequeña de la población de consumidores de drogas en tratamiento, conocida a través del S.E.I.T. (1.987).

La mayoría de los pacientes, en ambos grupos, son solteros (75% en seronegativos y 60% en seropositivos); además, no existen grandes diferencias en el número de casados y separados, entre los seronegativos y los seropositivos; luego, el estado civil no parece estar ligado al riesgo para la transmisión de la infección por V.I.H..

Aunque hay que tener en cuenta que la población estudiada es, en su mayoria, joven y quizá esto haya sido la causa de no observar diferencias importantes.

No encontramos diferencias significativas entre los A.D.V.P. por nosotros estudiados, en cuanto al lugar de nacimiento de los enfermos, la residencia, el hecho de con quien conviva en la actualidad, ser o no hijo de padres emigrantes o haber cambiado con frecuencia de residencia a lo largo de su vida.

En cambio, sí que parece haber influido de modo significativo la circunstancia de vivir o no con su familia de origen durante su infancia. Son los adictos a drogas por vía parenteral positivos al V.I.H. quienes, en mayor proporción, convivieron con su familia de origen cuando eran niños (TABLA B-10). Es posible que esto esté en relación con la mala dinámica en las familias de toxicómanos, por todos conocida. A este respecto Vaillant (1.973) encontró que los adictos que se mantuvieron abstinentes no vivián con sus padres e indica que la cura estuvo muy asociada a la no convivencia con ellos. El autor encuentra una correlación positiva entre la convivencia con la familia de origen y el mantenimiento de la adicción. Harbin (1.975) señala como la familia fácilmente puede incitar al abuso de drogas o contribuir a su mantenimiento para conservar el ciclo homeostático familiar.

También son los seropositivos quienes, significativamente, tienen en más proporción, hijos que los seronegativos (TABLA B-16). Quizá en los seropositivos, como más adelante vamos a ver, el hecho de iniciarse a edades más tempranas en el consumo de determinadas drogas, les lleva

a un mayor grado de desorganización, de modo que, sean menos capaces de controlar sus vidas y elegir determinadas circunstancias o situaciones que requieren tener la responsabilidad suficiente, como es la elección de tener hijos.

Respecto al grado de formación, se halló igual proporción de sujetos con estudios primarios incompletos (1% de seronegativos y 4% de seropositivos), graduado escolar incompleto (22% de seronegativos y 23% de seropositivos) formación profesional inacabada (21% de seronegativos y 13% de seropositivos) y BUP sin finalizar (22% de seronegativos y 20% de seropositivos). No encontramos diferencias estadísticas significativas entre los A.D.V.P. seronegativos y seropositivos. Esto nos hace pensar que el nivel de estudios no es un factor de riesgo en la transmisión de la infección V.I.H. No obstante, contrasta con los hallazgos del Estudio del plan nacional sobre drogas (1.991) donde se manifiesta que los estudios realizados son, en el 66.5% de los casos, primarios. Además, en dicho estudio se encuentra que los sujetos con menor nivel de formación estaban frecuentemente infectados, porque compartían jeringuillas más amenudo.

Aludiendo al mundo laboral de los pacientes A.D.V.P. no detectamos relación entre el tipo de profesión actual y ser V.I.H. positivo. Tanto en seronegativos como en seropositivos predominan los trabajos no cualificados (49.4% de seronegativos y 57.4% de seropositivos) y una situación laboral inestable (59% de seronegativos y 66.3% de seropositivos), destacando la elevada proporción de parados (75% de seronegativos y 82.1% de seropositivos). Sin embargo, los adictos a la heroína seropositivos se van definiendo por unas

características comunes como son: cambiar a menudo de trabajo ($P<0.01$), estar más tiempo en situación de paro ($P<0.01$) y ocupar principalmente empleos peor cualificados ($P<0.025$) a lo largo de sus vidas. Es decir, los adictos a heroína por vía parenteral seropositivos son quienes trás iniciarse en ciertas drogas precozmente, como veremos más adelante, tienen una drogodependencia de mayor duración y más grave lo que implica tener unas vidas más desorganizadas y, por tanto, una peor respuesta al deber de trabajar. Así pues, pueden ser factores de riesgo en la transmisión de la infección V.I.H. (como se demuestra por las altas significaciones halladas) el ser consumidor de drogas por vía parenteral y haber cambiado de trabajo muy a menudo, pasar largos períodos sin trabajo, y en caso de trabajar, ocupar empleos peor cualificados. Las razones de tales factores de riesgo serían: la reutilización de la jeringuilla por sus menores posibilidades económicas y por la precocidad en el inicio de la heroína; esta última conduce a una mayor intensidad en el consumo y a unas conductas más arriesgadas.

Los A.D.V.P. con Ac. son quienes significativamente han tenido, en mayor número, dificultades materiales, como consecuencia de las variables anteriormente citadas (laborales), junto a un cierto mayor grado de adicción y a una importante necesidad económica para la dosis. Suponemos que el inicio precoz en determinadas las drogas, la mayor gravedad de la drogodependencia, la desestructuración en sus vidas, el no trabajar y los menores recursos materiales les ha llevado al uso compartido de las jeringuillas. El Estudio del plan nacional sobre drogas (1.991) detectó que eran los seropositivos quienes se encontrando en paro al realizar la entrevista en mayor proporción

mientras que, nosotros no encontraban un predominio de paro en los seropositivos cuando se llevó a cabo el estudio; si bien a lo largo de su vida han permanecido más tiempo sin trabajar, lo cual era un factor influyente en la seropositividad al V.I.H..

Llama la atención que los padres de los adictos a heroína, seronegativos y seropositivos, han desempeñado en más proporción trabajos cualificados y, en cambio, las madres de los pacientes son amas de casa, generalmente.

Los padres de los heroinómanos por vía endovenosa con infección V.I.H. pertenecen a un nivel socioeconómico, fundamentalmente, bajo ($P<0.001$). De nuevo el aspecto económico parece tener algún papel en el riesgo de transmisión de la infección por V.I.H. (si bien nos sorprende el predominio de los trabajos cualificados, tanto en los padres de los seronegativos como de los seropositivos).

En ningún caso, apreciamos relación entre ser seropositivo y la muerte paterna y/o materna. La proporción de fallecimientos resultó ser mayor entre los padres que entre las madres (seronegativos y seropositivos). Posiblemente esta circunstancia sea un reflejo de lo que ocurre en la población general, junto al alto índice de alcoholismo entre los padres de los pacientes (como más tarde señalaremos).

La valoración, de los propios enfermos sobre la armonía matrimonial deja entrever porcentajes algo más elevados entre aquéllos que catalogan de insatisfactoria dicha relación (94.5%). Esto ocurre en ambos grupos, pero más entre los padres de los consumidores

seropositivos (55% de seropositivos frente al 40% de seronegativos), aunque sin alcanzar significación.

Es interesante observar como practicamente el 100% de ambas subpoblaciones estimaron haber sido cuidados en su infancia; en cambio los que contestaron acerca del tipo de cuidados fueron muy pocos o bien, sus respuestas poco claras.

Si bien predomina la relación insatisfactoria con el padre tanto en seronegativos (61%), como seropositivos (76%), existe cierta tendencia a estar más elevada en estos últimos; en cambio la relación con la madre suele ser satisfactoria (73% y 60% respectivamente).

Es importante comprobar que, de manera significativa ($P<0.025$), hay una relación entre ser portador del V.I.H. y el protagonismo de la figura materna en la dinámica familiar, siendo las madres de los jóvenes seropositivos quienes ocupan el rol principal en el entorno familiar. En esta linea Stanton y Tood (1.983) describen un modelo para las familias de adictos varones, en el que el padre es definido como débil o ausente y no comprometido y la madre se compromete en el problema del adicto, aunque a través de una relación enrredada, indulgente, sobreprotectora y dramática.

Preguntados los pacientes por los rasgos del carácter más sobresaliente del padre y de la madre (no se marcan diferencias entre los seropositivos y seronegativos), predomina el carácter frío y distante, nervioso y violento del padre frente al de la madre protectora, (22% en seronegativos; 31% seropositivos) y permisiva (34%;

19% respectivamente). A este respecto Schwartzman (1.975) distinguió dos tipos de padres en el adicto: el "hombre de paja" que a pesar de su autoritarismo y violencia es facilmente controlado por la madre; y el "distante", claramente secundario a la madre en términos de poder dentro de la familia.

Todos estos resultados coinciden con Rodriguez Perez y Sanz Cuesta (1.987) quienes han dedicado múltiples estudios a la comprensión de la dinámica familiar de los pacientes toxicómanos. En ellos, al igual que en nuestro trabajo, se evidencia un predominio del rol materno en las familias del conjunto de adictos, si bien en nuestro caso resalta significativamente en los portadores del V.I.H.. Quizá una figura paterna distorsionada, no clara, con escasas funciones en el medio familiar, junto a una figura materna permisiva y protectora, pero líder de la familia, hayan favorecido unas malas identificaciones del joven toxicómano con sus padres; además de la ausencia de figuras u objetos, en el sentido dinámico, en quien apoyarse en su evolución biográfica. Todo ello ha ido forjando algunas de las peculiaridades del "ser toxicómano", acentuado en los sujetos seropositivos.

Los A.D.V.P. no se sienten preferidos ni por parte del padre ni de la madre; además está equilibrada la proporción de individuos que prefieren a la madre con aquéllos que no la prefieren. Ahora bien, son más numerosos los A.D.V.P. que se inclinan hacia la madre (59% en seronegativos y 50% en seropositivos) que hacia el padre (19% en seronegativos y 17% en seropositivos).

La calidad de convivencia con los hermanos (para el conjunto de

A.D.V.P.), se mostró equitativa entre quienes la consideraban como aceptable y quienes no la consideraban así.

En cuanto a la vida escolar, en su mayoría, los A.D.V.P. asistieron a escuelas públicas (entre el 71% y 77%); se fugaron con frecuencia de clase o no asistieron (75% en seronegativos y 83% en seropositivos), e incluso, a menudo fueron expulsados de clase o de la escuela (62%). Si bien, no hay diferencia significativa entre seronegativos y seropositivos, se manifiesta cierta tendencia en estos últimos a haber mantenido una relación conflictiva con algún profesor (33% frente al 19% en seronegativos).

El conjunto de A.D.V.P. considera que en su familias hay un ambiente de tensión; recuerdan la infancia como una etapa feliz, mientras que la adolescencia la recuerdan como un período desafortunado.

Como observamos para gran parte de los heroinómanos estudiados, existió una mala dinámica desde el comienzo de sus biografías, tanto en el medio familiar como en el escolar.

Llama la atención que más de la mitad de los seropositivos y la mitad de los seronegativos han padecido hepatitis B. En lo que respecta a los seronegativos,como veremos, han empleado con más frecuencia las jeringuillas de un sólo uso y, en cambio, aquí se nos muestran porcentajes muy elevados de hepatitis B. Posiblemente se deba a que la infección por el virus de la hepatitis B existía mucho antes que el virus de la inmunodeficiencia humana, a la vez que serán pocos sujetos

los que "nunca compartieron" el material de inyección.

Del conjunto de A.D.V.P. muy pocos presentaron antecedentes psiquiátricos personales (un 22% de cada subgrupo), así como ingresos psiquiátricos (2% en ambos casos); en caso de tenerlos giraban en torno a la drogodependencia. En cambio, encontramos elevada la proporción de antecedentes psiquiátricos en las familias de los pacientes, con un claro predominio del alcoholismo paterno (aproximadamente el 75% para ambos subgrupos).

En cuanto al factor hereditario o biológico es de todos conocido la observación de que gran número de pacientes dependientes de la heroína tienen padres alcoholicos, especialmente el padre. Kosten y Rousanville, Kleber, (1.985) trás comparar familiares de consumidores de heroína con familiares de no consumidores, ven que las familias de los primeros tienen niveles más altos de alcoholismo, problemas con drogas, depresión y desórdenes de personalidad antisocial. Según estos autores sería probable distintos caminos de transmisibilidad psicopatológicos que influirían de forma diferente en la susceptibilidad para que conductas adictivas se desarrollen.

También nos interesamos por las relaciones de pareja, de los sujetos estudiados, intentando encontrar factores de riesgo en la transmisión del V.I.H.. De entre los que contestaron afirmaron tener pareja estable aproximadamente un tercio de los A.D.V.P., siendo dicha relación positiva para el 62.5% de los seronegativos y para el 75% de seropositivos. Hay que resaltar que en estas preguntas el número de pacientes que no contestaron fue elevado, lo que relativiza la validez

de las respuestas. Se deja entrever una mayor tendencia a valorar la relación de pareja como favorable por parte de los A.D.V.P. seropositivos, quizás porque sean menos exigentes o menos conscientes de la calidad de vida afectiva y sexual que establecen con sus compañeras. Apreciamos, aunque no está recogido en el cuestionario, que un gran número de A.D.V.P. manifestaban haber perdido el interés por la relación de pareja trás depender de la heroína.

Las parejas de los A.D.V.P. (en su mayoría femeninas, dado el alto porcentaje de varones de la muestra) habían realizado estudios primarios o graduado escolar, se hallaban trabajando, en mayor proporción que sus compañeros, y afortunadamente, sólo algunas de éllas consumían también heroína.

Aproximadamente el 88% de los A.D.V.P. eran heterosexuales, distribuyéndose el resto de heroinómanos entre homo o bisexuales. Estos resultados coinciden con los del Estudio del plan nacional sobre drogas (1.991).

No se ha realizado el cruce para conocer si las prácticas homo y bisexuales implican un riesgo elevado con respecto a las prácticas heterosexuales, dado el poco número de casos del primer grupo. Para Stall y Ostrow (1.989), Watters (1.989) la transmisión del S.I.D.A. por vía heterosexual está aumentando. En el caso de España, sabemos que los casos declarados por el Registro nacional del S.I.D.A. informan también de un importante crecimiento de la vía heterosexual. Pensamos que esto puede ser consecuencia de la información en torno a esta enfermedad, que circunscribió a drogadictos, homosexuales y hemofílicos como grupos

de riesgo.

2. Informacion y actitudes frente al S.I.D.A.

En otro orden de cosas fueron los A.D.V.P. seropositivos quienes, significativamente ($P<0.01$), temían más el desarrollo de la enfermedad que los seronegativos. Esto es lógico, pues eran los individuos seropositivos quienes presentaban Ac. del V.I.H., mientras que los individuos seronegativos no los presentaban.

Antes de iniciar el presente trabajo creíamos se detectarían ciertos niveles de ansiedad, angustia o preocupación en ambas poblaciones de A.D.V.P.. En aquéllos que presentaban Ac. frente al V.I.H. esperábamos encontrar ciertos niveles de ansiedad y angustia por su temor al desarrollo de la infección en el plazo de unos años. En quienes no presentaban los Ac. (algunos habían llevado a cabo prácticas de riesgo) se recomendaría la repetición de las pruebas para comprobar la posible aparición tardía de Ac., con el consiguiente tiempo de inseguridad diagnostica.

El temor al desarrollo del S.I.D.A. por parte de los seropositivos no lo hemos detectado en el cuestionario de ansiedad y depresión de Hassanjeh (como más tarde explicaremos). Pensamos que, mientras por un lado son conscientes de la clara realidad, por otro su inconsciente lo niega a toda costa. De aquí que se perciba en el propio sujeto un gran distanciamiento de las vivencias internas que lleva implícito el ser V.I.H. positivo.

Los A.D.V.P. seropositivos asintomáticos trás la ausencia del duelo, que acompaña a todo acontecimiento desafortunado de la vida, requerirían una atención especial, como población considerada de alto riesgo para desarrollar problemas o desórdenes psicopatológicos. La experiencia nos hace sospechar que tal vez cuando hayan superado el período más difícil de la toxicomanía, se permitan comenzar a elaborar el grave problema de salud que los acecha, siendo esta una fase de debilidad en la que las reacciones psicológicas y psicopatológicas pueden surgir.

En aquellos A.D.V.P. seronegativos que fuesen conscientes de haber incurrido en prácticas de riesgo en los últimos meses pensábamos encontrar ciertos temores que podrían expresarse como psicopatología, necesitando pues, unos cuidados determinados. Pero dado que predomina el mecanismo de negación (común con los seropositivos), y el hecho de haber reconquistado al apoyo familiar al estar bajo tratamiento no aparece ese desasosiego que esperábamos encontrar.

Quizás haya podido intervenir una no información de la posibilidad de seroconversión si se ha incurrido en prácticas de riesgo últimamente.

Estos últimos resultados, difieren de Seidl y Goebel (1.987) quienes describen en poblaciones de A.D.V.P. seronegativos al V.I.H. con prácticas de riesgo recientes, cierto grado de stréss, y disconfort, considerándolos pues, como grupo que necesita una terapia concreta.

En resumen, los seropositivos deberían contar con especialistas que les brindaran apoyo psicológico y les acercaran al conocimiento veraz y objetivo sobre qué significa desde: "tener Ac." hasta "la etapa final de S.I.D.A", propiamente dicho. A la vez, en los seronegativos que hubiesen incurrido en prácticas de riesgo se deberían investigar mejor las posibles causas ante la ausencia de ciertos niveles de preocupación.

En opinión de Rodriguez y Salazar (1.992) "la imagen que reflejan los pacientes no parece integrar en absoluto el discurso social transmitido por el sistema a través de los medios sociales de comunicación. Los sujetos de riesgo parecen vivir ajenos a este peligro. Hacen su vida, mientras pueden, en un mundo distinto en el que rige otro sistema de valores. Reaccionan, en general, como <<enfermos normales>>. Presentan una conducta de enfermedad relativamente normalizada. Conocen lo que significa el "ser portador". Sin embargo, la posibilidad de convertirse en pacientes y la eventualidad de contagiar a los demás no les lleva a eliminar sus conductas de riesgo, aunque sí a modificarlas de forma significativa.

Por otra parte, desafortunadamente, la población motivo de estudio, considerada la de más alto riesgo en nuestro país para la infección V.I.H., acostumbra a usar el preservativo de manera significativa, sólo en un 58% entre los no portadores de anticuerpos y en un 28.5% entre los portadores. Así pues, al riesgo de transmisión que implica compartir jeringuillas, propio de los A.D.V.P., se suma el riesgo de la vía sexual.

Ahora bien, entre tanto infortunio, al menos la información alrededor del S.I.D.A. modificó las conductas de riesgo en las prácticas sexuales. Los seropositivos tendieron a usar con mayor frecuencia los preservativos a la vez que redujeron de forma significativa ($P<0.05$), los contactos sexuales; aunque con estas prácticas no se elimina totalmente el riesgo de infección.

El Estudio del Plan nacional sobre drogas (1.991) encuentra hallazgos similares para el mismo tipo población.

Para Rodriguez y Salazar (1.992), a pesar de que casi la totalidad sigan realizando prácticas de riesgo, un porcentaje considerable (50%) modificaron dichas prácticas, tanto en las relaciones sexuales como en los hábitos higiénicos o en el uso de drogas en ambos grupos A.D.V.P.. Consideran que ello indica una cierta aceptación del rol de enfermo.

En cambio, Pascual, Rubio, et al. (1.989) no encontraron modificaciones en las prácticas sexuales entre sus dos poblaciones de A.D.V.P.

Nosotros encontramos un mayor porcentaje de A.D.V.P. que emplean el preservativo con motivo del S.I.D.A. (24% de los seronegativos y 64% de los seropositivos), mientras que este motivo fue para el Estudio del Plan nacional sobre drogas (1.991) sólo un 2%.

Cuando nos interesamos por el grado de información real y objetiva de los A.D.V.P. en torno a las drogas con anterioridad a su

inicio en el consumo, encontramos cifras escalofriantes de adictos que desconocían casi todo sobre éllas, excepto el efecto placentero de las mismas (83.3% de seronegativos y 78.4% de seropositivos).

Y lo que es aún peor, una importante proporción de sujetos (29.8% de seronegativos y el 28.6% de los seropositivos) hubieran consumido drogas de todos modos de haber recibido una información adecuada sobre sus efectos. Sería interesante investigar los antecedentes psiquiátricos paternos de estos A.D.V.P., dado el alto índice de alcoholismo de los padres, con el fin de determinar el papel de la herencia en este subgrupo.

Recordemos los trabajos de Kosten y Rousanville en este campo (1.991) donde se pone de manifiesto el carácter hereditario de las toxicomanías en hijos de padres alcohólicos.

Por otra parte, observamos que, aproximadamente, la mitad de los seronegativos y de los seropositivos tenían amigos consumidores de heroína.

Resultó alentador el corroborar que los pacientes una vez que están bajo tratamiento de su dependencia, adquieren un nivel de información adecuado sobre el S.I.D.A. en especial a cerca de los mecanismos de transmisión. Esto lo comprobamos tanto en el 78% de los seronegativos como de los seropositivos.

El nivel de conocimientos, indica que los pacientes están bien informados con respecto al riesgo de infección por V.I.H. que suponen

sus prácticas de riesgo. En cambio, no modifican dichas practicas de riesgo en la misma medida de sus conocimientos.

Según el Estudio del Plan nacional sobre drogas (1.991), el grado de conocimientos sobre el S.I.D.A. es mayor en los portadores de anticuerpos. Este hallazgo no se observa en nuestro trabajo.

A la vista de estos resultados tendríamos que insistir para que los pacientes llevaran a la práctica al cien por cien los conocimientos que poseen. Aunque la adquisición de conocimientos es muy positiva no es suficiente. Se debe de acompañar de medidas que conduzcan a un resultado positivo. Estamos de acuerdo en cierta manera, con Hingson, Sternin y Berlin (1.990), que estudiando la población general, observaron que el hecho de tener mayor nivel de conocimiento sobre la transmisión del V.I.H. no influía en el uso del preservativo.

Nos vamos a referir al factor de riesgo propio de los A.D.V.P.. Se trata, como es sabido, del contagio por el uso compartido de las jeringuillas. Los individuos seronegativos, significativamente, no compartían el material de inyección antes de tener información sobre el S.I.D.A. en el 74.4% de los casos frente al 24.2% de los seropositivos. Como vemos, los seropositivos utilizaban menos las jeringuillas estériles individualmente, lo cual era de esperar.

En cambio, trás la información sobre el S.I.D.A. al estar bajo tratamiento y después de tener conocimiento del estado serológico frente al V.I.H. encontramos una alta diferencia significativa entre ambos grupos. Es decir, los heroinómanos seropositivos son quienes

pasan a utilizar con más frecuencia individualmente la jeringuilla (76% frente al 26% de los seronegativos).

En nuestro trabajo los A.D.V.P. seropositivos, después de conocer el estado serológico y estar bajo tratamiento, modifican en mayor proporción las conductas de riesgo de infección (usan más el preservativo y aumenta el uso individual de las jeringuillas). En esta linea, Stimson, Aldritt, Dolan, (1988) encuentran cambios favorables en adictos a drogas que utilizaban el servicio de intercambio de jeringuillas estériles en Inglaterra.

Como afirman Friedman, Des Jarlais y Goldsmith (1.989) "la disminución de las prácticas de riesg tiene un efecto favorable sobre la probable evolución de la infección por V.I.H.. Al disminuir los estímulos antigénicos la replicación del virus no se verá acelerada y el pronóstico de los pacientes será mejor, aumentando el período medio de latencia-incubación del S.I.D.A.. Además, desciende el riesgo de transmisión a personas a partir de los pacientes seropositivos.

3. Historia de la toxicomanía.

Entramos en el capitulo de la historia de la toxicomanía de los pacientes A.D.V.P.

El grupo de heroinómanos por vía intravenosa de este estudio, iniciaron su carrera como fumadores a la edad de 12.5 años.

Se suprimió la variable que aludía al número de pacientes que

fumaban, por ser pocos quienes respondieron con sinceridad.

También observamos escasa sinceridad a la hora de saber cuantos bebían hasta el momento de realizar la entrevista, aunque obtuvimos más casos que en la variable del tabaco. Así, entre los que contestaron, un 70% aproximadamente, de cada submuestra bebía alcohol. Concretamente, con relación a edad de inicio del tabaco (x=12 años) los seronegativos comenzaron dos años más tarde a beber (x=14 años). En cambio, los seropositivos se iniciaron en la ingesta de alcohol sólo un año más tarde (x=12 años) que en el tabaco (x=13 años).

Curiosamente los seronegativos fueron quienes de manera significativa, tuvieron más problemas con el alcohol (51% frente al 30% de seronegativos).

Antes de ponerse en tratamiento para la drogodependencia, ninguna de las dos subpoblaciones de A.D.V.P. bebían alcohol en exceso.

Los seropositivos se iniciaron antes en el consumo de cánnabis (x=16 años), y de heroína (x=18 años) de manera significativa ($P<0.05$ y $P<0.025$ respectivamente) con respecto a los seronegativos.

También los A.D.V.P. seropositivos se inician con anterioridad en el consumo de alcohol aunque sin alcanzar significación (x=13 años frente a x=14 años en seronegativos).

De modo que introducirse en las drogas antes citadas (cánnabis y heroína) a una temprana edad es un factor de riesgo en la

transmisión de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

Pensamos que han podido confluir dos causas:

- el desconocimiento de la enfermedad (S.I.D.A.) cuando los jóvenes A.D.V.P. se iniciaron en la toxicomanía.
- y, la deficiente maduración personal la cual conlleva una menor responsabilidad. Bajo esta inmadurez es más fácil dejarse seducir por los resultados placenteros de las drogas, sin pensar en la posibilidad de transmisión de distintas patologías infecciosas, entre ellas el S.I.D.A..

También para el Estudio del plan nacional sobre drogas (1.991), el riesgo de infección aumentó a medida que la edad de inicio en la heroína fue menor.

Los A.D.V.P. seropositivos han permanecido durante más tiempo consumiendo heroína que los seronegativos, con una $P< 0.001$. Se deduce un tiempo de exposición más largo, aumentando la posibilidad de compartir la jeringuilla. El largo periodo en la adicción a la heroina con el consecuente deterioro físico informan de la gravedad de la drogadicción. El mayor grado en la dependencia (aunque llega un período en el que el estado de dependencia física es tan importante que consumen a solas) implicaría ser menos exigentes, menos rigurosos y utilizar desesperadamente (por necesidad o por estar las farmacias lejos, cerradas, etc.) la jeringuilla con otros jóvenes heroinómanos.

Consideramos que estos últimos factores: inicio precoz en el cánnabis y en la heroína y un mayor período en el consumo de heroína, juegan un papel primordial en el riesgo de transmisión de la infección por V.I.H. en los A.D.V.P..

No fueron relevantes las diferencias halladas en la duración del consumo de cánnabis y cocaína, entre uno y otro grupo. Por este motivo no se considera un factor de mayor riesgo los años de consumo de ambos tóxicos.

La frecuencia de consumo de heroína no manifestó relación con el incremento de infección por V.I.H..

En este trabajo (TABLA B-116) se pone de manifiesto la politoxicomanía de los heroinómanos, ya de todos conocida.

De otro lado, la primera experiencia con el tóxico fue positiva, aproximadamente, para la mitad de los jóvenes de cada submuestra. Por regla general fueron los amigos quienes le proporcionaron dicha droga (74% de los seronegativos y 50% de los seropositivos).

La curiosidad y, en menor proporción, la conformidad social fueron las causas principales que introdujeron en el consumo de drogas a la mitad de los jóvenes heroinómanos, seronegativos y seropositivos. Otras etiologías como: "estar harto de todo, nuevas sensaciones, evasión, búsqueda de placer y felicidad, estar prohibidas e imitar a mayores" aparecieron de forma menos importante.

Sin embargo, "la curiosidad junto al hecho de tener amigos consumidores" (24% de los seronegativos; 29% de los seropositivos) se define como la razón más relevante del paso de la primera droga a la heroína. A ello sigue bien "la curiosidad" (30% de los seronegativos; 16% de los seropositivos) o bien "el tener amigos consumidores" (20% de los seronegativos; 27% de los seropositivos) y, finalmente, "la evasión de los problemas" (15% de los seronegativos; 16% de los seropotitivos). Otras razones de menor interés fueron: "tener esposo consumidor, la fármaco-dependencia y posterior restricción farmacéutica, la ansiedad, el imitar a mayores, y la utilidad como afrodisíaco".

La inmensa mayoría de los A.D.V.P. utilizaron la vía intravenosa en su primer contacto con la heroína. También los que usaban cocaína lo hacían por ésta vía.

Los A.D.V.P. seropositivos consumían heroína solos, principalmente, de manera significativa, con respecto a los jóvenes V.I.H. negativos. Este resultado está en la línea del mayor grado de dependencia de los individuos seropositivos, lo que favoreció el uso compartido de jeringuillas en el pasado.

La primera experiencia con la heroína la recuerdan como agradable el 72% de los seronegativos y el 78% de los seropositivos. Este elevado porcentaje de jóvenes que vivieron el primer contacto con la heroína como positiva, influyó, en el uso repetido del tóxico y en el incremento de años consumiéndolo. Además, esta experiencia placentera (en ambos grupos) los llevó a permanecer más tiempo con la heroína que

con el cánnabis. Recordamos que el primer contacto con el cánnabis fue grato para un número menor de heroinómanos.

En nuestro estudio encontramos que tanto los seronegativos como los seropositivos traficaron con droga; si bien fueron estos últimos quienes practivaron el tráfico ilícito, en mayor proporción. Esta circunstancia intervendria como factor de riesgo en la transmisión de la infección V.I.H.. En esta linea, Soler Arrebola P. (1982) señaló que los delitos cometidos con mayor frecuencia por los A.D.V.P. eran el tráfico de drogas, entre otros.

Los A.D.V.P. seropositivos después de inyectarse una dosis significativamente, sufrieron en mayor número accidentes (coche, moto, etc.) e intervinieron en discusiones, peleas, etc. que los seronegativos. También tuvieron en mayor proporción síndromes de abstinencia ($P< 0.01$) y del mismo modo, en mayor número habían contactado con centros de tratamiento para la drogodependencia que los seronegativos ($P< 0.05$). Todo esto, está en conexión con la idea acerca de que son los seropositivos los más veteranos en la adicción a la heroína con el subsiguiente cortejo de hechos que podrian favorecer la transmisión de la infección por V.I.H..

Contribuyen a favorecer el riesgo en la transmisión de la infección por V.I.H. en los sujetos A.D.V.P.las siguientes situaciones:

- haber sufrido accidentes y verse involucrado en discusiones después de una dosis
- haber tenido síndromes de abstinencia y,

- haber iniciado algún tratamiento para la adicción con anterioridad al actual.

En definitiva , estos tres hechos son indicadores de una más grave dependencia a las drogas, dado que se iniciaron en la heroína a edades más tempranas y permanecieron durante más tiempo con este hábito. De ahí que aumente el tiempo de exposición y las posibilidades de compartir la jeringuilla.

En el Estudio del Plan nacional sobre drogas (1.991) encuentran que a mayor frecuencia en el uso de la heroína mayor número de tratamientos iniciados. Esto sugiere la necesidad del paciente de detener su adición. Nosotros no encontramos relación entre el número de desintoxicaciones y la gravedad de la adición. Sí detectamos significación en la proporción de sujetos seropositivos que habían comenzado antes algún tratamiento con respecto a los negativos como ya hemos comentado.

Más del 80% del total de A.D.V.P. eran conscientes de no poder abandonar por sí mismos su adicción a las drogas. Esto era un buen indicador, en principio, de éxito en el tratamiento de desintoxicación.

Menos de la mitad de los heroinómanos que, trás desintoxicación abandonaron la heroína, se habituaron a otra droga como sustituto. Dicha droga fue el alcohol principalmente, tanto para los seronegativos, (36%) como para los seropositivos, con cierto predominio en estos últimos (alcohol el 27%, alcohol y cánnabis el 13% y alcohol y psicofármacos el 20% de los individuos). Esto corrobora el hecho de

que los individuos seropositivos cuentan con una mayor intensidad de la toxicomanía.

Y por último, son los seropositivos quienes, significativamente, se involucraron en mayor número en problemas judiciales predominando los de carácter grave (prisión). Interpretamos que la mayor proporción de los problemas legales y la gravedad de los mismos son elementos favorecedores del riesgo de transmisión de la infección por V.I.H.. Esto se debe a la cadencia de las siguientes situaciones: inicio precoz en el consumo de heroína, menos responsabilidad, aumento de las posibilidades de compartir el material de inyección; a lo que se suma una mayor gravedad de la dependencia reflejada en la mayor proporción de inicio de tratamientos previos al actual, de síndromes de abstinencia, participación en actos violentos, aparición de problemas legales y, su carácter grave.

Desde un punto de vista criminológico la toxicomanía se situa en un lugar importante, por la necesidad de procurarse el dinero suficiente para la adquisición de droga, que conduciría a estos sujetos a realizar numerosos robos y asaltos, entre otros; siendo las drogas más implicadas en conductas delictivas los opiáceos en comparación con otro tipo de sustancias (Soler Arrebola, P. 1982).

Recordemos que eran los sujetos seropositivos quienes de mamera significativa empleaban menos el preservativo en sus contactos sexuales. Por todo ello, creemos que existen razones suficientes para pensar en una mayor exposición al riesgo de infección por el V.I.H. en los A.D.V.P. seropositivos, tanto por el uso compartido del material

de inyección (por necesidad imperiosa) como por los contactos sexuales sin medidas de prevención.

Nos parece conveniente puntualizar algunos aspectos aclaratorios que nos sirven para recordar como estaba la investigación del S.I.D.A. en el momento de iniciar el presente trabajo. La investigación en torno al S.I.D.A. ha seguido un recorrido vertiginoso. Aparecieron, en muy poco tiempo, trabajos publicados de casos clínicos realizados en Nueva York, San Francisco, etc., fundamentalmente. Con la particularidad de que en la sociedad americana el primer grupo de riesgo lo constituían los individuos homosexuales. Por este motivo la bibliografía aludía a la clínica del S.I.D.A. en homosexuales.

En España la población de más alto riesgo de infección V.I.H. es la de adictos a drogas por vía parenteral. En los individuos A.D.V.P. el desarrollo del S.I.D.A. se puede manifestar o no de la misma forma que en los homosexuales, hemofílicos etc. No obstante, estos últimos grupos de riesgo conservan un sistema inmunológico normal; lo que no ocurre en los sujetos A.D.V.P. cuyo organismo es más vulnerable para las infecciones, traumatismos y demás patologías.

Por otra parte, los primeros trabajos publicados nos informaban a cerca de síntomas psicopatológicos en enfermos de S.I.D.A. sin hacer distinción en la etapa de la enfermedad en la que se encontraban los pacientes incluidos en los estudios. Esto ocasionó resultados dispares.

Posteriormente, Italia (sobre todo Milán), Escocia (principalmente Edimburgo) y España, entre otros países, iniciaron su

andadura investigadora. Esta situación tiene dos vertientes:

a) la vertiente negativa: en estos paises el número de afectados comenzó a ser importante.

b) la vertiente positiva: en Edimburgo, Italia y España, el principal grupo de riesgo son los adictos a drogas por vía parenteral. De este modo, se podrían extrapolar y comparar resultados llevados a cabo por investigadores que estudian a los A.D.V.P.; aunque debemos ser cautos.

Tambien, actualmente se conoce que los distintos niveles en la progresión de la infección V.I.H. se caracterizan por una clinica especifica.

V. B. ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE LOS FACTORES ESTRESANTES (A. V. de Paykel).

Como ya es conocido el strés influye negativamente en el sistema inmunológico. En este sentido podemos citar los trabajos de Kielcot-Glaser, Ricker, George, et al. (1984); Schleifer, Keller, et al., 1.983; Baker, Bayron, Irahr, et al. 1.984.

Centrándonos en la problemática del S.I.D.A. existen opiniones controvertidas en cuanto a la influencia del strés en la inmunidad.

Kessler, Foster y Joshep, et al. (1.991) no encuentran evidencia, de que el hecho de sufrir fuertes situaciones de strés tenga algún significado en el comienzo de la sintomatología en sujetos seropositivos asintomáticos. Para estos autores , no es necesario que los A.D.V.P. asintomáticos tengan que limitar sus condiciones de vida, para evitar posibles estresores ni desarrollar técnicas de afrontamiento contra el strés para prevenir la progresión del S.I.D.A..

En nuestra investigación el número medio de acontecimientos estresantes, de los A.D.V.P. seropositivos asintomáticos (x=6.2) fue significativamente más elevado que el de los seronegativos (x=5.2). La influencia del strés crónico en el sistema inmunológico podría favorecer la progresión o desarrollo del S.I.D.A. en una inmunidad manifiestamente deteriorada por el V.I.H. (Arranz, P. y López, 1.987; Arranz, P. et al., 1.986; Bayes, R. 1.986, 1.987, 1.988) han mostrado que la habilidad del V.I.H. para replicarse viene potenciada por la

presencia de hormonas tales como los corticoides y la hidrocortisona, cuya secreción, como señala Glaser y Kielcot - Glaser (1.987), puede ser proporcionada por el stréss. Es por ello que estimamos la necesidad de dirigir unos cuidados especiales al grupo de seropositivos para cumplir con dos objetivos:

-por un lado, contrarrestar la sobrecarga de stréss, apaciguar un sufrimiento entre tantos otros de la azarosa vida de estos enfermos,

-y de otro lado, conseguir una mejor calidad de vida.

De este modo la infección asentará en un organismo con un sistema de defensa más estable retrasando la evolución de la enfermedad.

En el estudio individual de los factores estresantes de la escala de Paykel, en los A.D.V.P. seropositivos encontramos diferencias significativas en dos de ellos:

a) haber padecido una enfermedad grave (43% en seronegativos; 25% en seropositivos), ($P<0.05$),

b) y, haber cambiado con frecuencia de domicilio (61% en seropositivos; 39% en seronegativos), ($P<0.02$).

En el primer caso se trataba de la infección por el V.I.H., principalmente; hallazgo lógico por ser uno de los criterios de inclusión en nuestro trabajo.

En el segundo caso se corrobora lo que venimos viendo acerca de

que son los seropositivos quienes han llevado una vida más inestable, con el consiguiente incremento de riesgo en la transmisión de la infección V.I.H.

En el resto de factores estresantes estudiados, no se observaron grandes diferencias entre ambas poblaciones de A.D.V.P.. No obstante, en determinados estresores se reúnen mayor número de sujetos seropositivos, sin alcanzar diferencia estadística.

Como síntesis podemos establecer que, dada la continua interacción entre el sistema nervioso, inmunitario y endocrino, cualquier perturbación en los individuos seropositivos, iniciada a través de uno cualquiera de los tres sistemas por estímulos que posean esta capacidad, de forma natural (por ejemplo, un antigeno) o adquirida (por ejemplo, una situación estresante), puede, probablemente, ser capaz de alterar el equilibrio existente; producir o facilitar la transición de una seropositividad asintomática a la enfermedad manifiesta.

En este momento, se ignora qué características debe presentar esta perturbación para que pueda considerarse peligrosa. En principio, parece prudente no poner límites a las mismas. Hay que tener en cuenta que si tiene lugar un cambio de este tipo, parece que un estado de inmunodepresión es susceptible de propiciar o facilitar la replicación del virus.

El individuo seropositivo debe evitar en lo posible todas aquellas estimulaciones que puedan conducirle a inmunodeprimirse. Se

debe formentar todas aquellas que, incrementen su inmunocompetencia.

A partir de aquí, nos referimos al conjunto de heroinómanos.

Respecto al mundo laboral, la mitad de los sujetos adictos a heroína iniciaron algún trabajo y cambiaron las condiciones del mismo. Además se encuentran en paro gran parte de éllos.

De estas variables se deriva la elevada proporción de jóvenes adictos a la heroína que contaron con serios problemas económicos (47% seronegativos y 63% seropositivos) y con dificultades menores con la ley, (37% de seronegativos y 39% de seropositivos).

En otro orden de cosas, la mitad de los A.D.V.P. aproximadamente, vieron incrementados tanto las discusiones con sus parejas o compañeras, como las separaciones con las mismas.

En cambio, desciende la proporción de A.D.V.P. que sufrieron la pérdida de un ser querido, familiar o amigo, al igual que, la proporción de aquéllos que convivieron con algún familiar enfermo. En los pacientes A.D.V.P. se dieron pocos casos tanto de abandono de hogar por parte de algún miembro de la familia como la llegada de alguien nuevo.

V.C. ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE ANSIEDAD, DEPRESION Y VULNERABILIDAD (Hassanyeh).

Para una mejor comprensión este apartado lo dividimos en dos:

a) Análisis de los resultados de ansiedad y depresión.

b) Análisis de los resultados de vulnerabilidad.

Comenzamos pues con:

1. Análisis de los resultados de ansiedad y depresión.

En la literatura científica revisada acerca de pacientes adictos a drogas por vía parenteral con infección V.I.H. asintomáticos, encontramos una gran controversia sobre si dichos enfermos presentaban depresión y/o ansiedad (Seidl y Goebel, 1.987), o por el contrario no (Cazullo, C. et al. 1.990). De ahí nuestro interés por conocer si estos pacientes padecían signos de ansiedad y/o depresión.

Para nuestro estudio hemos utilizado la escala de ansiedad, depresión y vulnerabilidad de Hassanyeh, a través de la cual se constataron dos hechos:

1.- las puntuaciones de ansiedad y depresión no alcanzaron diferencias estadísticas significativas entre los heroinómanos por vía intravenosa seronegativos y los seropositivos asintomáticos (ansiedad x=6 en ambos grupos),

2.- la puntuaciones indicaban la ausencia de síntomas clínicos importantes de ansiedad y depresión.

Estos resultados nos sorprendieron. Nuestro interés se centraba en heroinómanos por vía intravenosa a quienes recientemente se les había comunicado el diagnóstico de ser portador del virus de la inmunodeficiencia humana. Esto implicaba padecer una enfermedad viral nueva, grave, sin tratamiento eficaz conocido y elevado porcentaje de muertes; razones por las cuales parecía lógico encontrar tanto síntomas depresivos como de ansiedad relevantes. Pero a medida que avanzábamos en la entrevistas se comprobaba que no parecía ser así.

La ausencia de sintomatología depresiva importante en los A.D.V.P. seropositivos asintomáticos estudiados responde a varias razones:

- En primer lugar, este subgrupo de heroinómanos reúne una serie de características comunes (basándonos en resultados anteriores) que los definen como individuos con un mayor grado de dependencia a las drogas.

Esto supone un deterioro importante en diversas áreas de sus vidas (pérdida de las relaciones familiares, sociales, laborales, etc.); corroborado por Gala, Constanzo, Pergarne, et al. (1.990).

Ahora bien, el comienzo del tratamiento que conlleva la responsabilidad compartida entre enfermo, familiar y terapeuta es el primer paso para una progresiva recuperación de las relaciones familiares, sociales y laborales. Así mismo, la mejora del estado físico y psíquico es evidente.

Pensamos pues, que ante tanto logro, el sentimiento que predomina es el de un yo fuerte, autosuficiente. Así, al tener conocimiento de la presencia de un virus en su organismo, o como ellos entienden "tengo anticuerpos contra el virus" aunque sea de una enfermedad muy grave, es uno más de tantos avatares que les ha tocado vivir.

- En segundo lugar, hemos oído en múltiples ocasiones la frase: "tengo anticuerpos del S.I.D.A. pero no la enfermedad" que a pesar de ser cierta, encierra para los jóvenes toxicómanos otro significado. Ellos creen, en general, que han tenido la mala suerte de tener anticuerpos pero que afortunadamente no tienen el S.I.D.A.. Consideran que los desafortunados son quienes "tienen el S.I.D.A." y están ingresados en los hospitales presentando síntomas evidentes de extrema delgadez, desnutrición; en definitiva caquécticos.

Esta desinformación quizás se deba, entre otras causas, a la prensa sensacionalista, y otros medios de comunicación social.

Consideramos más acertado proporcionarles a los afectados por esta enfermedad una información completa sobre la misma que les llevase a tomar una actitud más activa. En este sentido, la incorporación en su forma de vida de adecuados hábitos alimentícios, higiénicos, etc., implicaría para los mismos una mejora de la calidad de vida. Catalan, Riccio (1990), como nosotros estiman que todos los servicios implicados en el tratamiento de afectados por el V.I.H. deban replantearse el modo de atención al paciente.

Pudiera suceder que la resolución de problemas urgentes que se les plantean con su drogadicción impidan tomar conciencia de la enfermedad que los aqueja.

Tal vez en una fase posterior cuando las circunstancias anteriores desaparezcan o mejoren, tomen conciencia de la enfermedad con la consiguiente aparición de psicopatología.

Además podria intervenir la activación de un mecanismo psicológico de defensa que al igual que nosotros defienden Ostrow, DG. 1.988; Gala, Constanzo y Martin, et al. 1.989.

2. Análisis de los resultados de vulnerabilidad.

La vulnerabilidad se entiende por una inestabilidad que predispone a estar clinicamente angustiado o deprimido a la hora de enfrentarse con la incertidumbre o con la dificultad.

Los valores conseguidos en nuestro estudio no reflejan indícios de vulnerabilidad en los A.D.V.P. seropositivos asintomáticos. Así pues, no consideramos la vulnerabilidad un factor de riesgo en la transmisión de la infección por el V.I.H..

Los autores de la escala, Hassanyeh, Eccleston y Davison (1.981) consideran que la ausencia de depresión hace que podamos estimar las puntuaciones en la subescala de vulnerabilidad. Afirmación lógica puesto que la experiencia clínica muestra que cuanto más depresivo es un paciente es más probable que tenga un concepto deformado de sí

mismo, y por lo tanto, es más vulnerable.

Los hallazgos a cerca de la no predisposición para estar clinicamente angustiado o deprimido cuando se encuentran con dificultades no casan con la opinión de algunos autores Freud (1.905), Rado (1.933) sobre la poca capacidad o escasa tolerancia a las frustraciones, a los fracasos de los jóvenes drogodependientes, que encuentran en la droga el remedio a su angustia ante el fracaso, y los conflictos.

V.D. ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE LAS FUNCIONES COGNITIVAS (Mini-examen cognoscitivo).

Los investigaciones dedicadas a estudiar las funciones cognitivas (orientación, concentración, memoria, fijación, lenguaje y construcción) en poblaciones de A.D.V.P. seropositivos frente al V.I.H., pero asintomáticos, produjeron resultados muy dispares. Las causas quedaron expuestas en el apartado de justificación y objetivos.

Ahora bien, consideramos interesante constatar al respecto la no existencia de un consenso internacional en la batería de test a utilizar para detectar los déficits intelectivos. De hecho cada grupo de trabajo utilizaba el método de exploración (test, cuestionario, escala) que creía más adecuado. Además las características de validez, sensibilidad y especificidad del método empleado eran distintas; de ahí que los resultados con los distintos métodos no sean extrapolables.

La aparición de un déficit global o parcial de las diferentes áreas cognitivas, podría indicar una afectación del S.N.C. desde estadíos precoces de la infección V.I.H.

El interés de diagnosticar los posibles déficits cognitivos precozmente, se centra en la instauración rápida del tratamiento con azido-vudina (AZT) puesto que se ha demostrado la mejoría clínica en cuadros de ésta índole, (Yarchoan, Brouwen, Spitzer, et al., 1.987).

Este fue el motivo por el que estudiamos en sujetos A.D.V.P. seropositivos al V.I.H., asintomáticos la existencia de déficits

cognitivos.

Para su estudio empleamos el Mini-examen cognoscitivo adaptado en España por Lobo, Escolar et al. (1.980) a partir del original de Folstein y Mc Hugh (1.975).

En nuestra investigación a este respecto, se observaron dos hechos:

1. No se encontraron diferencias significativas entre los A.D.V.P. seropositivos asintomáticos con respecto a los seronegativos (x=32 en ambos grupos), y

2. No se manifestaron déficits cognitivos parciales ni un déficit cognitivo global.

Estos resultados parecen indicar que en estadios tempranos del S.I.D.A. no se afecta el S.N.C.. Ahora bien, tal vez exista una afectación precoz del S.N.C. en estos enfermos, aún no manifiesta clinicamente. En esta línea, son varios los investigadores (Wiley, Schrier, Denard, 1986; Petito, Cho, Lemann, 1986) entre otros, que describen la afectación del cerebro por infecciones oportunistas (frecuentes en A.D.V.P.) y (Keh, Kerber, 1988; HOD, et al. 1985) que detectan la presencia del V.I.H. en el tejido cerebral, en pacientes de S.I.D.A. en estadios precoces de la enfermedad.

En este sentido, es muy importante resaltar que (Keh, 1988) aún encontrando V.I.H. en el liquido cefalorraquideo y en el S.N.C. no halla anomalías en el tejido cerebral. De esto se deduce la coexistencia del V.I.H. en cerebro y la no evidencia de sintomatología.

Lo ideal hubiese sido la realización de una tomografía axial computarizada (T.A.C.) y el análisis del liquido cefalorraquideo de los A.D.V.P., pero por razones obvias no se llevó a cabo.

Nuestros resultados están de acuerdo con investigaciones que incluyen un grupo control (individuos seronegativos):

Esto es así para O'Dowd et al. (1.988), Tross, Abdul-Quader, Friedman, et al. (1.988) quienes no observan diferencias entre A.D.V.P. seropositivos asintomáticos y seronegativos.

Al igual que Selnes et al. (1.988) quien en dos estudios distintos en homosexuales no encuentran tampoco que halla diferencias entre homosexuales seropositivos asintomáticos y seronegativos.

También Catalan et al. (1.988), Naber et al. (1.990) estudiando dos poblaciones de hemofílicos no detectan diferencias entre seropositivos asintomáticos y seronegativos. Lo mismo que Goethe, Mitchel, Marshall, et al. (1.988) sólo que, en este caso, el autor no especifica al grupo de riesgo de infección V.I.H. que investigó.

En cambio, investigadores que estudian seropositivos asintomáticos pero sin grupo control describen alteraciones cognitivas, como ocurre con Alexius, Wetterberg, Saaf, et al. (1.989) en homosexuales donde se describe un 70% de deterioro de las funciones motoras, un 55% con dificultades de concentración y, por último, el 40% con alteraciones de memoria. Del mismo modo, la O.M.S. (1.988) en una población de riesgo no especificada manifiesta un 88% de alteraciones

motoras y conductuales.

Es, por todo lo anterior que (Boget, 1.991) observa que las investigaciones que incluyen grupos control (individuos seronegativos) no observan diferencias significativas en cuanto al funcionamiento cognitivo entre ambos grupos, pero sí se describen en aquellos trabajos que estudian individuos seropositivos asintomáticos exclusivamente.

Por otra parte Grant y Atkinson (1.987) detectan en un 54% déficit cognitivo en homosexuales seropositivos diagnosticados de complejo relacionado con el S.I.D.A., y mayor proporción, 87% en afectados de S.I.D.A. propiamente dicho. También Jansen et al. (1.989) hallan alteraciones neuropsicológicas en homo/bisexuales en fase de complejo relacionado con el S.I.D.A.. Para finalizar Robinow et al. (1.988) en homo/bisexuales describen un déficit neuropsicológico en enfermos en la etapa de complejo relacionado con el S.I.D.A.

En líneas generales, aquellos investigadores que ponen su atención en los diversos grupos de riesgo incluyendo las diferentes etapas, parecían estar de acuerdo en el hecho observado de que las alteraciones neuropsicológicas se encuentran en mayor proporción en los estadios más avanzados. Es decir, en enfermos diagnosticados de complejo relacionado de S.I.D.A. y S.I.D.A. propiamente dicho.

Por último, volviendo a nuestros resultados estos coinciden con la mayoría previamente publicados acerca de que los pacientes V.I.H. positivos asintomáticos, tomados como grupo no presentan alteraciones neuropsicológicas significativas respecto a los controles dentro del mismo grupo de riesgo, ya sean hemofílicos, A.D.V.P. u homosexuales.

V.E. ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE LAS CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD, DEPRESION, NEUROSIS Y FUNCIONES COGNITIVAS (P. Rorschach).

1. Análisis de los resultados de las características de personalidad:

a) Significaciones

La utilización del test de Rorschach en nuestro trabajo ha perseguido como objetivo: determinar caracteristicas de personalidad y detectar una posible depresión y deterioro cognitivo.

El estudio de las características de personalidad nos han ayudado a determinar diferencias existentes entre los heroinómanos seropositivos y seronegativos con el objeto de establecer posibles factores de riesgo en la transmisión del V.I.H.

En el trabajo que nos ocupa hemos encontrado en los heroinómanos seropositivos asintomáticos una disminución del porcentaje de formas bien vistas (F+%) y de la frecuencia de aparición del tipo de sucesión ordenada, con respecto a los A.D.V.P. seronegativos.

Por otro lado, también en los A.D.V.P. seropositivos al V.I.H. se observa (con respecto a los negativos) un porcentaje de respuestas originales más elevado , (principalmente de mala calidad) junto al predominio del tipo de sucesión ausente.

En el orden intelectivo una respuesta de forma bien vista significa :

- la existencia de un buen control de la realidad
- la capacidad para hacer buenos engramas,
- una buena facultad de concentración y de atención, y
- una buena capacidad de autocrítica.

El porcentaje de formas bien vistas es, ante todo, un importante factor parcial para el juicio de la inteligencia y aparece en cierta relación con la exactitud de la observación y la capacidad de concentración. El F+% puede ser considerado, hasta cierto punto, también como una función del Super-Yo.

El descenso del F+% en los heroinómanos seropositivos (69% frente a 76% en seronegativos) representa, pues, una menor capacidad del control consciente de sí mismos,que les lleva a tener una mayor desorganización e inestabilidad en su forma de vida.

Esto vendría a corroborar los resultados obtenidos con anterioridad por nosotros a cerca del tiempo de consumo de heroína, una mayor desorganización social y laboral con el consiguiente aumento de los factores de riesgo en la transmisión de la infección por V.I.H.

Las repuestas originales significan la posibilidad intelectiva de aportar algo nuevo, insólito, y personal a la experiencia compartida. Pero no basta, con que halla originalidad, sino que ésta tiene que ser bien vista (+), pues cuando un sujeto crea algo tiene que tener un sentido de utilidad para él mismo y los otros.

En nuestro trabajo respecto al porcentaje de respuesta originales principalmente de mala calidad (10% en seropositivos; 5% en seronegativos) se evidencia un porcentaje de respuesta originales (principalmente de mala calidad) más elevado en los A.D.V.P. seropositivos, que significaria un signo de alteración nerviosa o mental.

La sucesión en las respuestas de las láminas es un indicador de la lógica del pensamiento, de la instrucción y disciplinas lógicas. Es especialmente un indicador de la función sintética del Yo. Concretamente la sucesión ordenada nos informa acerca de personas con aptitudes corrientes y una inteligencia clara.

Haciendo referencia a los pacientes A.D.V.P. seropositivos, objeto de nuestro estudio, (36% en seropositivos; 57% en seronegativos) se pone de manifiesto un descenso en las aptitudes corrientes y una inteligencia menos clara; circunstancia que nos hace sospechar en la posible existencia de un riesgo en la transmisión por la infección V.I.H.

En cuanto al tipo de sucesión ausente, también se obtuvo significación estadística. Eran los pacientes V.I.H. positivos asintomáticos en quienes se presentaba en mayor proporción (32% en seropositivos; 13% en seronegativos). Fundamentalmente, se debía a la frecuencia con la que aparecía sólo una respuesta por lámina. Por ello, no se pudo establecer ningún tipo de sucesión en el protocolo de Rorschach de estos sujetos.

En resumen, el descenso del porcentaje de formas bien vistas y de la sucesión ordenada junto al incremento de la sucesión ausente y del porcentaje de respuestas originales (de mala calidad, sobre todo) en los heroinómanos seropositivos con respecto a los seronegativos indica un aumento de las posibilidades en la transmisión de la enfermedad por V.I.H.

Hasta aquí nuestra investigación se ha centrado en las caracteristicas de personalidad que diferenciaban a los A.D.V.P. seropositivos y seronegativos, y su relación con la transmisión de la infección V.I.H.

A partir de ahora nos detendremos en la interpretación de los datos del conjunto de A.D.V.P. (heroína), debido a la ausencia de diferencias estadísticas significativas entre los individuos seronegativos y seropositivos.

b) Caracteristicas generales:

El **número medio de respuestas** es, según Rorschach, de 15 a 30 en un tiempo de 20 a 30 minutos. Así, teniendo en cuenta que, la media de respuestas por protocolo osciló entre 17.80 y 18.70 en seronegativos y seropositivos respectivamente y, que el **tiempo medio de duración** de la prueba fue de once minutos comprobamos la brevedad del tiempo empleado.

En cuanto al **tiempo de reacción**, entendido como el utilizado por el individuo en dar la primera respuesta ante la presentación de la

lámina, fue inferior a un minuto. Por este motivo calificamos la respuesta de precipitada.

Lo expuesto nos hace pensar en una tendencia común para intentar resolver las situaciones de la vida lo más rápido posible. Los A.D.V.P. se caracterizan por el paso a la acción (acting-out); resultado coincidente con Cancrini (1.987), Arsenault (1.971), entre otros. Tan escasa duración no responde a falta de colaboración pues se excluyeron casos cuando percibimos una aptitud de desinterés.

c). Elementos de la apercepción.

Respecto a los **elementos de la apercepción** Rorschach estableció en un protocolo determinado la media normal para 34 respuestas en 8 G, 23 D, 2 Dd y 1 DZW.

Esto difiere de nuestros resultados, ya que la **media de respuestas** por protocolo es de siete respuestas globales **(G)** junto a ocho respuestas de detalle **(D)**. Existe pues, un claro desequilibrio: una disminución de las respuestas D a expensas del aumento de las respuestas G.

Esto indica una mayor capacidad para la visión panorámica desde la apercepción de las grandes relaciones, por lo que están en una cierta relación con la inteligencia teórica y con el pensamiento sistemático. Es decir, acostumbran más a usar la visión de conjunto que detenerse en situaciones concretas de la vida; no emplean tiempo en los detalles aunque de ello se deriven beneficios; no sopesan las ventajas

e inconvenientes. En definitiva no analizan las situaciones teniendo en cuenta los diversas posibilidades si no que van al todo, a lo global.

Después del razonamiento anterior era de suponer encontrar bajo número de respuestas de pequeño detalle (Dd). La media de respuestas Dd osciló entre 0.90 y 1.67, en los sujetos seronegativos y seropositivos respectivamente.

Las repuestas de espacios en blanco (Dzw, DzwG) son una expresión de la agresividad y suponen una medida aproximada de la energía de la tensión agresiva. Aunque también debemos tener en cuenta que no siempre se halla manifiesta y dirigida hacia afuera. (Soler Viñolo, M, 1980).

En nuestro caso, la escasez de respuestas que incluyen el espacio en blanco (0.40%) señala la ausencia de tendencias oposicionistas al menos manifiestas. Autores como Rado, Meninger (1.933), Achie (1.977) destacan el carácter autodestructivo oculto en los pacientes drogodependientes.

A modo de conclusión resaltamos el aumento de las respuestas G en detrimento de las respuestas D.

Las respuestas globales según Zulliger (Bohm, 1.988) se relacionan con grados de desarrollo de la líbido. Concretamente se corresponde con el estadio oral, e indicaría una tendencia a la regresión del Yo.

En esta misma línea, Freud (1.905) vincula las toxicomanías al deseo de placer y al estadio oral del desarrollo (autoerotismo). Este autor entiende la droga como un sustituto de los conflictos con lo que se conseguiría un ahorro de energía psíquica.

También Fenichel (1.945) señala la esencia de las toxicomanías como una fuerte dependencia oral; al igual que Martin, C., Navarro y Elgarrista (1.985) estiman que los mecanismos de defensa, confortan la debilidad del Yo, pues ellos precisan de la regresión a la oralidad y al narcisismo.

d). Determinantes.

En cuanto al capitulo de los **determinantes** de las respuestas ante las manchas de las láminas nos detenemos en las repuestas de **forma**. La forma fue ló que determinó, sobre todo, las respuestas en los A.D.V.P.

El valor sistemático general de las respuestas F está determinado por su calidad.

Las respuestas de forma bien vista (F+) descubren, ante todo, una buena capacidad de observación; (el que habitualmente no es un buen observador no tiene engramas formales exactos y no puede, en consecuencia, expresarlos en la prueba); además de la observación ha debido concentrarse en el ejercicio de la misma para percibir formas bien vistas.

En nuestro caso, el predominio de formas bien vistas en los

seropositivos (76%) frente al (69%) de los seronegativos, habla a favor de la mejor capacidad de observación y concentración en los individuos A.D.V.P. seronegativos.

A las respuestas de forma bien vista le siguen en importancia las respuestas de movimiento **(B)** (x=1), forma-color **(FFb)** (x=1), color-forma **(FbF)** (x=1) y forma-claroscuro **(FHd)** (x=1). La media obtenida para estos determinantes está alrededor de una respuesta por protocolo.

En inferior proporción aparecen las respuestas cuyos determinantes fueron el color **(Fb)** (x=0.40), los claroscuros y la forma **(HdF)** (x=0.30) y los claroscuros **(Hd)** (x=1.17).

Todo apunta a que, efectivamente, la forma de las manchas de las láminas es el principal determinante de la respuestas para los jóvenes drogodependientes.

El escaso número de respuestas determinadas por el movimiento (B) nos esboza un conjunto de individuos con una pobreza del mundo de las vivencias. Según Rorschach (1.920) en estos protocolos los probandos no poseen la capacidad de poder completar componentes no dados con claridad. Este mismo autor afirma la existencia de una relación negativa entre el número de respuestas de movimiento y la movilidad manifiesta. Esto conecta con nuestro punto de vista.

Así pues, los jóvenes adictos a la heroína si algo les caracteriza mientras viven para la droga es su dinamismo que nos hace pensar en la no dedicación a un tiempo de reflexión; no se permiten el

detenerse a mirarse hacia dentro, a experimentar el mundo de las vivencias.

Para Bohm (1.988) las respuestas FFb, FbF y Fb, nos informan de la afectividad del probando.

Las respuestas FFb expresan un sentimiento que toma en consideración el objeto a la vez que permanece bajo un cierto control de la razón. Se aprecia el contacto afectivo, la capacidad de relación, la ligazón al objeto, la adaptación del sentimiento a la situación y a los intereses del objeto; además del control de la inteligencia, que contiene el sentimiento dentro de los limites moderados, el freno en el sentido de autodominio.

También Spitz (1.977) afirma que "la facultad de pensar permite una regulación de los instintos de modo que su expresión toma la forma de acciones dirigidas intencionalmente".

Las respuestas FbF entendidas como medida de la afectividad lábil pretenden establecer una relación duradera con el objeto pero no lo consiguen.

Después de la breve y concisa explicación sobre el valor sintomático de las respuestas FFb, FbF y dada la baja puntuación media de respuestas de color en los (A.D.V.P. estudiados) como determinantes, es evidente la casi total ausencia de la vida afectiva en estos sujetos. No podemos señalar si está dominando el razonamiento sobre los afectos o la vida afectiva sobre la inteligencia.

En resumen, los jóvenes A.D.V.P. estudiados, se caracterizan por una pobreza afectiva, es decir, existe una falta de sentimiento que tome en consideración al objeto, hay una falta de contacto afectivo, una incapacidad de relación.

Probablemente esa falta de sentimiento que toma en consideración al objeto, esa falta de contacto afectivo o incapacidad de relación (escasas FFb) se aproxime a lo que ya Fenichel (1.945) afirmaba acerca de los toxicómanos: "están en un estadio narcisista pasivo donde a través de los efectos de bienestar de la droga preservan su autoestima y satisface los deseos orales sexuales y, en definitiva, buscan una gratificación". Y en esta misma línea Chein (1.964) estima que subyace un trastorno narcisista con disforia, baja autoestima y depresión bajo un aspecto de fortaleza donde claramente hay un yo débil y un superyo rígido.

De otro lado, las escasas respuestas FHd nos dibujan individuos con un mal dominio consciente de las reacciones del estado anímico. No obstante para que esto hubiera sido muy claro deberían haber aparecido en contrapartida numerosas respuestas HdF.

Ya Rosenfeld (1.961) vinculó la adicción a las drogas con la psicosis maniaco-depresiva ya que entiende que poseen un yo débil y ven en la droga el mecanismo para reforzar lo maniaco, de manera que así se defiende de ansiedades depresivas y paranoides y por tanto está fijado en una posición esquizo-paranoide.

e) Contenido.

Iniciamos el capitulo del **contenido** de las respuestas ante las láminas, deteniéndonos en las de contenido animal.

Según Rorschach (1.920) en un protocolo normal el grupo de respuestas animales es el mayor porque, en parte por la simetría de las láminas y en parte por la especial forma de la mancha, los animales son más fácilmente percibidos.

De este modo, el predominio de las respuestas T en los A.D.V.P. donde las respuestas animales **(T)** prevalecen sobre otros intereses (observamos una media de siete a ocho respuestas T por protocolo) no significa que los individuos toxicómanos sientan una especial inclinación hacia los animales.

Las respuestas de contenido humano **(M)** indican el papel que representan los intereses humanos y sociales en la vida del probando. Este tipo de respuestas son muy escasas (una media de dos respuestas M por protocolo); de ahí el reducido papel de los intereses humanos y sociales en los A.D.V.P..

Los demás contenidos no merecen atención especial por la baja frecuencia con que aparecieron.

De todo esto se desprende que los intereses de los probandos toxicómanos no son muy ricos. Dicha circunstancia quizás sea el fiel reflejo de la carencia de motivaciones, objetivos o aspiraciones en

esta población.

f) Originalidad.

El siguiente capitulo a considerar, es la **originalidad** de las respuestas ante las manchas de las láminas. Hay que valorar las respuestas vulgares y originales. Las (V) son una medida del contacto intelectual, de la participación en el modo colectivo de comprender las cosas. Son una medida de como el probándo puede entenderse con el hombre de la calle.

Así, las respuestas **vulgares** dadas (una media de cinco por protocolo aproximadamente) por los individuos A.D.V.P. informan sobre una adecuada participación en el modo colectivo de comprender las cosas.

Las respuestas originales ya fueron explicadas al inicio de éste apartado.

g) Porcentajes y tipos.

En cuanto al **porcentaje de respuestas de contenido animal** (TZ) decir que es el más corriente indicador de la estereotipia. Señala la facilidad o dificultad de liberación de las asociaciones de su ligazón a una orientación ya establecida. El pensamiento resulta más móvil, cuanto más bajo es el TZ, más pesado cuanto más alto.

En el caso de los A.D.V.P. un TZ del 50Z significa una facilidad

o dificultad intermedia de liberarse de las asociaciones de la ligazón a una orientación ya establecida.

RORSCHACH llamó **tipo de apercepción** a la relación mutua de los modos de apercepción en un protocolo determinado. Recordemos que estableció la media normal para 34 respuestas en 8G, 23D, 2Dd y 1DZW.

En los heroinómanos estudiados, el predominio del tipo de apercepción G (75% en seronegativos y 79% en seropositivos asintomáticos) indica la conservación de una adecuada capacidad de compendiar, de sistematizar y de pensar técnicamente.

Como bien dijo Rorschach (Bohm,1.988) el **tipo vivencial** es el eje de toda la prueba. En opinión de Bohm (1.988) los tipos vivenciales son en efecto el factor más importante de todo el protocolo Rorschach pero sólo indica cómo la persona vivencia, no como vive, a lo que aspira. "Seria el dispositivo con el que el probando podría vivir, pero no puede descubrir qué parte del dispositivo pone en marcha el probando en la vida activa. El tipo de vivencias no es una entidad fija e invariable, cambia con el influjo del alcohol, drogas, estado de ánimo y épocas de la vida".

Los adictos a la heroína por vía intravenosa por nosotros estudiados se definen por el predominio de un tipo vivencial **coartativo** y **coartado** (coartativo en el 34% de A.D.V.P. seropositivos asintomáticos y 30% de seronegativos; **coartado** en el 30.2% y 27.5% de A.D.V.P. seropositivos asintomáticos y seronegativos respectivamente).

Estos datos nos informan de que los A.D.V.P. con predominio de estos tipos vivenciales son personas más secas y rígidas con tendencia a la pedantería con menor producción propia y también más pequeña resonancia afectiva.

Según Rorschach (1920), además de aparecer en individuos normales estos tipos de vivencias se encuentran frecuentemente en depresivos, en neuróticos obsesivos y caracteres compulsivos, y en esquizofrénicos remitidos.

Respecto al **tipo de color** no es indiferente qué elementos se hallan reunidos en el lado del color, pues el dominio interior y la estabilidad de los afectos dependen de la proporción respectiva de los elementos cromáticos.

Los A.D.V.P. cuentan con un predominio del color **central** (48% en seronegativos; 43% en seropositivos) seguido del color desviado a la izquierda (23% en seronegativos; 30% en seropositivos). De modo que, el mundo de los afectos y el intelecto dado por las respuestas Fb y F respectivamente están en una posición intermedia, es decir, ni dominan las vivencias afectivas sobre la razón ni domina el control de la razón sobre los afectos.

h) Fenómenos especiales.

En el último capítulo: **fenómenos especiales** vamos a comentar los que más aparecen (como hicimos en los resultados).

Hasta aquí hemos reunido los datos puramente formales del material bruto, pero el psicodiagnóstico de Rorschach contiene todavía gran número de otros factores que no pueden se medidos, pero son importantes en la valoración de la prueba.

Los fenómenos especiales más frecuentes en los A.D.V.P. son el **shock al color** (51% en seropositivos; 42% en seronegativos) y el **estupor ante símbolos sexuales** (49% en seropositivos; 41% en seronegativos) y el **shock al rojo**.

El shock al color es el fenómeno del Rorschach más común e importante en la práctica. Este indica una conducta estuporosa menos pronunciada que el fracaso, motivada por el estímulo afectivo del color. Es el síntoma más general de las neurosis.

El estupor ante símbolos sexuales, en general, representa una forma de angustia sexual. Corresponde quizás a una forma de neurosis más primitiva que la neurosis de carácter y por otra parte asequible al tratamiento.

Así, en los toxicómanos estudiados, la frecuente aparición en los protocolos del shock al color y del estupor ante símbolos sexuales hablarían a favor de un estupor ante el estímulo afectivo y una angustia de origen sexual. Ambos son características de las neurosis.

A estos dos tipos de shock en los A.D.V.P. le sigue en frecuencia el **shock al rojo** (41% en seropositivos; 38% en seronegativos). Su valor no está aún aclarado, pero probablemente no tiene un origen ni un valor

sintomáticos únicos ya que puede hallarse ligado tanto con representaciones de la libido (amor, corazón, pasión, etc) como con representaciones agresivas y sádicas (sangre, guerra).

Salomón (1.959) considera este tipo de shock como signo de una fijación en la fase fálica e indicaría un fuerte complejo de castración, una debilidad de la agresividad fálica y un grave complejo de Edipo con sentimientos sexuales de culpa y angustia ante la agresión.

Para Loosli-Usteri (1.958) sería signo de una anguctia ante la agresión de otro o puede expresar la angustia ante la propia agresión y sería un síntoma de una represión de la agresión. En los pacientes toxicómanos, podría representar una angustia ante la agresión tanto de él mismo como de otros.

En los A.D.V.P. el **shock al gris** (34% en seropositivos;28% en seronegativos) y la **crítica de objeto** (34% en seropositivos; 26% en seronegativos) siguen en proporciones muy similares a los fenómenos especiales hasta ahora mencionados.

En primer lugar, el shock al gris según Binder (1.933) consiste en el establecimiento súbito de alteraciones del proceso del razonamiento.

Para Oberholzer (Cora du Bois 1.944) el shock al gris es, en general, un miedo de la angustia, pero también una angustia ante lo desconocido, ante lo nuevo; a menudo existe un residuo infantil de

miedo a la oscuridad. Se encuentra de preferencia en las neurosis de angustia y en la psicastenia.

Según Mohr (1.944) "lo negro" representa por el lado positivo: lo inmóvil, lo invariable, lo solemne, el símbolo de la autoridad, y por el negativo: culpa, rebelión, angustia y justicia. La primera autoridad existente es la del padre y la primera culpa la sublevación contra ella. Es por lo que, este autor establece que los probandos que se hallan en conflicto con el padre sienten en las láminas I,IV y VI un desagradable estado de ánimo, de intranquilidad y angustia. A veces también actualiza los conflictos de una muchacha con un hombre, pues el negro simboliza también la masculinidad negativa y mala. Por este motivo, la angustia ante "lo negro" puede ser angustia sexual.

En segundo lugar la crítica de objeto traduce prudencia, reserva y angustia. Se encuentra, sobre todo, en sujetos faltos de imaginación, pedantes (psicasténicos) y en los enfermos orgánicos.

Después de esta exposición, todo parecía indicar que a la población de toxicómanos les caracteriza un sentimiento de angustia.

La **crítica de sujeto** y las **respuestas** "o" aparecieron en los adictos a la heroína, con relativa frecuencia (20%).

Respecto a la crítica de sujeto Frankel y Benjamim (1.934) opinan que observaciones de este tipo son un signo de sentimientos de inferioridad y de inseguridad interior. Se encuentran en psicasténicos, fóbicos, neuróticos, angustiados y psicópatas inseguros de sí mismos

y, ocasionalmente aparece en los enfermos orgánicos.

Las respuestas "o" según Zulliger (1.952) son siempre un signo de cierta inseguridad del juicio o de miedo a la responsabilidad (miedo a ligarse). Se observan en psicasténicos, psicópatas inseguros y neuróticos angustiados.

Estas definiciones trasladadas a los pacientes estudiados (A.D.V.P.) nos informan de personas angustiadas, neuróticas, con indicios de psicopatía.

Los **fracasos** en los A.D.V.P. aparecen en inferior proporción (25% en seronegativos; 12% en seropositivos). Son, en la mayoría de los casos, un signo de neurosis o de psicopatía. En las psicosis que aparece con más frecuencia es en la esquizofrenia y en los estados orgánicos.

En opinión de Schaffner (1.952) los protocolos con pocas respuestas o con fracasos indican inhibición, pobreza de ocurrencias o escasa productividad. Por ello, sólo deben ser tenidos encuenta en protocolos de más de 20 respuestas.

Es el caso de los individuos heroinómanos estudiados, creemos que los fracasos responden a una escasa productividad, dado que la media de respuestas por protocolo fue de 17.

Por último, el fenómeno especial de **simetría** es ocasional (13% en seropositivos; 20% en seronegativos) en los pacientes A.D.V.P..

Cuando la aparición de la simetría es rara se trata de un relleno del vacío del pensamiento.

Para Salomón (1.961) el no ver la simetría implica un yo narcisista. Serían personas con dificultades en la relación objetal. Pero si se busca es un signo de inseguridad interior, una angustia ante la propia impulsividad. Se encuentra en los psicasténicos.

De este modo, la escasez de respuestas de simetría en los protocolos Rorschach de los A.D.V.P., representan tanto un modo de encubrir el vacío del pensamiento como un yo narcisista. Al igual que señalan (Rado, 1.933; Simmel, 1.928, Fenichel, 1.945).

Para Rorschach (1.920) el mecanismo de defensa "represión" se descubre por el shock al color, disminución de las respuestas cromaticas y/o inhibiciones de las respuestas de movimiento. Esta situación se observa en los pacientes heroinómanos estudiados.

2. Neurosis.

Nos vamos a detener en el capitulo de las neurosis, dado que diversos elementos de los protocolos Rorschach de los individuos A.D.V.P. por nosotros estudiados, indican la presencia de rasgos o características neuróticas.

Hemos encontrado:

1. Un predominio de respuestas G (x=7). Esto según Zulliger (1.952) indicaría una fijación y/o regresión al estadio oral

del desarrollo de la libido. Resultados coincidentes con Freud, (1.922), Ruiz Ogara (1.988) y Fenichel (1.945).

2. La escasez o no aparición tanto de respuestas de color Fb (x=0.40) como las reducidas FbF y FFb (x=1), indican un empobrecimiento del mundo de los afectos.

3. La presencia de shock al color (60% en seropositivos; 42% en seronegativos) entendido como represión de los afectos, junto al shock al gris (34% seropositivos; 28% seronegativos), indicador de un angustia manifiesta, corroboran la significación de la represión del color, es decir, la pobreza de la vida afectiva en la que unicamente destaca como afecto predominante la angustia.

4. Las reducidas respuestas B (x=1).

5. El predominio del tipo vivencial coartativo (34% en seropositivos; 30% en seronegativos) y coartado (30% en seropositivos; 28% en seronegativos).

6. El narcicismo aparece en la fijación y/o regresión oral (aumento de respuestas G), infantilismo general, y el papel de los contenidos humanos (M) (x=2) de cada respuestas (ocupan el segundo lugar después de las T). A este respecto Gazquez Evangelista (1.981) opina acerca de los individuos alcohólicos, cuyos comportamientos son similares en determinados aspectos a los A.D.V.P., que el "narcisismo se deriva de la frustración libidinal de sus primeras relaciones objetales, ya que al no encontrar gratificaciones en el objeto

primario, tendría que buscarlas en el si mismo".

3. Análisis de los resultados de la depresión

En la bibliografía de Rorschach las diferentes clases de depresion se han tratado con escasa frecuencia. ! trabajos que tratan de los grupos de de resiones aisladamente pero no existe un resumen sistemático completo. Rorschach (1.920) sólo puso de relieve la depresión endógena.

Esta se caracterizaba por:

1. Muy buena visión de formas (F+Z=80-100)
2. Sucesión rígida
3. Disminución de G (0-3)
4. Tipo de apercepción pobre (D-Do)
5. Menor variabilidad (TZ=60-80Z)
6. Originales disminuidas (0-10Z +)
7. Tipo de vivencias estrechado (disminución de las respuestas B o desaparición de las de color)
8. El número de respuestas se halla por debajo de la media
9. El tiempo de reacción alargado
10. El F+ Z es inversamente proporcional a las B
11. Más Md que M.

Los individuos, toxicómanos estudiados por nosotros se definen por:

1. F+ % = 64% seropositivos y 76% en seronegativos
2. Sucesión ordenada seguida de la relajada
3. Aumento de G (7-8)
4. Apercepción G
5. T% = 51% en seropositivos y 50% en seronegativos
6. Originales disminuidas
7. Tipo vivencial coartado y coartativo (disminución de las respuestas B y de las de color)
8. Número medio de respuestas en el limite inferior de la normalidad
9. Tiempo de reacción acortado y,
10. Más respuestas M que Md

De lo anterior se deduce que aunque los pacientes A.D.V.P. seropositivos estudiados presentan en común con la definición de Rorschach acerca de depresión: originales disminuidas, tipo de vivencias estrechado, y el F+% es inversamente proporcional a las B, no podemos decir que exista un cuadro depresivo.

Recordemos que através del cuestionario de Hassanjeh no observamos clínica depresiva importante.

4. Analisis de los resultados de las funciones cognitivas

Ya se comentó la presencia del virus en tejidos cerebral

(Pumarola, Navia, Cordan, et al.1.987; Levy, 1.988) por invasión directa desde el principio de la infección por el V.I.H. (Fauci, 1988). También se sabe que incluso el tejido nervioso, en ocasiones, permanece intacto (keh, Gerber,1988), a pesar de detectarse V.I.H. en el cerebro.

Son varios los autores que han descrito en pacientes de S.I.D.A. un cuadro correspondiente a un psicosíndrome orgánico, con predominio en los estadios avanzados de la enfermedad (Gutierrez Molina, 1.989; Maccario y Scharre 1.987)

El psicosíndrome orgánico de los enfermos de S.I.D.A. es común al psicosindrome clásico, con determinados matices (Arranz, P., 1989).

Por ello, queremos conocer la posible existencia de daño cerebral en los sujetos A.D.V.P. seropositivos asintomáticos.

Como método de diagnóstico complementario hemos empleado el psicodiagnóstico de Rorschach. Ya Armitage en 1.946 habla del valor de dicho test en estos cuadros; al igual que Klopfer y Kelley (1.942).

El psicosindrome orgánico clásico de Bleuler (1968) se caracteriza por:

1. Alteraciones de la memoria
2. Alteraciones del pensamiento y
3. Alteraciones de la afectividad

Oberholzer (1.931) en la respuestas del Rorschach resume el cuadro de un psicosindrome orgánico por:

1. Tiempo de reacción alargado
2. Tipo de vivencias mas bien extratensivo con poca capacidad de adaptación afectiva predominio de FbF y Fb)
3. F+Z bajo
4. G primarias disminuidas
5. Dd aumentadas
6. D disminuidas
7. TZ y 0Z (-) elevados
8. B escasas
9. Tendencia a la perseveración, confabulaciones y fracasos,

Piotrowski (1.937) define las alteraciones orgánicas del S.N.C. en los siguientes síntomas:

1. Número de respuestas menor a 15
2. Tiempo de reacción alargado (más de un minuto)
3. Ninguna o una B
4. Designaciones de color
5. FZ menor de 70
6. BZ menor de 25
7. Perplejidad, inseguridad, perseveración y estereotipias.

A continuación exponemos los resultados de los A.D.V.P., estudiados por nosotros, a través del Rorschach:

-Una media de 17 respuestas

-Tiempo de reacción acortado

-F+% = 69% en seropositivos; 76% en seronegativos ($P<0.05$)

-Una o ninguna B

-Predominio de sucesión ordenada (57% en seronegativos; 36% en seropositivos), seguida por la sucesión relajada (23% en seropositivos; 26% en seronegativos)

-Predominio de sucesión ausente en seropositivos (32%) frente al 13% de seronegativos

-Aumento de G y de apercepción G (79% en seropositivos; 75% en seronegativos)

-T% = 50%

-Predominio del tipo vivencial coartivo (34% en seropositivos; 30% en seronegativos) y coartado (30% en seropositivos; 28% en seronegativos)

-Mas M que Md

-0% = 10% en seropositivos (sobretodo, de mala calidad) y 5% en seronegativos

Por lo que en los individuos estudiados seropositivos no se puede hablar de un psicosíndrome orgánico, según los criterios que determina el psicodiagnóstico de Rorschach. Sin embargo, sí que hay algunas variables que informan de una decadencia en los talentos cognitivos de estos enfermos; tales variables, serian: F+% = 69% en seropositivos, pocas B y 0% menor del 25% sobre todo, de mala calidad.

VI. CONCLUSIONES

VII. BIBLIOGRAFIA

ALFRED, M. y FREEDMAN, MD. (1.982). "Dependencia de los opiáceos". En: FREEDMAN,A.; KAPLAU, M.; SADOCK. Tratado de Psiquiatria. Barcelona, Salvat editorial, : 1442-1467.

ACHTE, K. (1.977). La depresión y la autodestrucción indirecta. Barcelona, Toray.

AIDS initial assesment Questionnaire. National Institute on drug abuse 1988. National AIDS demonstration research project. Community research branch. June.

ALEXIUS, B.; WETTERBERG. L.; SAAF, J.; WAHLUNDL, O.; SONNERBORG, A.;. (1.989). Examination of HIV-1 infected patients with neuropsychological test. VII International Congress of Psychiatry. Excerpta Médica. Abstract, series 899.

ALONSO FERNANDEZ, F. (1.989). "Psicosociología del S.I.D.A.". Psicología Médica y Social, Barcelona, Salvat, : 336-344.

ALLPORT, G.W. (1.970). Citado por SANCHEZ BANQUE (1.982).

AMER, G.; ARRANZ, P.; BAYES, R.; MAGALLON, M.; PASTOR, I.; URRUTIA, G. (1.989). "Manifestaciones neurológicas y neuropsicologicas en sujetos V.I.H. seropositivos asintomáticos. Resultados del primer año de seguimiento." Arch. de Nerurobiol., 52 supl.: 68-72.

ANDERS (1.986). Citado por GUTIERREZ MOLINA (1.989).

ARMITAGE (1.946). Citado por BOHM, E. (1.988).

ARRANZ, P. (1.989). "Distintos niveles de intervención psicológica en la problemática del S.I.D.A. desde el paradigma de la hemofilia". Psiquis, 10, (8): 313-315.

ARRANZ, P.; LOPEZ PEREZ, M.D. (1.987). "El SIDA: Un nuevo estres para la población". Hemofilia, 3: 17-20.

ARRANZ, P.; MARTIN VILLAR, J.; SCHACK, A. et al. (1.986). Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina. 17: 489-498

ARSENAULT, (1971). Citado por MARTIN, C.; Navarro y Elgarrista (1.985).

ASHTON, C.H. (1.987) "Cánnabis: dangers and possible uses". British Medical Journal, 291 : 141-142

ATKINSON, J.;GRANT, J.; KENNEDY, C.; RICHMAND, O.; SPECTOR, S.; McCUTGHAN. (1.987) "Psychiatric illness in HIV-infected men and controls". Abstracts III. Int. AIDS Conf. Washington D.C.

BAKER GH, BYROM NA, IRANI MS, et al. (1984) "Stress, cortisol, and lymphocyte subpopulations". Lance 1: 574, 1.984.

BARRE-SINOUSSI, F.; NUGEYRE, M.; DAUGET, C. (1.982) "Isolation of a T. Lynnphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome". Science, 220: 867-871.

BAYES, R.; ARRANZ, P.; (1.988). "Las variables psicológicas como factores del síndrome de inmunodeficiencia adquirida". Jano, XXXIV, Nº 812: 33-44.

BAYES, R. (1.986). ¿Podemos aportar algo los psicólogos conductuales a la solución del problema del SIDA (AIDS)?. Papeles del Colegio. Psicólogos, 5: 49-53.

BAYES, R. (1.987). Factores de aprendizaje en el sistema inmunitario. Jano, 1412-1422.

BAYES, r. (1.988). Modulación psicológica de las respuestas inmunológicas. Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia. 4 (En prensa).

BERGER, J.; FISCHL, M.; RESNICK, L.; DIX, R.; PARNS, W. (1.987) "Evidence of VIH encephalopathy in the absence of caret neurological disease" Abstracts III. International AIDS Conference Washington.

BINDER (1.933). Citado por BOHM, E. (1.988).

BLANCO AGUILAR, J. (1.986). "El consumo de drogas en la provincia de Cadiz: un análisis cualitativo". Comun. Drogas, 2, 41-60.

BLEULER (1.968). Citado por BOHM, E. (1.988).

BOGET (1.990). Citado por BOGET y HERNANDEZ (1.991).

BOGET, T. y HERNANDEZ, E. (1.991) "Aspectos Neuropsicológicos de la infección por VIH". Monografías de Psiquiatría, II, Nº 5, Sept./Oct. 20-22.

BOHM, E. (1.988). Manual de Psicodiagnóstico de Rorschach. 9ª ed., Madrid, Morata, 559 pags.

BOLETIN EPIDEMIOLOGICO SEMANAL (1.981) Ministerio de Sanidad y Consumo, Nº 1.885.

BOLETIN EPIDEMIOLOGICO SEMANAL (1.985) Ministerio de Sanidad y Consumo, Nº 1.680.

BOLETIN PIDEMIOLOGICO SEMANAL (1.986) Ministerio de Sanidad y Consumo, Nº 1.743.

BOLETIN EPIDEMIOLOGICO SEMANAL (1.986) Ministerio de Sanidad y Consumo, Nº 1.744.

BREVIARIO DSM-III-R. (1.990). Criterios diagnósticos. Masson, 323 pags.

BREDESEN, D.E. (1.983). Citado por GUTIERREZ MOLINA (1.989).

BUDKA (1.986) ."Multinucleated grant cells in brain: a hallmark of the AIDS". Acta neuropath., 253-258.

BUDKA, LANG. (1.989). "Human inmunodeficiency virus desease of the Central Nervous System: pathology and implications for pathogenesis". Acta Neuropathol., 77: 225-236.

BUDKA, H. CONSTANZ, A.; CRISTINA, S.; PARRAVICINI, C.; TRABATTORI, VAGO, L. (1.987). "Brain pathology induced by infection with the human immunodeficiency virus. A histological, histochenical and electron microscopal study of 100 autopsy casos. Acta Neuropathol., 75, 185-198.

CAMARERO, C. (1.984). Psicología y Salud. Ponencia al I Congreso Nacional del colegio Oficial de Psicólogos. Madrid.

CANCRINI, L. (1.987). "Hacia una tipología de las toxicodependencias juveniles". Comun. Drogas, supl. 1: 45-47.

CANCRINI, L. (1.987). "Enfoque ralacional en toxicomania: Introducción". Comun. Droga supl. 1: 7-9.

CARNE, C.; ADLER, M. (1.986). "Neurological manifestations of HIV infection". Br. med. J. 293: 462-463.

CARNE, C.A.; SMITH, A.; ELKINGTDN, S.; PRESTON, F.; TEADER,R.; SUTHERLAND, S.; DALY, H.; CRASKE, J.;. (1.985) "Acute encephalopathy coincident with seroconversion for anti HTLV III". Lancet, II, 1.206-1.208.

CARRETERO ALFEREZ, M.D.; SOLER VIÑOLO, M. (1.986). "Consideraciones biográficas del pneumotorax espontáneo idiopático". Tesis de Licenciatura. Universidad de Granada.

CATALAN, J.; (1.988). Psychosocial and neuropsychiatric aspects of HIV infection: Review of their extent and implications for psychiatry. Journal of psychosomatic research, 32, 3, 237-248.

CAZZULLO, C.; GALA, C.; MARTINI, C.; (1.990). "Pychopathologic features among drug addicts and homosexuals whit HIV infection". Intl J. Psychiatry in Medicine, Vol. 20(3), 285-292.

CENTER FOR DISEASE CONTROL: (1.982). "Update on acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). United States M.M.W.R. 31: 507-508.

CENTER FOR DISEASE CONTROL (C.D.C.) (1.987) "Revision of the C.D.C. survillance case definition of AIDS". M.M.W.R., 36: 35-155.

CERVELLO, A. (1.989). "Afección medular por el virus de la inmunodeficiencia humana. Mielopatía vacuolar". Arch. de Neurobiol., 52, Supl. 1, 73-78.

CLAUSER, G.; HOLN, H. (1.968). Manual de análisis biográfico. 1ª ed. Madrid. Ed. Gredos, Biblioteca de Psicología y Psicoterapia, 13, 258 pags.

COCHRANE, S. (1.987). "Psychosomatic distress and depressive symptoms among HIV positive, negative and untested homosexual men". Abstracts III, Int. AIDS Conf., Washington D.C.

CHEIN, I. (1.964). Citado por ALFRED, M. (1.982).

DALAKAS, M.; TRAPP, B.; (1.986). "Thymosin B^4 a shared antigen between limpehroid cells and olygodendrocytes of normal human brain". Ann Neurol, 19: 345-355

DEFAYOLLE, M. (1.983). "Epidemiologie". En: BERGERET et al. Precis des Toxicomanies, Paris, Masson: 111-127.

DE MIGUEL, J. (1.985). La Salud Pública del Futuro. Madrid. Ed. Ariel Sociológica.

DE LA MONTE, S.; HO. D.; SCHOOLEY, R.; HIRSCH, M.;RICHARSON, E. (1.987). "Subacute encephalomyelitis of AIDS and its relation to HILV-III infection". Neurology, 37: 562-569.

DEWY, W.L. (1.986). "Cannabinoid Pharmacology". Pharmacological Reviews. 38,: 151-178.

DILLEY, J.; OCHITLL, H.; PERL, M.; VOLDERDING, P.; (1.985). "Findings in psyichiatric consultations with patientes with AIDS". Ann J. Psychiat, 142, 82-86.

DILLEY, J.; SHELP, E.; BATKI, S. (1.986). "Psychiatric and ethical issues in the care of patientes with AIDS". Psychosom., 27, 562-566.

DONLOU, J.; WOLCOTT, D.; GOTTLIEB, M.; LAHDSVERK, J. (1.985). "Psychosocial aspects of AIDS and ARC". J. Psychosoc. Oncol., 3, 39-55.

ESTUDIO DEL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. (1.991). "Infección por VIH en usuarios de drogas". Ministerio de Sanidad y Consumo.

EVATT, B.L.; RAMSEY, R.; LAWRENCE, D.; ZYLE, L.; CURRAN, J. (1.984). "The acquired immunodeficiency syndrome in patients with hemophilia". Ann. Intern. Med., 100: 499-500.

FACY, F.; LE HUEDE, E. (1.989). "Toxicomanies et partage des seringues". International congress, VIII World of psychiatry, excerpta médica: abstracts, Series 899.

FAUCI, A.S., (1.988). "The human immunodeficiency virus. Infectivity and mechanisms of pathogenesis". Science, 239: 617-622.

FENICHEL, O. (1.945). Teoria psicoanalítica de las neurosis. Buenos Aires. Paidos, 814.

FERNANDEZ, (1.988). Citado por BOGET, T. (1.991).

FLAVIN, D.; FRANKLIN, J.: FRANCES, R. (1.986). "AIDS and suicidal behaviour in alcohol dependent homosexual men". Am. J. Psychiat., 143, 1.440-1.442.

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. (1.975). "Mini-mental state". A practical method for granding the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research, 12, 3, 189-198.

FRANCIS, D.P.; JEFFE, H.; FULTZ, P.; GETCHELL, J.; McDOUGAL, J.; FERORINO, P. (1.985). "The natural history of infection with the LAV/HLLV-III". Almn. Intern. Med., 103: 719-722.

FRANK, L.K. (1.939). Citado por SANCHEZ BLANQUE (1.982).

FRANKEL y BENJAMIN (1.934). Citado por BOHNM, E., (1.988).

FREUD. (1.905). Tres ensayos sobre la sexualidad infantil. En: Obras completas, Madrid, Biblioteca Nueva, 1.984.

FREUD. (1.922). Citado por MARTIN, G.; NAVARRO, P.; ELGARRISTA (1.985).

FRIEDMAN SE, DES JARLAIS DC, GOLDSMITH DS. (1.987). "An overview of AIDS prevention efforts aimed at intravenous drug users circa 1.987". J Drug Issues 19: 93-112.

FRIEDMAN SR, DES JARLAIS DC, SOTHERAN JL. (1.986) "AIDS health education for intravenous drug users". Health Educ 13: 383-393.

GABUZDA D.; HIRSCH M. (1.987). "Neurological investigations of infection with HIV. "Ann Intern. Med., 107, 383-391.

GALA; COSTANZO; MARTINI, S.; PERGAMI, A.; ROSSINI, M.; RUSSOR, DURBANO, S. (1.989). "Locus of control, social supports and depression among HIV infected subjects". V International Conference on AIDS, Montréal, Québec, Canada. June 4-9, W.B.P.219.

GALA, COSTANZO; PERGAMI, A.; RUSSO, R.; ZERBONI, R.; LAZULLO, C. (1.990). "Axis V of DSM-III-R and biopsychosocial assessment of HIV-infected patients". Sixth international conference on AIDS, San Francisco, California, USA.

GALLO, R.C.; SARIN, P.; GELMAN, E. (1.983). "Isolation of human T-cell leukemia virus in acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)" Science, 220, 862-865.

GALLO, R.C.; SALAHVDIN, S.; POPOVIC, M. (1.984). "Frecuent detection and isolation of cytoathic retroviruses (HILV III), from patients with AIDS and at risk for AIDS". Science, 224: 500-502.

GASCON, P. (1.986). "Aspectos psicosociales del SIDA" Jano, 30, (729): 74-78.

GATTEl, J.M. (1.988). "Historia natural de la infección por el vih". Med. clin. (Barc.), 90: 509-514.

GAZQUEZ EVANGELISTA, J.A. (1.981). "La personalidad del enfermo alcoholico. Dinámica de la desestucturación afectiva e intelectual. Tesis Doctoral . Universidad de Granada.

GLASSER,R.; KIELCOT-GLASER, J.K.; (1.987). "Stress-associatool de pression in celular immunity: implications for acquired deficiency syndrome (AIDS)". Brain. Behav. Immun. 1: 107-112

GOETHE, K.; MITCHELL, J.; MARSHALL, D. et al. (1.988). "Neuropsychological functioning in HIV patients". IV International conference on AIDS. Stockhol, Sweden, June 12-16.

GOLDMEIER, D. (1.987). "Psychosocial aspects of AIDS". Br. J. Hosp. Med., 27, 232-246.

GOLDSTICK, L. (1.985). "Spinal cord degeneration in AIDS" Neurology, 35: 103-106.

GOMEZ OLMEDO, M.; FERNANDEZ SIERRA, MA.; DELGADO RODRIGUEZ, M.; VARGAS,R. (1.990). Infección por VIH en la población española. I. Meta-análisis cualitativo. Med. Clin. (Barc.); 95: 286-291.

GOUDSMIT, J. et al. (1.986). "Intrathecal synthesis of antibody to HILV-III in patients without AIDS or ARC". Br. Med. J., 292: 1.231-1.234.

GRANT, I.; ATKINSON, JH. (1.987). "Evidence for early central nervous system involvement in the acquired inmunodeficiency syndrome (AIDS) and other human inmunodeficiency virus (VIH) infections". Annals of Internal Medicine: 107, 828-836.

GRAY, F.;CHERARDE, R.;SCARAVILLI, F.; (1.988). "The neuropathology of de Acquired Immunodeficiency (AIDS). A review". Brain, 111, 245-266.

GREEN, J. (1.986) "Counselling HILV III seropositives". In: MILLER, R.; WEBER, J.; GREEN, J.The Manegement of AIDS patients. London: McMillan.

GRIMSHAW, J. (1.987) "Being HIV antibody positive". Br. Med. J., 295, 256-257.

GRUPO DE TRABAJO PARA EL ESTUDIO DE INFECCIONES EN DROGADICTOS. (1.988). "Estudio multicéntrico de las complicaciones infecciosas en adictos a drogas por vía parenteral en España: análisis de 6.481 casos (1.977-1.986). Enf. Infec. y Microbiol. Clin., 6: 483-487.

GUTIERREZ MOLINA, M. (1.989). "Neuropatologia de la encefalitis V.I.H. Arch. de Neurobiol., 52, supl. 1: 45-61.

GUTIERREZ MOLINA, M. (1.989). "Neropatology of Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS): An autopsy review". J. Neuropath. Exp. Neurol., 45: 635-646.

HARBIN, HT. et al. (1.975). " The families of drug abusers: a literature review. " Family process, 14: 411-431.

HASSANYEH, F.; ECCLESTON, D.; DAVIDSON, D. (1.981). "Rating of anxiety depression and vulnerability". Acta Psychiat. Scand., 64: 303-313.

HASELTINE, W.A. (1.988) "Replication and pathogenesis of the AIDS virus" J. Acq. Imun. Def. Synd., 1: 217-240.

HENIN, DUYCLAERIS, CHAUM, VAZUX, BROUSSE. ROZENBRAUM, HAW, (1.987). "Etude neuropatologique du syndrome d'immunodepression acquise. A propose de 30 observations". Revue Neurologuique, 631,642.

HERMAN, P. (1.986) "Neurologie effects of HILV-III infection in adults- an overview" Mount Sinai J. Med., 53, 616-621.

HERNANDEZ, E.; TEJERO, A.; PINET, M.C.; FURIO, E.; ABELLANAS, L.; PASTORET, M. (1.990). Rendimientos neuropsicológicos en pacientes adictos a opiáceos portadores del virus de la inmunodeficiencia adquirida. Dossier de Psiquiatria, 1: 2ª época, 10-11.

HINGSON R, STRUNIN L, BERLIN B. (1.990). "Acquired immunodeficiency syndrome transmission: change in knowledge and behaviors among teenagers, Massachusetts Statewide Surveys, 1.986 to 1.988". Pediatrics, 85: 24-29.

HO, D.; ROTA, T.; SCHDOLEY, R.; KAPLAN,J.; ALLAN,J.; GROOPMAN, J.; RESNICK, L.; FELSENSTEIN, D.; ANDREWS, C.; HIRSCH, M. (1.985). "Isolation of HTLV III from cerebrospinal fluid and the neural tissue of patients with neurologic syndromes related to the acquired immunodeficiency syndrome". New Engl. J. Med., 313: 1493-1497.

HOLMES, T.H.; RAHE, R.H. (1.967). "The social readjustment rating scale". J. Psychosomat. Res, 11: 213-218.

HOLLANDER, H.; LEVY, J. (1.987). "Neurologic abnormalties and recovery of HIV from cerebrospinal fluid". Ann. Intern. Med., 106: 692-695.

HOLLISTER, L.E. (1.986) "Health aspects of cannabis". Pharmacological Reviews, 38: 1-20.

HORNITZ. Citado por YARCHOAN, R.; NITSUYA y BRODER. (1.989).

IMRE, H. Citado por BOHM, E. (1.988).

INFORMACION EPIDEMIOLOGICA. REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE S.I.D.A (1.990). Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

JACOB C. (1.989). "Séropositivité et SIDA déclaré, analyse á partir d'une institution de soins pour toxicomanes. Rétrovirus T11: 40-44.

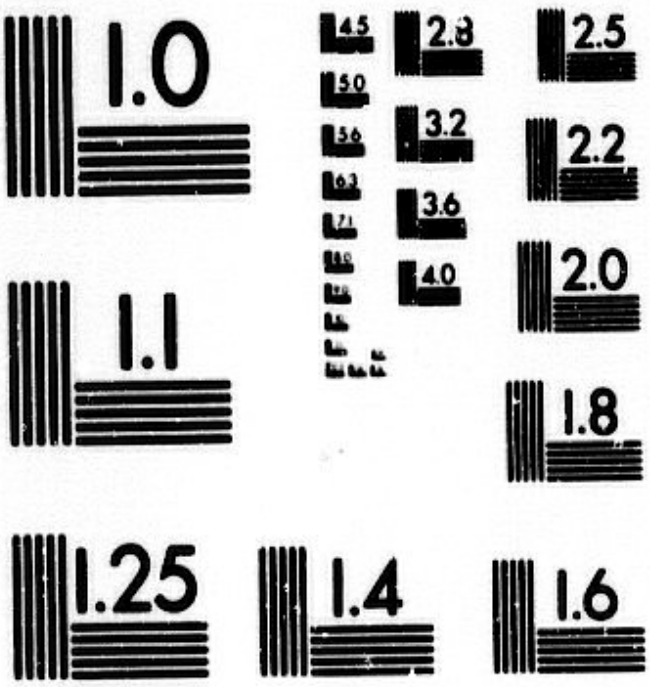
JACOBSEN P., PERRES S.; ROBERTS R.; (1.987). "Psychological reactions of indiviuals at risk of AIDS entering an experimental treatment trial". Abstracts III Int. AIDS conf. Washington DC. P.

JANSEN RS, STAYKIN AJ, CANNONL, et al.. (1.989). "Neurological and neuropsychological manifestations of HIV related complex out not asymptomatic VIH-1 infection. Ann. Neurol., 26, 592-600.

JANSEN et al. (1.988). Citado por BOGET, HERNANDEZ (1.991).

JONES, G.; KELLY, G.; DAVIES, J. (1.987). "HIV and onset of schizophrenia". Lancet, i: 982.

KEH, W.; GERBER, M. (1.988). "In situ hybridization for cytomegalovirus patient". Am. J. Pathol. 131: 490-496.



MICROCOPY RESOLUTION TEST CHART
NATIONAL BUREAU OF STANDARDS
STANDARD REFERENCE MATERIAL 1010a
(ANSI and ISO TEST CHART No. 2)

HERMAN, P. (1.986) "Neurologie effects of HILV-III infection in adults- an overview" Mount Sinai J. Med., 53, 616-621.

HERNANDEZ, E.; TEJERO, A.; PINET, M.C.; FURIO, E,; ABELLANAS, L.; PASTORET, M. (1.990). Rendimientos neuropsicológicos en pacientes adictos a opiáceos portadores del virus de la inmunodeficiencia adquirida. Dossier de Psiquiatria, 1: 2ª época, 10-11.

HINGSON R, STRUNIN L, BERLIN B. (1.990). "Acquired immunodeficiency syndrome transmission: change in knowledge and behaviors among teenagers, Massachusetts Statewide Surveys, 1.986 to 1.988". Pediatrics, 85: 24-29.

HO, D.; ROTA, T.; SCHDOLEY, R.; KAPLAN,J.; ALLAN,J.; GROOPMAN, J.; RESNICK, L.; FELSENSTEIN, D.; ANDREWS, C.; HIRSCH, M. (1.985). "Isolation of HTLV III from cerebrospinal fluid and the neural tissue of patients with neurologic syndromes related to the acquired immunodeficiency syndrome". New Engl. J. Med., 313: 1493-1497.

HOLMES, T.H.; RAHE, R.H. (1.967). "The social readjustment rating scale". J. Psychosomat. Res, 11: 213-218.

HOLLANDER, H.; LEVY, J. (1.987). "Neurologic abnormalties and recovery of HIV from cerebrospinal fluid". Ann. Intern. Med., 106: 692-695.

HOLLISTER, L.E. (1.986) "Health aspects of cannabis". Pharmacological Reviews, 38: 1-20.

HORNITZ. Citado por YARCHOAN, R.; NITSUYA y BRODER. (1.989).

IMRE, H. Citado por BOHM, E. (1.988).

INFORMACION EPIDEMIOLOGICA. REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE S.I.D.A (1.990). Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

JACOB C. (1.989). "Séropositivité et SIDA déclaré, analyse á partir d'une institution de soins pour toxicomanes. Rétrovirus T11: 40-44.

JACOBSEN P., PERRES S.; ROBERTS R.; (1.987). "Psychological reactions of indiviuals at risk of AIDS entering an experimental treatment trial". Abstracts III Int. AIDS conf. Washington DC. P.

JANSEN RS, STAYKIN AJ, CANNONL, et al.. (1.989). "Neurological and neuropsychological manifestations of HIV related complex out not asymptomatic VIH-1 infection. Ann. Neurol., 26, 592-600.

JANSEN et al. (1.988). Citado por BOGET, HERNANDEZ (1.991).

JONES, G.; KELLY, G.; DAVIES, J. (1.987). "HIV and onset of schizophrenia". Lancet, i: 982.

KEH, W.; GERBER, M. (1.988). "In situ hybridization for cytomegalovirus patient". Am. J. Pathol. 131: 490-496.

KESSER, R. C.; FOSTER, C.; JOSEHP, J.; OSTROW, D.; WORTMAN, C.; PHAIR, J.; SHMIEL, J. (1.991). "Stressfull live averits and symptom onset in VIH infection". Ann. J. Psychiatry, 148: 733-738.

KIECOLT-GLASER JK, RICKER D, GEORGE J, et al. (1984). "Urinary cortisol levels, cellular immunocompetency and loneliness in psychiatric inpatients". Psychosom Med 46:15-23.

KLEIBER D, HECKMANN W, ANDRIOLE A. (1.989). "Recherche el prévention analyse á partir d'une échantillon stratifié . Rétrovirus T11: 74-77.

KLOPFER y KELLEY (1.942). Citados por BOHM, E.(1.988).

KOPPEL, B., WORNSER, G.; TUCHMAN, A.; MAAYAN, S.; HEWLETT, D.; DARAS, M.; (1.985). " CNS involvement in patients with AIDS". Acta Neurol. Scahd., 71: 337-353.

KOSTEN, T.R.; ROUSAVILLE, B.J.; KLEBER, H.D. (1.985). "Parenteral alcoholism in ipioid addicts". The journal of nervous and mental disease, 13, Nº 8, 461-469.

LANG, W.; MIKLOSSY, J.; DERVAZ, J.; PIZZOLATO. (1.989)."Neuropathology of the acquired inmune deficiency syndrome: a report of consecutive autopsy cases from Switzerland. "Acta Neuropathol". 77: 379-390.

LEACH, G.; WHITEHEAD, A. (1.985). "AIDS and the gay community: the doctor role in counselling". Britis medical journal, 290: 583.

LEVY, R.; BREDESEN, D.; ROSEMBLUM, M. (1.985). "Neurological manifestatiions of AIDS - experience at UCSF and review of the literature". J. Neurosurg., 62: 475-495.

LEVY, J.A. (1.988). "AIDS and the nervous system" En: ROSEMBLUM, M.M.L.; LEVY, R.M. Y BREDESEN, D.A. AIDS and the nervous system. Nueva York. Raven Press, 327-345.

LIFSON, A.R.; ROTHERFORD, G.W.; JAFFE, H.W. (1.988). "The natural history of human immunodeficiency virus infection". J. Infect. Dis., 158: 1.360-1.367.

LOBO, A.; ESCOLAR, V. et al. (1.980). "El Mini-examen cognoscitivo: Un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes psiquiatricos". Revista de psiquiatría y psicología médica, 14: 5, 39-57.

LOBO, A.; GOMEZ BURUAGA, et al. (1.979). "El Mini-examen cognoscitivo en pacientes geriátricos". Folia Neuropsiquiátrica, 14: 1-4.

LOOSLI-USTERI (1.958). Citado por BOHM, E. (1.988).

LLUCH, J.; SALVADOR, L.; GATELL, J.; CIRERA , E. (1.989). "Diagnóstico psiquiátrico en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida ingresados en un hospital general". Med. Clín., 92, (7), 277-278.

MACCARIO, M.; SCHARRE, D. (1.987). "HIV and acute oroset of psychosis". Lancet, II, 342.

MARTIN GALINDO, C.; NAVARRO PICHARDO, E.; ELGARRISTA ESCANDON, R. (1.985). "Estudio comparativo preliminar de la personalidad de los enfermos alcohólicos y drogodependientes". Folia Neuropsiquiátrica, XX, 1, 89-103

MARTIN, A.; FARRE, J.M. (1.986) "El S.I.D.A. como estigma de marginación en homosexuales" Rev. Psiq. Psicol. Clin. Europa y América Latina, 17, (8) 469-485.

MARTINEZ GARCIA, M.F.; LEON RUBIO, J.M. (1.987). "Consideraciones psicosociales sobre el SIDA". Psiquis, (Madr.), 8, (9-10), 46-56.

MASTER, W.H.; JOHNSON, V.E.; KOLODNY, R.C. (1.988). El sexo en los tiempos del S.I.D.A. Barcelona, Ed. B.

McARTHUR, J.; OSTROW, D.; SELNES, O.; DIGIOVANI, C.; COHEN, B.; PHAIR, J. (1.987). Neuropsychiatric manifestations of HIV infection: results of on initial screening evaluation of gay and bisexual men. Abstracts III Int. AIDS Conf. Washington D.C.

McARTHUR, J.; FARZADEGAN. H.; CORNBLATH, D.: GRIFFIN, D.; JOHNSON, R. (1.987)."Cerebrospinal fluid abnormalities in homosexual/bisexual men with and without neuropsychiatric symptoms". Abstracts III Int. AIDS Conf. Washington D.C.

McARTUR, J.B. (1.987) "Neurologic manifestations of AIDS". Medicine, 66,: 407-437.

MENINGER, K. (1.933). "Psychoanalytic aspects of suicide". Int. psychoanal. 14: 376-390.

MILLER, J.R.; BARRET,R.; BRITTON,C.B. et al. (1.982). "PML in a male homosexual with T. cell immune deficiency". N. Engl. J. Med., 307: 1436-1438.

MILLER, D. (1.987). "Predictors of chronic psychosocial disturbance rising from the threat of HIV infection". Abstracts III Int. AIDS Conf. Washington D.C.

MILLER, D. (1.987). "Living with AIDS and HIV" London: McMillan.

MILLER, F.; WEIDEM P.; SACKS M.; WOZNIAK J. (1.986). "Two cases of factitores AIDS". Am.J. Psychiat., 143: 1.483.

MOHR (1.944). Citado por BOHM, E. (1.988).

MORGELLO, S. (1.987). Citado por GUTIERREZ MOLINA. (1.989).

NABER, D.; PERRO, C.; SCHICK, V.; EINHAUPL, K.; RIEDEL, R.; MATUSCHKE, A.; GUEBEL (1.990). "Neuropsychological functioning in HIV-infected patients". Neurological and neuropsychological complications of HIV infection, June, 14-16, Monterey, California. USA.

NAHAS, G.G. (1.986). "Cannabis: toxicological propertie and epidemiological aspects". Medical journal Australia. 145: 82-87.

NAHAS, G.G. (1.986). "Cannabis: toxicological propertie and epidemiological aspects". Medical journal Australia. 145: 82-87.

NAVIA, B.; CHO, E.; PETITO, C.; PRICE, E.; (1.986). "The AIDS Dementia Complex II. Neuropathology". Ann. Neurol., 19, 525-535.

NAVIA, B.; PRICE, R. (1.987) "AIDS dementia complex and the presentig or sole manifestations of HIV infection". Archs. Neurol., 44: 65-69.

NICHOLI, A.M. (1.983). "The nontheraupetic use of psychoactive drugs". New England journal medicine, 308: 925-933.

NICHOLS, S. (1.987). "Psychological reactions of persons with AIDS". Ann. Intern. Med., 103, 765-767.

NIELSEN, S.L.; DAVIS, R.L. (1.988). "Neuropathology of acquired immune deficiency syndrome". En: ROSEMBLUM, M.L.; LEVY, R.M.; BREDESEN, D.E. AIDS and, the Nervous system. New York, Raven Press.

O.M.S. (1.988). Citado por BOGET, T.; HERNANDEZ, E. (1.988).

O'DOWD (1.988). Citado por BOGET, T.; HERNANDEZ,E. (1.991).

OBERHOLZER. (Cora du Bois, 1.944). Citado por BHOM, E. (1.988).

OBERHOLZER (1.931). Citado por BOHM, E. (1.988).

ORNITZ, D.; AMITAY , H.; SIDTIS, J. (1.987). Scales for preneurological examination and lists in the AIDS dementia complex". Abstracts, III Int. AIDS Conf., Washington DC.

ORSKOV, F. (1.978). "Virulence factors of the bacterial cell surface" J. Infect. Dis., 137: 630-633.

OSTROW, D. JOSEPH, J.; MONJAN, A.; KESSLER, P.; EMMONS,C.; PHAIR, J.; FOX, R.; KINGSLEY, L.; DUDALEY, J.; CHMIEL, J.; RADEN, M. (1.986). "Psychosocial aspects of AIDS risk". Psychopharmacol. Bull., 22: 678-683.

OSTROW, D.; GRAN, I.; ATKINSON, H. (1.988). "Assessment and monajement of the AIDS patient with neuropsychiatri disturbances". J. Clin. Psychiatry. 49, (suppl): 14-22.

PALLESEN, G.; GERSTOFF, J.; MATSEN (1.987). "Stages in LAV/HTLV-III lynhadenitis". Scand. J. Immunol., 23: 83-99.

PASCUAL JM, RUBIO G, LOPEZ TRABADA JR, DE LAS HERAS FJ. (1.989) " Cambios de comportamientos en un grupo de adictos a las drogas por vía parenteral, tras la notificación de su seropositividad al virus de la inmunodeficiencia humana". Rev. Psiquiatr. Fac. Med. Barc., 16: 3-12.

PAUZA, C.D. (1.988) "HIV persistence in monocytes leads to pathogenesis and AIDS" Cell. Immunol., 112: 414-424.

PAYKEL, E.S. (1.969). "Life events and depression, a controlled study". Arch. Gen. Psichiat., 21, 753-760

PEÑA, J.M.; BARBADO, F.J.; VAZQUEZ, J.J. (1.989) "Historia natural de la infección por VIH". Arch. de Neurobiol., 52, Supl. 1: 7-16.

PERFECT, J.R. (1.983). Citado por GUTIERREZ MOLINA (1.989).

PERNO. Citado por YARCHOAN, R., (1.989).

PERRY, S.; MARKOWITZ, J. (1.986) "Psychiatric interventions for AIDS spectrum disorders". Hosp. Comm. Psychol., 37: 1001-1006.

PERRY, S.; TROSS, S. (1.986). "Psychiatric problems of AIDS in patients at the New York hospital". Publ. Hlth. Rep.: 99, 201-205.

PETITO, C:K:; NAVIA, B.A.; CHO, E. et al.. (1.985). "Vacuolar myelopathy pathological y resembling subacute combined degenetation in patients with the acquired inmunodeficiency syndrome". N. Eng. J. Med., 312: 874-879.

PETITO, C.K.; CHO, E.; LEMANN et al. (1.986). "Neuropathology of acquired immune deficiency syndrome (AIDS): An autopsy review". J. Neuropath. Exp. Neurol., 45, 635-646.

PETITO, C.K. (1.988). "Review of Central Nervous System pathology in human immunodeficienty virus infection". Ann. Neurol., 23,: 554-557.

PIOTROWSKI (1.937). Citado por BOHM, E. (1.988).

PRICE, R.W.; SIDTIS, J. ROSEMBLUM, M. (1.988) "The AIDS dementia complex: some current questions". Ann. Neurol., 23: 527-533.

PUMAROLA, T.; NAVIA, B.A.; CORDON; CHO, E.; PRICE, R. (1.987). "HIV antigen in the brain of patients with the AIDS dementia complex". Ann. Neurol, 21: 490-496.

RADO, S. (1.933). "The psychoanalysis of pharmacothymia". Psychoanal. Quart, 2: 1-23.

REINVANG, et al. (1.989). Citado por BOGET, T. y HERNANDEZ, E. (1.991).

RENIO, A.; VALLES, S.; FROHN, M. (1.987). "Long latency procedes overt seroconversion in sexually tranmitted HIV infection", 2, 589-893.

RHODES, R.H. (1.988)." Histopathology of CNS in AIDS". Human. Pathol., 18, 636-643.

RICHARDSON, E. (1.987). "Subacute encephalomyelitis of AIDS and its relation to HILV-III infection. Neurology, 37, 562-569.

RIEDEL et al. (1.989). Citado por BOGET, HERNANDEZ (1.991).

RODRIGUEZ, A. y SALAZAR, I. (1.992). "Psicologia del S.I.D.A.". Psicopatologia (Madrid), 12: 3, 91-95.

RODRIGUEZ PEREZ, M.; SANZ CUESTA, (1.987). "La familia del toxicómano desde un abordaje sistémico". Comunidad y drogas, 1: 87-103.

RORSCHACH, H.(1.920). Citado por BOHM, E. (1.988).

ROSEMBLUM, M. (1.988). Citado por GUTIERREZ MOLINA (1.989).

ROSENFELD, H. (1.961). "De la toxicomanie". Rev. Franc. Psychanal. 25, 4, 5-6.

ROVINOW et al. (1.989). Citado por BOGET, HERNANDEZ, (1.991).

RUFF, M.; HILL, J.; SMITH. C.; HALLBERG, P.; STERNBERG, E.; JELESOFF, N. (1.987). "Neuropeptides and the HIV receptor". Abstract III. Int. AIDS Conf. Washington D.C.

RUIZ OGARA, C. (1.982). "Toxicomanias". En: RUIZ OGARA, C.; LOPEZ-IBOR-ALINO, BARCIA SALORIO, A. Psiquiatria, tomo II, Barcelona, Toray, 1179-1200.

RUIZ OGARA, C. (1.988). "Toxicomanias". Curso de Doctorado sobre Toxicomanias. Universidad de Granada.

RUNDEL, J.R.; WISE, M.; URSANO, R. (1.986). "Three cases of AIDS-related psychiatric disorders". Am. J. Psychiatry, 143:6, 777-778.

SALOMON (1.959). Citado por BOHM, E. (1.988).

SALOMON (1.961) .Citado por BOHM, E. (1.988).

SAN MARTIN, H.; PASTOR, V. (1.984). Salud comunitaria. Madrid. Ed. Díaz de Santos.

SANCHEZ BLANQUE (1.982). "El examen psicológico en psiquiatría". En: RUIZ-OGARA, C.; BARCIA-SALORIO; LOPEZ-IBOR.; ALIÑO, L.; Psiquiatría Tomo I, Barcelona, Toray, 500-524.

SASSE H, SALMASOS, CONTIS, AND THE FIRST DRUG USER MULTICENTER STUDY GROUP (1.989). "Risk behaviors for VIH-1 infection in italian drug user: report from a multicenter study". J. Acq. Imm. Def. Syndr., 2: 486-496.

SAYKIN A.; HANSE R.; SPREH N. et al.. (1.988). "Neuropsychologia funtion in HIV infection: stable at 1-4 year follow-up. IV international conference en AIDS, Stockholm, June 1.988.

SCHAERF et al. (1.988). Citado por BOGET, HERNANDEZ. (1.991).

SCHARTZMAN, J. (1.975). " The addict, abstinence and the family". Am. J. Psychiatry, 132: 154-157.

SCHECHTER, M. T.; JEFRIES, E.; CONSTANCE, P. et al.. (1.984). " Changes in sexual behavioner and fear of AIDS". Lancet, (i): 1.293.

SCHLEIFER SJ, KELLER SE, CAMERINO M, et al. (1.983). "Suppressión of lymphocyte stimulation following bereavement". JAMA 250: 374-377.

SCNECK. Citado por Gutierrez Medina (1.989)

SEIDL, O.; GOEBEL, F. (1.987). "Psychosomatic reactions of homosexuals and drug addicts to the knowledge of a positive HIV test ressult". AIDS- Forsch, 4, 181-187.

SELDEN, OD.; MILLER EN; BECKER JT. et al.. (1.988). "Normal neuropsychological performance in healthy VIH-1 infected homosexual men: the multicenter AIDS cohort Study. Abstract and workshop. Procedings of the IV th international conference on AIDS. June 1.988, Stockholm.

SELNES, OD.; MILLER, EN.; BECKER, JT. et al. (1.988). "Normal neuropsychological performance in healthy VIH-1 infected hormosexual men: the multicentre AIDS control study". Abstract an workshop. International conference on AIDS, June, Stockholm.

SHAW, G. (1.985). "HILV-III. infection in brains of children and adults with AIDS encephalopathy". Science, 227, 177-181.

SHEARER, GM.; KAPILA, R.; (1.985). "Neuropathology observations in acquired immune deficiency sindrome". Acta neuropathol, 66: 188-195.

SIMMEL (1.928). "Psychoanalytic treatment in a sanatorium". Int. J. Psych. 10: 70-89.

SHOOLEY, R.T. y HIRSCH, M.S. Citado por YARCHOAN, MITSUYA, BRODER (1.989).

SISTEMA ESTATAL DE INFORMACION SOBRE TOXICOMANIAS. S.E.I.T. Informe año 1.989. Ministerio de Sanidad y Consumo, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

SNIDER, W.D.; SIMPSON, D.M.; NIESELN, S.; GOLD, J.; METROKA, C.; POSNER, J. (1.983). "Neurological complication of the acquired immune deficiency syndrome: analysis of 50 patients". Ann. Neurol., 14: 430-418.

SOLER ARREBOLA, P. (1.986). "Actos ponibles y manifestaciones psicopatológicas". Tesis doctoral. Universidad de Granada.

SOLER INSA, P.A. (1.982). Drogodependencias. Un nuevo modelo de enfermedad. Barcelona. Instituto Municipal de Psiquiatría.

SOLER VIÑOLO, M. (1.980). "Aspectos psicodinámicos de la agresividad". Congreso de la Asociación mediterránea de Psiquiatria. Granada, mayo 17-23.

SORIANO, TOR, MUGA, RIVERA (1.989). "Marcadores serológicos de la infección por el VIH". Med. Clin. (Bar), 92: 190-197.

SOTREL, A. (1.989). Citado por GUTIERREZ MOLINA (1.989).

SPITZ (1.977). Citado por BOHM,E., (1.988).

STALL R, OSTROW DG. (1.989). "Intravenous drug use, the combination of drugs and sexual activity and HIV infection among gay and bisexual men: the San Francisco men's health study". J Drug issues, 19: 57-73.

STEMPEL, R.; MOULTON, J.; KELLY, T.; OSMOND, D.; MOSS, A. (1.987). Patterns of distress following HIV antibody test notification. Abstract III. Int. AIDS Conf. Washington. D.C.

STANTON, MA.; TOOD, (1.983). "The family of drug dependens". New York, Rockvil dorf, Press.

STINSON, G.V.; ALLDRITT, DOLAN, K.; DONOGHOE, M.C.; LART, R. (1.989). "Injecting equipment exchange schemos". Final report, Monitoring research group, Goldsmiths College.

TEMOSHOK, L.; MANDEL, J.; MOULTON, J.; SALOMON, G.; ZICH, J. (1.986). "A longitudinal psychosocial study of AIDS and ARC in San Francisco. Paper given at the annual meeting of the American psychiatric association. Washington D.C.

THOMAS, C.; SZABADI, E. (1.987). "Paranoid psychosis in the first presentation of a fulminanting let al caso of AIDS". Br. J. Psychiat., 151: 693-695.

THOMAS et al.. (1.973). Citado por SANCHEZ BLANQUE, (1.982).

THOMAS, C. et al. (1.985). "HILV-III and psychiatric disturbances" Lancet, ii: 395-396.

TINDALL, B.; BAKER, S.; DONOVAN, B. et al. (1.988). "Characterization of the acute clinical illness associated with human immunodeficiency virus infection". Arch. Inter. Med., 148: 945-949.

TORREBLANCA PACHECO, M.; RENIO, A. (1.987). "Long latency precedes overt seroconversion in sexually tramitted HIV infection. 2: 589-893.

TOURTELLOTE, W.; SHASHAK, P,; OSBORNE, M.; RESNICK, L.; MITSUYA; GOTTLIEB, M. (1.987). "Intra-blood-brain barrier IgG synthesis and abnormal serum bands in patients with AIDS, ARC and asymtomatic HILV-III positives". Abstracts III. Int. conf. Washington D.C.

TROSS, S.; HIRSCH, D.; RABKIN, B.; BERRY,C.; HOLLAND, J.; (1.987). "Determinants of current psychiatric disorders in AIDS spectrum patients". Abstracts III. Int. AIDS Conf. Washington D.C.

TROSS, S.; ABDUL-QUADER, A.S. FIEDMAN, S.R., et al. (1.988). "Lack of neuropsychological impairment in HIV seropositive asimptomatc drug users". IV international conference on AIDS, Sweden, June 12-16.

VAILLANT, GE. (1.973). "A 20 year follow-vp of New York narcotic addict". Arch. Gen Psychiatry, 29: 238.

WATTERS JK (1.989) "Observations on the importance of social context in HIV transmission among intravenous drug users". J Drug Issues, 19: 9-26.

WEISMAN, H.; HARVEY, E.; NIENALTOW, M.; EATON, D.; (1.987). "Psychiatric consultation to AIDS patients: 1.981-1.986". Abstract III Int. AIDS Conf., Washington D.C.

WERT, R.C.; RAULIN, M.L. (1.986). "The chronic cerebral effects of cannabis use. II. Psychological finding and conclusions". Inter. J. addictions, 21: 629-642.

WERT, R.C.; RAULIN, M.L. (1.986). "The chronic cerebral effects of cannabis use. I. Methodological issues and neurological finding". Inter. J. addictions, 21: 605-628.

WEECKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD. (1.992). Releve epidemiologique beddomadaire, Nº 27, 2 Julio.
WILKIE, et al. (1.988). Citado por BOGET, T. y HERNANDEZ, E. 81.991)

WILEY, C.A.; SCHRIER, R.; DENARD, F.; NELSON, J.; LAMPERT.; OLDSTONE, M. (1.986). "Localization of cytomegalovirus proteins and genome during fulminant central nervous system in an AIDS patientes". J. Neuropathol. Exp. Neurol., 45: 127-139.

YARCHOAN, R.; MITSUYA, H.; BRODER, S. (1.989). "Terapias del S.I.D.A.". Investigación y Ciencia: lo que la ciencia sabe sobre el S.I.D.A. 86-96.

YARCHOAN, R.; BROUWER, P.; SPITZER, A.; GRAFMAN, J.; SAFAI, B.; PERNO, C.; LARSON, S.; BERG,G.; FISCHL, M.; WICUMAN, A.; THOMAS, R.; BROMETIA, SHMIDT, P.; MYERS, C.; BRODERS, S. (1.987). "Response of HIV associated neurological disease to AZT". Lancet, i: 132-135.

ZULLIGER (1.952). Citado por BOHM, E. (1.988).

PRIMERA: Al estudiar la vida familiar de los sujetos adictos a drogas por vía parenteral, seronegativos y seropositivos, encontramos una mala dinámica en las familias de ambos grupos, si bien, los seropositivos fueron los que predominantemente habían convivido y permanecido durante la infancia en un núcleo familiar donde el rol principal lo desempeñaba la figura materna.

SEGUNDA: El sistema educativo que habían recibido los sujetos adictos a drogas por vía parenteral seropositivos había sido relajado y poco restrictivo, circunstancia que, junto a la inadecuada distribución de roles en la vida familiar, contribuiría a una mayor desorganización personal.

TERCERA: Los individuos adictos a drogas por vía parenteral seropositivos pertenecían a familias de nivel socioeconómico predominantemente bajo. Así mismo, los portadores de anticuerpos ocuparon puestos de trabajo peor cualificados, tuvieron una mayor inestabilidad en el trabajo, y permanecieron durante más tiempo en situación de paro que los seronegativos. Estos factores socioeconómicos y de desajuste laboral pueden constituir elementos de riesgo en la transmisión de la infección por V.I.H.

CUARTA: Con respecto al consumo de drogas, los sujetos adictos a drogas por vía parenteral seropositivos se iniciaron a edades más tempranas en el uso de cánnabis y heroína, y consumieron heroína durante más tiempo; situaciones que conllevan a una mayor gravedad en la dependencia, lo cual contribuiría a aumentar las posibilidades de exposición en la transmisión de la infección por V.I.H.

QUINTA: Al comparar los individuos adictos a drogas por vía parenteral seropositivos y seronegativos hemos observado en los primeros, en mayor proporción, síndromes de abstinencia una forma de consumo a solas y el hecho de haberse sometido a tratamientos de la drogadicción anteriores al actual. Estas situaciones expresan la mayor gravedad en estos sujetos en la adicción a las drogas con lo que aumentaria el riesgo de exposición a la transmisión de la infección por V.I.H..

SEXTA: Los sujetos adictos a drogas por vía parenteral seropositivos llevaron a cabo, en mayor proporción que los seronegativos, el tráfico ilícito de drogas y tuvieron mayor predominio de problemas legales, siendo esta actividad delictiva de carácter más grave.

SEPTIMA: Los pacientes adictos a drogas por vía intravenosa con anticuerpos frente al V.I.H. realizaron prácticas de riesgo importantes, tanto en los hábitos de consumo de drogas, como en la actividad sexual, es decir, usaron con menor frecuencia que los seronegativos el material de inyección estéril e individual, así como los preservativos, hechos que están en relación directa con el incremento de riesgo en la transmisión del V.I.H.

OCTAVA: El conjunto de sujetos adictos a drogas por vía parenteral una vez que estaban bajo tratamiento de su adicción, adquirieron un nivel de información adecuado, respecto al riesgo de infección por V.I.H.. Sin embargo, ninguno de los dos grupos modificaron las prácticas de riesgo en la misma medida de sus

conocimientos.

NOVENA: Comprobamos que los pacientes adictos a drogas por vía parenteral seropositivos fueron quienes modificaron en mayor grado sus hábitos de riesgo al conocer el estado serológico y/o tener información sobre el S.I.D.A., ya que aumentaron el uso individual de la jeringuilla, el uso de preservativos y disminuyeron el número de contacto sexuales.

DECIMA: Los sujetos adictos a drogas por vía parenteral seropositivos presentaron mayor nivel de estrés que los seronegativos, hecho que podría acelerar la aparición de sintomatología.

UNDECIMA: No hemos encontrado diferencias significativas entre los pacientes adictos a drogas por vía parenteral seropositivos y seronegativos, en los niveles de ansiedad, depresión y vulnerabilidad, estudiados a través del cuestionario de depresión ansiedad y vulnerabilidad de Hassanyeh. Estos valores obtenidos informan de la ausencia de síntomas clínicos importantes de ansiedad y depresión.

DUODECIMA: Con relación a las funciones cognitivas (estudiadas a través del Mini-examen cognoscitivo), no se hallaron diferencias entre los pacientes adictos a drogas por vía parenteral seropositivos y los seronegativos, no mostrando signos de deterioro cognitivo ni en la puntuación global ni en las distintas áreas cognoscitivas. Sin embargo, a través del Psicodiagnóstico de Rorschach en los seropositivos encontramos cierta decadencia de los taientos cognitivos de estos enfermos, observado por el descenso del porcentaje de formas

bien vistas (F+% del 69%), un porcentaje de respuestas originales menor del 25% (10%) y ser éstas de mala calidad.

DECIMOTERCERA: Mediante el Psicodiagnóstico de Rorschach hemos observado en los sujetos adictos a drogas por vía parenteral una fijación y/o regresión a la etapa oral (predominio de respuestas G) un empobrecimiento del mundo afectivo (ausencia de color y/o desviación a la izquierda, y shock al color), a la vez que una angustia manifiesta (shock al gris).

DECIMOCUARTA: Determinadas características de personalidad diferenciaron a los pacientes adictos a drogas por vía parenteral seropositivos. En éllos se detectó una disminución de la capacidad del control consciente de sí mismos, junto a un descenso en las aptitudes corrientes y una inteligencia menos clara. Estos rasgos de personalidad podrían ser factores favorecedores en la transmisión de la infección.

VII. BIBLIOGRAFIA

ALFRED, M. y FREEDMAN, MD. (1.982). "Dependencia de los opiáceos". En: FREEDMAN,A.; KAPLAU, M.; SADOCK. Tratado de Psiquiatria. Barcelona, Salvat editorial, : 1442-1467.

ACHTE, K. (1.977). La depresión y la autodestrucción indirecta. Barcelona, Toray.

AIDS initial assesment Questionnaire. National Institute on drug abuse 1988. National AIDS demonstration research project. Community research branch. June.

ALEXIUS, B.; WETTERBERG. L.; SAAF, J.; WAHLUNDL, O.; SONNERBORG, A.;. (1.989). Examination of HIV-1 infected patients with neuropsychological test. VII International Congress of Psychiatry. Excerpta Médica. Abstract, series 899.

ALONSO FERNANDEZ, F. (1.989). "Psicosociología del S.I.D.A.". Psicología Médica y Social, Barcelona, Salvat, : 336-344.

ALLPORT, G.W. (1.970). Citado por SANCHEZ BANQUE (1.982).

AMER, G.; ARRANZ, P.; BAYES, R.; MAGALLON, M.; PASTOR, I.; URRUTIA, G. (1.989). "Manifestaciones neurológicas y neuropsicologicas en sujetos V.I.H. seropositivos asintomáticos. Resultados del primer año de seguimiento." Arch. de Nerurobiol., 52 supl.: 68-72.

ANDERS (1.986). Citado por GUTIERREZ MOLINA (1.989).

ARMITAGE (1.946). Citado por BOHM, E. (1.988).

ARRANZ, P. (1.989). "Distintos niveles de intervención psicológica en la problemática del S.I.D.A. desde el paradigma de la hemofilia". Psiquis, 10, (8): 313-315.

ARRANZ, P.; LOPEZ PEREZ, M.D. (1.987). "El SIDA: Un nuevo estres para la población". Hemofilia, 3: 17-20.

ARRANZ, P.; MARTIN VILLAR, J.; SCHACK, A. et al. (1.986). Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina. 17: 489-498

ARSENAULT, (1971). Citado por MARTIN, C.; Navarro y Elgarrista (1.985).

ASHTON, C.H. (1.987) "Cánnabis: dangers and possible uses". British Medical Journal, 291 : 141-142

ATKINSON, J.;GRANT, J.; KENNEDY, C.; RICHMAND, O.; SPECTOR, S.; McCUTGHAN. (1.987) "Psychiatric illness in HIV-infected men and controls". Abstracts III. Int. AIDS Conf. Washington D.C.

BAKER GH, BYROM NA, IRANI MS, et al. (1984) "Stress, cortisol, and lymphocyte subpopulations". Lance 1: 574, 1.984.

BARRE-SINOUSSI, F.; NUGEYRE, M.; DAUGET, C. (1.982) "Isolation of a T. Lynnphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome". Science, 220: 867-871.

BAYES, R.; ARRANZ, P.; (1.988). "Las variables psicológicas como factores del síndrome de inmunodeficiencia adquirida". Jano, XXXIV, Nº 812: 33-44.

BAYES, R. (1.986). ¿Podemos aportar algo los psicólogos conductuales a la solución del problema del SIDA (AIDS)?. Papeles del Colegio. Psicólogos, 5: 49-53.

BAYES, R. (1.987). Factores de aprendizaje en el sistema inmunitario. Jano, 1412-1422.

BAYES, r. (1.988). Modulación psicológica de las respuestas inmunológicas. Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia. 4 (En prensa).

BERGER, J.; FISCHL, M.; RESNICK, L.; DIX, R.; PARNS, W. (1.987) "Evidence of VIH encephalopathy in the absence of caret neurological disease" Abstracts III. International AIDS Conference Washington.

BINDER (1.933). Citado por BOHM, E. (1.988).

BLANCO AGUILAR, J. (1.986). "El consumo de drogas en la provincia de Cadiz: un análisis cualitativo". Comun. Drogas, 2, 41-60.

BLEULER (1.968). Citado por BOHM, E. (1.988).

BOGET (1.990). Citado por BOGET y HERNANDEZ (1.991).

BOGET, T. y HERNANDEZ, E. (1.991) "Aspectos Neuropsicológicos de la infección por VIH". Monografías de Psiquiatría, II, Nº 5, Sept./Oct. 20-22.

BOHM, E. (1.988). Manual de Psicodiagnóstico de Rorschach. 9ª ed., Madrid, Morata, 559 pags.

BOLETIN EPIDEMIOLOGICO SEMANAL (1.981) Ministerio de Sanidad y Consumo, Nº 1.885.

BOLETIN EPIDEMIOLOGICO SEMANAL (1.985) Ministerio de Sanidad y Consumo, Nº 1.680.

BOLETIN PIDEMIOLOGICO SEMANAL (1.986) Ministerio de Sanidad y Consumo, Nº 1.743.

BOLETIN EPIDEMIOLOGICO SEMANAL (1.986) Ministerio de Sanidad y Consumo, Nº 1.744.

BREVIARIO DSM-III-R. (1.990). Criterios diagnósticos. Masson, 323 pags.

BREDESEN, D.E. (1.983). Citado por GUTIERREZ MOLINA (1.989).

BUDKA (1.986) ."Multinucleated grant cells in brain: a hallmark of the AIDS". Acta neuropath., 253-258.

BUDKA, LANG. (1.989). "Human inmunodeficiency virus desease of the Central Nervous System: pathology and implications for pathogenesis". Acta Neuropathol., 77: 225-236.

BUDKA, H. CONSTANZ, A.; CRISTINA, S.; PARRAVICINI, C.; TRABATTORI, VAGO, L. (1.987). "Brain pathology induced by infection with the human immunodeficiency virus. A histological, histochenical and electron microscopal study of 100 autopsy casos. Acta Neuropathol., 75, 185-198.

CAMARERO, C. (1.984). Psicología y Salud. Ponencia al I Congreso Nacional del colegio Oficial de Psicólogos. Madrid.

CANCRINI, L. (1.987). "Hacia una tipología de las toxicodependencias juveniles". Comun. Drogas, supl. 1: 45-47.

CANCRINI, L. (1.987). "Enfoque ralacional en toxicomania: Introducción". Comun. Droga supl. 1: 7-9.

CARNE, C.; ADLER, M. (1.986). "Neurological manifestations of HIV infection". Br. med. J. 293: 462-463.

CARNE, C.A.; SMITH, A.; ELKINGTDN, S.; PRESTON, F.; TEADER,R.; SUTHERLAND, S.; DALY, H.; CRASKE, J.;. (1.985) "Acute encephalopathy coincident with seroconversion for anti HTLV III". Lancet, II, 1.206-1.208.

CARRETERO ALFEREZ, M.D.; SOLER VIÑOLO, M. (1.986). "Consideraciones biográficas del pneumotorax espontáneo idiopático". Tesis de Licenciatura. Universidad de Granada.

CATALAN, J.; (1.988). Psychosocial and neuropsychiatric aspects of HIV infection: Review of their extent and implications for psychiatry. Journal of psychosomatic research, 32, 3, 237-248.

CAZZULLO, C.; GALA, C.; MARTINI, C.; (1.990). "Pychopathologic features among drug addicts and homosexuals whit HIV infection". Intl J. Psychiatry in Medicine, Vol. 20(3), 285-292.

CENTER FOR DISEASE CONTROL: (1.982). "Update on acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). United States M.M.W.R. 31: 507-508.

CENTER FOR DISEASE CONTROL (C.D.C.) (1.987) "Revision of the C.D.C. survillance case definition of AIDS". M.M.W.R., 36: 35-155.

CERVELLO, A. (1.989). "Afección medular por el virus de la inmunodeficiencia humana. Mielopatía vacuolar". Arch. de Neurobiol., 52, Supl. 1, 73-78.

CLAUSER, G.; HOLN, H. (1.968). Manual de análisis biográfico. 1ª ed. Madrid. Ed. Gredos, Biblioteca de Psicología y Psicoterapia, 13, 258 pags.

COCHRANE, S. (1.987). "Psychosomatic distress and depressive symptoms among HIV positive, negative and untested homosexual men". Abstracts III, Int. AIDS Conf., Washington D.C.

CHEIN, I. (1.964). Citado por ALFRED, M. (1.982).

DALAKAS, M.; TRAPP, B.; (1.986). "Thymosin B_4 a shared antigen between limpeNroid cells and olygodendrocytes of normal human brain". Ann Neurol, 19: 345-355

DEFAYOLLE, M. (1.983). "Epidemiologie". En: BERGERET et al. Precis des Toxicomanies, Paris, Masson: 111-127.

DE MIGUEL, J. (1.985). La Salud Pública del Futuro. Madrid. Ed. Ariel Sociológica.

DE LA MONTE, S.; HO. D.; SCHOOLEY, R.; HIRSCH, M.;RICHARSON, E. (1.987). "Subacute encephalomyelitis of AIDS and its relation to HILV-III infection". Neurology, 37: 562-569.

DEWY, W.L. (1.986). "Cannabinoid Pharmacology". Pharmacological Reviews. 38,: 151-178.

DILLEY, J.; OCHITLL, H.; PERL, M.; VOLDERDING, P.; (1.985). "Findings in psyichiatric consultations with patientes with AIDS". Ann J. Psychiat, 142, 82-86.

DILLEY, J.; SHELP, E.; BATKI, S. (1.986). "Psychiatric and ethical issues in the care of patientes with AIDS". Psychosom., 27, 562-566.

DONLOU, J.; WOLCOTT, D.; GOTTLIEB, M.; LAHDSVERK, J. (1.985). "Psychosocial aspects of AIDS and ARC". J. Psychosoc. Oncol., 3, 39-55.

ESTUDIO DEL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. (1.991). "Infección por VIH en usuarios de drogas". Ministerio de Sanidad y Consumo.

EVATT, B.L.; RAMSEY, R.; LAWRENCE, D.; ZYLE, L.; CURRAN, J. (1.984). "The acquired immunodeficiency syndrome in patients with hemophilia". Ann. Intern. Med., 100: 499-500.

FACY, F.; LE HUEDE, E. (1.989). "Toxicomanies et partage des seringues". International congress, VIII World of psychiatry, excerpta médica: abstracts, Series 899.

FAUCI, A.S., (1.988). "The human immunodeficiency virus. Infectivity and mechanisms of pathogenesis". Science, 239: 617-622.

FENICHEL, O. (1.945). Teoria psicoanalítica de las neurosis. Buenos Aires. Paidos, 814.

FERNANDEZ, (1.988). Citado por BOGET, T. (1.991).

FLAVIN, D.; FRANKLIN, J.: FRANCES, R. (1.986). "AIDS and suicidal behaviour in alcohol dependent homosexual men". Am. J. Psychiat., 143, 1.440-1.442.

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. (1.975). "Mini-mental state". A practical method for granding the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research, 12, 3, 189-198.

FRANCIS, D.P.; JEFFE, H.; FULTZ, P.; GETCHELL, J.; McDOUGAL, J.; FERORINO, P. (1.985). "The natural history of infection with the LAV/HLLV-III". Almn. Intern. Med., 103: 719-722.

FRANK, L.K. (1.939). Citado por SANCHEZ BLANQUE (1.982).

FRANKEL y BENJAMIN (1.934). Citado por BOHNM, E., (1.988).

FREUD. (1.905). Tres ensayos sobre la sexualidad infantil. En: Obras completas, Madrid, Biblioteca Nueva, 1.984.

FREUD. (1.922). Citado por MARTIN, G.; NAVARRO, P.; ELGARRISTA (1.985).

FRIEDMAN SE, DES JARLAIS DC, GOLDSMITH DS. (1.987). "An overview of AIDS prevention efforts aimed at intravenous drug users circa 1.987". J Drug Issues 19: 93-112.

FRIEDMAN SR, DES JARLAIS DC, SOTHERAN JL. (1.986) "AIDS health education for intravenous drug users". Health Educ 13: 383-393.

GABUZDA D.; HIRSCH M. (1.987). "Neurological investigations of infection with HIV. "Ann Intern. Med., 107, 383-391.

GALA; COSTANZO; MARTINI, S.; PERGAMI, A.; ROSSINI, M.; RUSSOR, DURBANO, S. (1.989). "Locus of control, social supports and depression among HIV infected subjects". V International Conference on AIDS, Montréal, Québec, Canada. June 4-9, W.B.P.219.

GALA, COSTANZO; PERGAMI, A.; RUSSO, R.; ZERBONI, R.; LAZULLO, C. (1.990). "Axis v of DSM-III-R and biopsychosocial assessment of HIV-infected patients". Sixth international conference on AIDS, San Francisco, California, USA.

GALLO, R.C.; SARIN, P.; GELMAN, E. (1.983). "Isolation of human T-cell leukemia virus in acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)" Science, 220, 862-865.

GALLO, R.C.; SALAHVDIN, S.; POPOVIC, M. (1.984). "Frecuent detection and isolation of cytoathic retroviruses (HILV III), from patients with AIDS and at risk for AIDS". Science, 224: 500-502.

GASCON, P. (1.986). "Aspectos psicosociales del SIDA" Jano, 30, (729): 74-78.

GATTEl, J.M. (1.988). "Historia natural de la infección por el vih". Med. clin. (Barc.), 90: 509-514.

GAZQUEZ EVANGELISTA, J.A. (1.981). "La personalidad del enfermo alcoholico. Dinámica de la desestucturación afectiva e intelectual. Tesis Doctoral . Universidad de Granada.

GLASSER,R.; KIELCOT-GLASER, J.K.; (1.987). "Stress-associatool de pression in celular immunity: implications for acquired deficiency syndrome (AIDS)". Brain. Behav. Immun. 1: 107-112

GOETHE, K.; MITCHELL, J.; MARSHALL, D. et al. (1.988). "Neuropsychological functioning in HIV patients". IV International conference on AIDS. Stockhol, Sweden, June 12-16.

GOLDMEIER, D. (1.987). "Psychosocial aspects of AIDS". Br. J. Hosp. Med., 27, 232-246.

GOLDSTICK, L. (1.985). "Spinal cord degeneration in AIDS" Neurology, 35: 103-106.

GOMEZ OLMEDO, M.; FERNANDEZ SIERRA, MA.; DELGADO RODRIGUEZ, M.; VARGAS,R. (1.990). Infección por VIH en la población española. I. Meta-análisis cualitativo. Med. Clin. (Barc.); 95: 286-291.

GOUDSMIT, J. et al. (1.986). "Intrathecal synthesis of antibody to HILV-III in patients without AIDS or ARC". Br. Med. J., 292: 1.231-1.234.

GRANT, I.; ATKINSON, JH. (1.987). "Evidence for early central nervous system involvement in the acquired inmunodeficiency syndrome (AIDS) and other human inmunodeficiency virus (VIH) infections". Annals of Internal Medicine: 107, 828-836.

GRAY, F.;CHERARDE, R.;SCARAVILLI, F.; (1.988). "The neuropathology of de Acquired Immunodeficiency (AIDS). A review". Brain, 111, 245-266.

GREEN, J. (1.986) "Counselling HILV III seropositives". In: MILLER, R.; WEBER, J.; GREEN, J.The Manegement of AIDS patients. London: McMillan.

GRIMSHAW, J. (1.987) "Being HIV antibody positive". Br. Med. J., 295, 256-257.

GRUPO DE TRABAJO PARA EL ESTUDIO DE INFECCIONES EN DROGADICTOS. (1.988). "Estudio multicéntrico de las complicaciones infecciosas en adictos a drogas por vía parenteral en España: análisis de 6.481 casos (1.977-1.986). Enf. Infec. y Microbiol. Clin., 6: 483-487.

GUTIERREZ MOLINA, M. (1.989). "Neuropatologia de la encefalitis V.I.H. Arch. de Neurobiol., 52, supl. 1: 45-61.

GUTIERREZ MOLINA, M. (1.989). "Neropatology of Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS): An autopsy review". J. Neuropath. Exp. Neurol., 45: 635-646.

HARBIN, HT. et al. (1.975). " The families of drug abusers: a literature review. " Family process, 14: 411-431.

HASSANYEH, F.; ECCLESTON, D.; DAVIDSON, D. (1.981). "Rating of anxiety depression and vulnerability". Acta Psychiat. Scand., 64: 303-313.

HASELTINE, W.A. (1.988) "Replication and pathogenesis of the AIDS virus" J. Acq. Imun. Def. Synd., 1: 217-240.

HENIN, DUYCLAERIS, CHAUM, VAZUX, BROUSSE. ROZENBRAUM, HAW, (1.987). "Etude neuropatologique du syndrome d'immunodepression acquise. A propose de 30 observations". Revue Neurologuique, 631,642.

HERMAN, P. (1.986) "Neurologic effects of HILV-III infection in adults- an overview" Mount Sinai J. Med., 53, 616-621.

HERNANDEZ, E.; TEJERO, A.; PINET, M.C.; FURIO, E.; ABELLANAS, L.; PASTORET, M. (1.990). Rendimientos neuropsicológicos en pacientes adictos a opiáceos portadores del virus de la inmunodeficiencia adquirida. Dossier de Psiquiatria, 1: 2ª época, 10-11.

HINGSON R, STRUNIN L, BERLIN B. (1.990). "Acquired immunodeficiency syndrome transmission: change in knowledge and behaviors among teenagers, Massachusetts Statewide Surveys, 1.986 to 1.988". Pediatrics, 85: 24-29.

HO, D.; ROTA, T.; SCHDOLEY, R.; KAPLAN,J.; ALLAN,J.; GROOPMAN, J.; RESNICK, L.; FELSENSTEIN, D.; ANDREWS, C.; HIRSCH, M. (1.985). "Isolation of HTLV III from cerebrospinal fluid and the neural tissue of patients with neurologic syndromes related to the acquired immunodeficiency syndrome". New Engl. J. Med., 313: 1493-1497.

HOLMES, T.H.; RAHE, R.H. (1.967). "The social readjustment rating scale". J. Psychosomat. Res, 11: 213-218.

HOLLANDER, H.; LEVY, J. (1.987). "Neurologic abnormalties and recovery of HIV from cerebrospinal fluid". Ann. Intern. Med., 106: 692-695.

HOLLISTER, L.E. (1.986) "Health aspects of cannabis". Pharmacological Reviews, 38: 1-20.

HORNITZ. Citado por YARCHOAN, R.; NITSUYA y BRODER. (1.989).

IMRE, H. Citado por BOHM, E. (1.988).

INFORMACION EPIDEMIOLOGICA. REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE S.I.D.A (1.990). Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

JACOB C. (1.989). "Séropositivité et SIDA déclaré, analyse á partir d'une institution de soins pour toxicomanes. Rétrovirus T11: 40-44.

JACOBSEN P., PERRES S.; ROBERTS R.; (1.987). "Psychological reactions of indiviuals at risk of AIDS entering an experimental treatment trial". Abstracts III Int. AIDS conf. Washington DC. P.

JANSEN RS, STAYKIN AJ, CANNONL, et al.. (1.989). "Neurological and neuropsychological manifestations of HIV related complex out not asymptomatic VIH-1 infection. Ann. Neurol., 26, 592-600.

JANSEN et al. (1.988). Citado por BOGET, HERNANDEZ (1.991).

JONES, G.; KELLY, G.; DAVIES, J. (1.987). "HIV and onset of schizophrenia". Lancet, i: 982.

KEH, W.; GERBER, M. (1.988). "In situ hybridization for cytomegalovirus patient". Am. J. Pathol. 131: 490-496.

KESSLER, R. C.; FOSTER, C.; JOSEHP, J.; OSTROW, D.; WORTMAN, C.; PHAIR, J.; SHMIEL, J. (1.991). "Stressfull live averits and symptom onset in VIH infection". Ann. J. Psychiatry, 148: 733-738.

KIECOLT-GLASER JK, RICKER D, GEORGE J, et al. (1984). "Urinary cortisol levels, cellular immunocompetency and loneliness in psychiatric inpatients". Psychosom Med 46:15-23.

KLEIBER D, HECKMANN W, ANDRIOLE A. (1.989). "Recherche el prévention analyse á partir d'une échantillon stratifié . Rétrovirus T11: 74-77.

KLOPFER y KELLEY (1.942). Citados por BOHM, E.(1.988).

KOPPEL, B., WORNSER, G.; TUCHMAN, A.; MAAYAN, S.; HEWLETT, D.; DARAS, M.; (1.985). " CNS involvement in patients with AIDS". Acta Neurol. Scahd., 71: 337-353.

KOSTEN, T.R.; ROUSAVILLE, B.J.; KLEBER, H.D. (1.985). "Parenteral alcoholism in ipioid addicts". The journal of nervous and mental disease, 13, Nº 8, 461-469.

LANG, W.; MIKLOSSY, J.; DERVAZ, J.; PIZZOLATO. (1.989)."Neuropathology of the acquired inmune deficiency syndrome: a report of consecutive autopsy cases from Switzerland. "Acta Neuropathol". 77: 379-390.

LEACH, G.; WHITEHEAD, A. (1.985). "AIDS and the gay community: the doctor role in counselling". Britis medical journal, 290: 583.

LEVY, R.; BREDESEN, D.; ROSEMBLUM, M. (1.985). "Neurological manifestatiions of AIDS - experience at UCSF and review of the literature". J. Neurosurg., 62: 475-495.

LEVY, J.A. (1.988). "AIDS and the nervous system" En: ROSEMBLUM, M.M.L.; LEVY, R.M. Y BREDESEN, D.A. AIDS and the nervous system. Nueva York. Raven Press, 327-345.

LIFSON, A.R.; ROTHERFORD, G.W.; JAFFE, H.W. (1.988). "The natural history of human immunodeficiency virus infection". J. Infect. Dis., 158: 1.360-1.367.

LOBO, A.; ESCOLAR, V. et al. (1.980). "El Mini-examen cognoscitivo: Un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes psiquiatricos". Revista de psiquiatría y psicología médica, 14: 5, 39-57.

LOBO, A.; GOMEZ BURUAGA, et al. (1.979). "El Mini-examen cognoscitivo en pacientes geriátricos". Folia Neuropsiquiátrica, 14: 1-4.

LOOSLI-USTERI (1.958). Citado por BOHM, E. (1.988).

LLUCH, J.; SALVADOR, L.; GATELL, J.; CIRERA , E. (1.989). "Diagnóstico psiquiátrico en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida ingresados en un hospital general". Med. Clín., 92, (7), 277-278.

MACCARIO, M.; SCHARRE, D. (1.987). "HIV and acute oroset of psychosis". Lancet, II, 342.

NAVIA, B.; CHO, E.; PETITO, C.; PRICE, E.; (1.986). "The AIDS Dementia Complex II. Neuropathology". Ann. Neurol., 19, 525-535.

NAVIA, B.; PRICE, R. (1.987) "AIDS dementia complex and the presentig or sole manifestations of HIV infection". Archs. Neurol., 44: 65-69.

NICHOLI, A.M. (1.983). "The nontheraupetic use of psychoactive drugs". New England journal medicine, 308: 925-933.

NICHOLS, S. (1.987). "Psychological reactions of persons with AIDS". Ann. Intern. Med., 103, 765-767.

NIELSEN, S.L.; DAVIS, R.I. (1.988). "Neuropathology of acquired immune deficiency syndrome". En: ROSEMBLUM, M.L.; LEVY, R.M.; BREDESEN, D.E. AIDS and, the Nervous system. New York, Raven Press.

O.M.S. (1.988). Citado por BOGET, T.; HERNANDEZ, E. (1.988).

O'DOWD (1.988). Citado por BOGET, T.; HERNANDEZ,E. (1.991).

OBERHOLZER. (Cora du Bois, 1.944). Citado por BHOM, E. (1.988).

OBERHOLZER (1.931). Citado por BOHM, E. (1.988).

ORNITZ, D.; AMITAY , H.; SIDTIS, J. (1.987). Scales for preneurological examination and lists in the AIDS dementia complex". Abstracts, III Int. AIDS Conf., Washington DC.

ORSKOV, F. (1.978). "Virulence factors of the bacterial cell surface" J. Infect. Dis., 137: 630-633.

OSTROW, D. JOSEPH, J.; MONJAN, A.; KESSLER, P.; EMMONS,C.; PHAIR, J.; FOX, R.; KINGSLEY, L.; DUDALEY, J.; CHMIEL, J.; RADEN, M. (1.986). "Psychosocial aspects of AIDS risk". Psychopharmacol. Bull., 22: 678-683.

OSTROW, D.; GRAN, I.; ATKINSON, H. (1.988). "Assessment and monajement of the AIDS patient with neuropsychiatri disturbances". J. Clin. Psychiatry. 49, (suppl): 14-22.

PALLESEN, G.; GERSTOFF, J.; MATSEN (1.987). "Stages in LAV/HTLV-III lynhadenitis". Scand. J. Immunol., 23: 83-99.

PASCUAL JM, RUBIO G, LOPEZ TRABADA JR, DE LAS HERAS FJ. (1.989) " Cambios de comportamientos en un grupo de adictos a las drogas por vía parenteral, tras la notificación de su seropositividad al virus de la inmunodeficiencia humana". Rev. Psiquiatr. Fac. Med. Barc., 16: 3-12.

PAUZA, C.D. (1.988) "HIV persistence in monocytes leads to pathogenesis and AIDS" Cell. Immunol., 112: 414-424.

PAYKEL, E.S. (1.969). "Life events and depression, a controlled study". Arch. Gen. Psichiat., 21, 753-760

PEÑA, J.M.; BARBADO, F.J.; VAZQUEZ, J.J. (1.989) "Historia natural de la infección por VIH". Arch. de Neurobiol., 52, Supl. 1: 7-16.

PERFECT, J.R. (1.983). Citado por GUTIERREZ MOLINA (1.989).

PERNO. Citado por YARCHOAN, R., (1.989).

PERRY, S.; MARKOWITZ, J. (1.986) "Psychiatric interventions for AIDS spectrum disorders". Hosp. Comm. Psychol., 37: 1001-1006.

PERRY, S.; TROSS, S. (1.986). "Psychiatric problems of AIDS in patients at the New York hospital". Publ. Hlth. Rep.: 99, 201-205.

PETITO, C:K:; NAVIA, B.A.; CHO, E. et al.. (1.985). "Vacuolar myelopathy pathological y resembling subacute combined degenetation in patients with the acquired inmunodeficiency syndrome". N. Eng. J. Med., 312: 874-879.

PETITO, C.K.; CHO, E.; LEMANN et al. (1.986). "Neuropathology of acquired immune deficiency syndrome (AIDS): An autopsy review". J. Neuropath. Exp. Neurol., 45, 635-646.

PETITO, C.K. (1.988). "Review of Central Nervous System pathology in human immunodeficienty virus infection". Ann. Neurol., 23,: 554-557.

PIOTROWSKI (1.937). Citado por BOHM, E. (1.988).

PRICE, R.W.; SIDTIS, J. ROSEMBLUM, M. (1.988) "The AIDS dementia complex: some current questions". Ann. Neurol., 23: 527-533.

PUMAROLA, T.; NAVIA, B.A.; CORDON; CHO, E.; PRICE, R. (1.987). "HIV antigen in the brain of patients with the AIDS dementia complex". Ann. Neurol, 21: 490-496.

RADO, S. (1.933). "The psychoanalysis of pharmacothymia". Psychoanal. Quart, 2: 1-23.

REINVANG, et al. (1.989). Citado por BOGET, T. y HERNANDEZ, E. (1.991).

RENIO, A.; VALLES, S.; FROHN, M. (1.987). "Long latency procedes overt seroconversion in sexually tranmitted HIV infection", 2, 589-893.

RHODES, R.H. (1.988)." Histopathology of CNS in AIDS". Human. Pathol., 18, 636-643.

RICHARDSON, E. (1.987). "Subacute encephalomyelitis of AIDS and its relation to HILV-III infection. Neurology, 37, 562-569.

RIEDEL et al. (1.989). Citado por BOGET, HERNANDEZ (1.991).

RODRIGUEZ, A. y SALAZAR, I. (1.992). "Psicologia del S.I.D.A.". Psicopatologia (Madrid), 12: 3, 91-95.

RODRIGUEZ PEREZ, M.; SANZ CUESTA, (1.987). "La familia del toxicómano desde un abordaje sistémico". Comunidad y drogas, 1: 87-103.

RORSCHACH, H.(1.920). Citado por BOHM, E. (1.988).

ROSEMBLUM, M. (1.988). Citado por GUTIERREZ MOLINA (1.989).

ROSENFELD, H. (1.961). "De la toxicomanie". Rev. Franc. Psychanal. 25, 4, 5-6.

ROVINOW et al. (1.989). Citado por BOGET, HERNANDEZ, (1.991).

RUFF, M.; HILL, J.; SMITH. C.; HALLBERG, P.; STERNBERG, E.; JELESOFF, N. (1.987). "Neuropeptides and the HIV receptor". Abstract III. Int. AIDS Conf. Washington D.C.

RUIZ OGARA, C. (1.982). "Toxicomanias". En: RUIZ OGARA, C.; LOPEZ-IBOR-ALINO, BARCIA SALORIO, A. Psiquiatria, tomo II, Barcelona, Toray, 1179-1200.

RUIZ OGARA, C. (1.988). "Toxicomanias". Curso de Doctorado sobre Toxicomanias. Universidad de Granada.

RUNDEL, J.R.; WISE, M.; URSANO, R. (1.986). "Three cases of AIDS-related psychiatric disorders". Am. J. Psychiatry, 143:6, 777-778.

SALOMON (1.959). Citado por BOHM, E. (1.988).

SALOMON (1.961) .Citado por BOHM, E. (1.988).

SAN MARTIN, H.; PASTOR, V. (1.984). Salud comunitaria. Madrid. Ed. Díaz de Santos.

SANCHEZ BLANQUE (1.982). "El examen psicológico en psiquiatría". En: RUIZ-OGARA, C.; BARCIA-SALORIO; LOPEZ-IBOR.; ALIÑO, L.; Psiquiatría Tomo I, Barcelona, Toray, 500-524.

SASSE H, SALMASOS, CONTIS, AND THE FIRST DRUG USER MULTICENTER STUDY GROUP (1.989). "Risk behaviors for VIH-1 infection in italian drug user: report from a multicenter study". J. Acq. Imm. Def. Syndr., 2: 486-496.

SAYKIN A.; HANSE R.; SPREH N. et al.. (1.988). "Neuropsychologia funtion in HIV infection: stable at 1-4 year follow-up. IV international conference en AIDS, Stockholm, June 1.988.

SCHAERF et al. (1.988). Citado por BOGET, HERNANDEZ. (1.991).

SCHARTZMAN, J. (1.975). " The addict, abstinence and the family". Am. J. Psychiatry, 132: 154-157.

SCHECHTER, M. T.; JEFRIES, E.; CONSTANCE, P. et al.. (1.984). " Changes in sexual behavioner and fear of AIDS". Lancet, (i): 1.293.

SCHLEIFER SJ, KELLER SE, CAMERINO M, et al. (1.983). "Suppressión of lymphocyte stimulation following bereavement". JAMA 250: 374-377.

SCNECK. Citado por Gutierrez Medina (1.989)

SEIDL, O.; GOEBEL, F. (1.987). "Psychosomatic reactions of homosexuals and drug addicts to the knowledge of a positive HIV test ressult". AIDS- Forsch, 4, 181-187.

SELDEN, OD.; MILLER EN; BECKER JT. et al.. (1.988). "Normal neuropsychological performance in healthy VIH-1 infected homosexual men: the multicenter AIDS cohort Study. Abstract and workshop. Procedings of the IV th international conference on AIDS. June 1.988, Stockholm.

SELNES, OD.; MILLER, EN.; BECKER, JT. et al. (1.988). "Normal neuropsychological performance in healthy VIH-1 infected hormosexual men: the multicentre AIDS control study". Abstract an workshop. International conference on AIDS, June, Stockla***

SHAW, G. (1.985). "HILV-III. infection in brains of children and adults with AIDS encephalopathy". Science, 227, 177-181.

SHEARER, GM.; KAPILA, R.; (1.985). "Neuropathology observations in acquired immune deficiency sindrome". Acta neuropathol, 66: 188-195.

SIMMEL (1.928). "Psychoanalytic treatment in a sanatorium". Int. J. Psych. 10: 70-89.

SHOOLEY, R.T. y HIRSCH, M.S. Citado por YARCHOAN, MITSUYA, BRODER (1.989).

SISTEMA ESTATAL DE INFORMACION SOBRE TOXICOMANIAS. S.E.I.T. Informe año 1.989. Ministerio de Sanidad y Consumo, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

SNIDER, W.D.; SIMPSON, D.M.; NIESELN, S.; GOLD, J.; METROKA, C.; POSNER, J. (1.983). "Neurological complication of the acquired immune deficiency syndrome: analysis of 50 patients". Ann. Neurol., 14: 430-418.

SOLER ARREBOLA, P. (1.986). "Actos ponibles y manifestaciones psicopatológicas". Tesis doctoral. Universidad de Granada.

SOLER INSA, P.A. (1.982). Drogodependencias. Un nuevo modelo de enfermedad. Barcelona. Instituto Municipal de Psiquiatría.

SOLER VIÑOLO, M. (1.980). "Aspectos psicodinámicos de la agresividad". Congreso de la Asociación mediterránea de Psiquiatria. Granada, mayo 17-23.

SORIANO, TOR, MUGA, RIVERA (1.989). "Marcadores serológicos de la infección por el VIH". Med. Clin. (Bar), 92 190-197.

SOTREL, A. (1.989). Citado por GUTIERREZ MOLINA (1.989).

SPITZ (1.977). Citado por BOHM,E., (1.988).

STALL R, OSTROW DG. (1.989). "Intravenous drug use, the combination of drugs and sexual activity and HIV infection among gay and bisexual men: the San Francisco men's health study". J Drug issues, 19: 57-73.

STEMPEL, R.; MOULTON, J.; KELLY, T.; OSMOND, D.; MOSS, A. (1.987). Patterns of distress following HIV antibody test notification. Abstract III. Int. AIDS Conf. Washington. D.C.

STANTON, MA.; TOOD, (1.983). "The family of drug dependens". New York, Rockvil dorf, Press.

STINSON, G.V.; ALLDRITT, DOLAN, K.; DONOGHOE, M.C.; LART, R. (1.989). "Injecting equipment exchange schemos". Final report, Monitoring research group, Goldsmiths College.

TEMOSHOK, L.; MANDEL, J.; MOULTON, J.; SALOMON, G.; ZICH, J. (1.986). "A longitudinal psychosocial study of AIDS and ARC in San Francisco. Paper given at the annual meeting of the American psychiatric association. Washington D.C.

THOMAS, C.; SZABADI, E. (1.987). "Paranoid psychosis in the first presentation of a fulminanting let al caso of AIDS". Br. J. Psychiat., 151: 693-695.

THOMAS et al.. (1.973). Citado por SANCHEZ BLANQUE, (1.982).

THOMAS, C. et al. (1.985). "HILV-III and psychiatric disturbances" Lancet, ii: 395-396.

TINDALL, B.; BAKER, S.; DONOVAN, B. et al. (1.988). "Characterization of the acute clinical illness associated with human immunodeficiency virus infection". Arch. Inter. Med., 148: 945-949.

TORREBLANCA PACHECO, M.; RENIO, A. (1.987). "Long latency precedes overt seroconversion in sexually tramitted HIV infection. 2: 589-893.

TOURTELLOTE, W.; SHASHAK, P.; OSBORNE, M.; RESNICK, L.; MITSUYA; GOTTLIEB, M. (1.987). "Intra-blood-brain barrier IgG synthesis and abnormal serum bands in patients with AIDS, ARC and asymtomatic HILV-III positives". Abstracts III. Int. conf. Washington D.C.

TROSS, S.; HIRSCH, D.; RABKIN, B.; BERRY,C.; HOLLAND, J.; (1.987). "Determinants of current psychiatric disorders in AIDS spectrum patients". Abstracts III. Int. AIDS Conf. Washington D.C.

TROSS, S.; ABDUL-QUADER, A.S. FIEDMAN, S.R., et al. (1.988). "Lack of neuropsychological impairment in HIV seropositive asimptomatc drug users". IV international conference on AIDS, Sweden, June 12-16.

VAILLANT, GE. (1.973). "A 20 year follow-vp of New York narcotic addict". Arch. Gen Psychiatry, 29: 238.

WATTERS JK (1.989) "Observations on the importance of social context in HIV transmission among intravenous drug users". J Drug Issues, 19: 9-26.

WEISMAN, H.; HARVEY, E.; NIENALTOW, M.; EATON, D.; (1.987). "Psychiatric consultation to AIDS patients: 1.981-1.986". Abstract III Int. AIDS Conf., Washington D.C.

WERT, R.C.; RAULIN, M.L. (1.986). "The chronic cerebral effects of cannabis use. II. Psychological finding and conclusions". Inter. J. addictions, 21: 629-642.

WERT, R.C.; RAULIN, M.L. (1.986). "The chronic cerebral effects of cannabis use. I. Methodological issues and neurological finding". Inter. J. addictions, 21: 605-628.

WEECKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD. (1.992). Releve epidemiologique beddomadaire, Nº 27, 2 Julio.
WILKIE, et al. (1.988). Citado por BOGET, T. y HERNANDEZ, E. 81.991)

WILEY, C.A.; SCHRIER, R.; DENARD, F.; NELSON, J.; LAMPERT.; OLDSTONE, M. (1.986). "Localization of cytomegalovirus proteins and genome during fulminant central nervous system in an AIDS patientes". J. Neuropathol. Exp. Neurol., 45: 127-139.

YARCHOAN, R.; MITSUYA, H.; BRODER, S. (1.989). "Terapias del S.I.D.A.". Investigación y Ciencia: lo que la ciencia sabe sobre el S.I.D.A. 86-96.

YARCHOAN, R.; BROUWER, P.; SPITZER, A.; GRAFMAN, J.; SAFAI, B.; PERNO, C.; LARSON, S.; BERG,G.; FISCHL, M.; WICUMAN, A.; THOMAS, R.; BROMETIA, SHMIDT, P.; MYERS, C.; BRODERS, S. (1.987). "Response of HIV associated neurological disease to AZT". Lancet, i: 132-135.

ZULLIGER (1.952). Citado por BOHM, E. (1.988).