

Factores asociados a las conductas de riesgo para la transmisión del VIH en toxicómanos.

¹Sánchez Cuerda P, ¹Cervera Martínez G, ¹Haro Cortés G, ²Bolinches Claramonte F
³Valderrama Zurián JC.

¹Unidad de Toxicomanías. Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario. Avda. Blasco Ibañez, 17, 46010 Valencia. ²Unidad de Conductas Adictivas. Area 03. Servicio Valenciano de Salud (SVS). C/ Numancia, 5, Sagunto (Valencia). ³Unidad de Alcohol. Area 18. SVS. C/ Taquígrafo Martí, 14, Alicante.

Resumen

Diferentes líneas de estudio, enlazadas en un nexo común, han demostrado la existencia de múltiples factores relacionados con las conductas de riesgo para la transmisión del VIH. Mediante una revisión bibliográfica se pretende ofrecer una visión holística sobre los principales factores bio-psico-sociales más estrechamente vinculados con la aparición y el mantenimiento de estas prácticas de riesgo. Algunos de estos factores escapan a la posibilidad de intervención por parte de los recursos asistenciales. Sin embargo existen otros factores, esencialmente de tipo psicológico (momento de la notificación, realización del test serológico para el VIH, sentimiento de invulnerabilidad, "distorsión cognoscitiva", etc.), sobre los que sí se puede actuar para disminuir dichas conductas de riesgo. Por ello se pretende ofrecer algunas reflexiones y recomendaciones de actuación sobre los mismos. Cabe destacar la importancia del tratamiento de algunas toxicomanías, principalmente de la doble adicción a opiáceos y cocaína, por su importante influencia en el mantenimiento de las conductas de riesgo. Por último se recomienda la detección y tratamiento de los trastornos de la personalidad, principalmente del trastorno límite y el antisocial, al ser éstos los que presentan mayor relación con las conductas de riesgo.

Palabras Clave

Conductas de Riesgo; VIH; SIDA; Toxicomanías.

Summary

Different lines of study, joined by a common link, have demonstrated the existence of multiple factors related to risk behaviour for the transmission of HIV. Through means

— **Correspondencia a:** _____

Dr. Gaspar Cervera Martínez. • Unidad de Toxicomanías. • Hospital Clínico Universitario.
Avda. Blasco Ibañez, 17 • 46010 Valencia



of a bibliographical revision, we hope to offer a holistic vision of the main bio-psycho-social factors which show the closest links with the appearance and the sustenance of these high risk practices. Some of these practices would escape the possibility of coming under the supervision of aid resources. However, other factors do exist, essentially of a psychological nature (the moment of notification, the carrying out of the HIV serological test, the feeling of invulnerability, "cognoscitive distorsion", etc.), about which we can act, in order to diminish the foresaid forms of risk behaviour. We hope, therefore, to offer some reflections and recommendations for what to do about them. We must point out the importance of the treatment of some drug addictions, principally the double addiction to opiates and cocaine, because of its important influence over the sustenance of risk behaviour. Lastly, we recommend the detection and treatment of personality disorders, mainly those of extreme and antisocial disorders, which are the ones that hold the closest relationship with risk behaviour.

Key Words

Risk Behaviour; HIV; AIDS; Drug Addicts.

Résumé

Différentes lignes de recherche avec un lien en commun, ont démontré l'existence de plusieurs facteurs liés, en relation avec les conduites de risque pour la transmission du VIH. A travers d'une révision bibliographique, on prétend offrir une vision holistique des principaux facteurs bio-psico-sociales liés à l'apparition et le maintien de ces pratiques de risque. Plusieurs de ces facteurs échapperaient à l'intervention des ressources assistentielles.

Cependant ils existent d'autres, essentiellement psychologiques (moment de la notification, réalisation du test sérologique pour le VIH, sentiment d'invulnérabilité, "distorsion cognitive", etc.) sur lesquels on peut intervenir à fin de réduire ces conduites.

Pour cela on prétend exposer quelques toxicomanies, spécialement l'addiction aux opiacés et à la cocaïne, à cause de leur influence sur le maintien de ces conduites. Pour terminer, on propose la détection et le traitement des troubles de la personnalité, surtout du trouble limite et antisocial, puisqu'ils sont directement relationnés avec les conduites de risque.

Mots clé

Conduites de Risque; VIH; SIDA; Toxicomanies.



INTRODUCCIÓN:

Siendo conscientes de la dificultad que conlleva, se pretende recopilar un conjunto de factores bio-psico-sociales que la bibliografía actual ha determinado como influyentes en las conductas de riesgo para la infección por el VIH, haciendo hincapié en los factores psicopatológicos. Posteriormente se expondrán unas recomendaciones para la reducción de dichas conductas de riesgo basadas en aquellos factores que influyen en el mantenimiento de las mismas.

MARCO DE REFERENCIA:

Los determinantes biopsicosociales que influyen en la aparición y mantenimiento de las conductas de riesgo para la transmisión del VIH en pacientes drogodependientes se basan, como la misma patología adictiva, en tres grupos de factores: factores psicológicos, biológicos y sociales.

I. FACTORES PSICOLÓGICOS:

La notificación de ser seropositivo para el VIH constituye un momento crucial debido a los procesos psicológicos que de ella derivan. La importancia del momento de la notificación ha sido destacado por diversos autores como Gerona JL, et al (1996); Pascual JM, et al (1989); Torrents M, et al (1990); Diéguez J, et al (1995). Ésta también influye en las conductas de riesgo, como se demuestra en el trabajo de Pascual JM, et al (1989) donde se afirma que el hecho de saberlo modifica mínimamente los hábitos de los sujetos, pero que paulatinamente, a lo largo de 90 días de su seguimiento, vuelven a su comportamiento inicial.

La insuficiente modificación de conducta también ha sido destacada por otros autores como Aguado C, et al (1996). Otros trabajos, Gerona JL, et al (1996), destacan la posibilidad de que la notificación produzca actitudes destructivas con conductas de riesgo contra los demás -"venganza"- e incluso conductas de tipo autodestructivas. Además Gerona JL, et al (1996) destaca que el diagnóstico positivo para el VIH, sirve en ocasiones de excusa para continuar consumiendo la sustancia adictiva, manteniéndose de este modo dentro del grupo de riesgo.

Otro determinante que presenta una fuerte asociación con la disminución de las conductas de riesgo es hacer el test serológico para el VIH, como han demostrado algunos autores referenciados en el estudio de Bravo MJ, et al (1996). Además este autor encuentra relación entre conductas de riesgo y el desconocimiento de la serología anti-VIH.

Por todo ello, se subraya la necesidad de facilitar esta prueba y el conocimiento de sus resultados como medida de protección frente a las conductas de riesgo.

Los trabajos que hacen referencia a las posibles diferencias en las conductas de riesgo de los pacientes seropositivos respecto de los que no lo son, afirman que el ser seropositivo está relacionado con el mantenimiento de conductas de riesgo. Así pues, aunque en algunos trabajos iniciales, Diéguez J, et al (1995), no parecía existir relación alguna, posteriormente se ha encontrado relación tanto en el intercambio de jeringuillas, Bravo MJ, et al (1996); Carrasco P, et al (1996); Cervera G, et al (1998), como en la utilización de preservativos, Bravo MJ, et al (1996); Estébanez P, et al (1996); Cervera G, et al (1998). Aunque algunas investigaciones des-



tacan que ser seropositivo disminuye las conductas de riesgo, Carretero MD (1993), existe consenso sobre el hecho de que los pacientes seropositivos presenten más conductas de este tipo. El mantenimiento de estas conductas ha sido principalmente atribuido al sentimiento de fatalismo que los pacientes VIH presentan, Bravo MJ, et al (1996); Stimson GV (1991); Des Jarlais DC, et al (1992); Hankins C, et al (1994).

Otro determinante psicológico que ha sido descrito como relevante en el mantenimiento de las conductas de riesgo es el proceso de distorsión cognoscitiva, Gerona JL, et al (1996). Dicha distorsión permite mantener cierta consistencia entre la percepción de ellos mismos como individuos de bajo riesgo y la percepción de su comportamiento preventivo del SIDA inconsciente. Esto facilita que el sujeto viva su comportamiento de riesgo como debido a factores atípicos, circunstanciales y no como un verdadero riesgo de salud.

También es importante resaltar las diferencias existentes respecto al género de los sujetos, puesto que la mujer está engrosando cada vez más el porcentaje de personas infectadas por el VIH y de casos de SIDA, Gerona JL, et al (1996); European Centre for the epidemiological monitoring of Aids (1993).

Casi nada se sabe acerca de los sentimientos de las mujeres cuando ellas mismas, su pareja o sus hijos se infectan por el VIH; cómo afrontan sus responsabilidades maternas, sus relaciones personales y la enfermedad. Como otros autores ya han destacado, Estébanz P, et al (1996), estos aspectos merecen una atención especial y deberían ser abordados en el campo de la investigación psicosocial.

Hasta el momento, para favorecer los cambios de comportamiento, se han utilizado programas basados en la comunicación interpersonal, la mayoría de los cuales incluyen el asesoramiento sanitario. Los principales modelos teóricos utilizados son tres:

1) Modelo de Creencias de Salud: Define como principal postulado que los comportamientos relacionados con la salud, dependen a su vez de tres factores:

- a) Vulnerabilidad percibida: referente a la creencia de que se es susceptible a una enfermedad o a sus consecuencias.
- b) Motivación: deberá de existir la presencia de motivación suficiente como para que la salud sea un asunto importante.
- c) Creencia de que siguiendo una determinada recomendación se reducirá el riesgo hasta unos niveles subjetivamente aceptables.

2) Teoría de la Acción Razonada: esta teoría afirma que la intención de llevar a cabo una acción depende de la actitud y de la norma subjetiva; así pues, la intención predice la conducta. La combinación de las creencias sobre las consecuencias de las acciones y la evaluación de dichas consecuencias constituyen las actitudes. Sin embargo, la norma subjetiva se forma por las opiniones de las personas significativas y la motivación del individuo a cumplir con esas personas.

3) Modelo de Autorregulación: se basa en la Teoría del Aprendizaje Social. Dicha teoría afirma que la conducta del individuo viene determinada por tres factores:

- a) Las expectativas de resultado de las acciones emprendidas.
- b) El valor atribuido a un resultado.



c) La capacidad percibida de realizar esas mismas conductas.

Según Salazar J, et al (1997) la información, la actitud y la norma subjetiva no influyen en la intención de comportamiento sin riesgo. Sin embargo, sí influye la capacidad percibida de resistir el síndrome de abstinencia y de cambiar de vía de consumo tanto en la intención de disminuir o reducir el consumo de drogas, como en la intención de ser previsor en la disponibilidad de jeringuillas. Por el contrario, ningún factor influyó en la intención de no compartir las mismas. Estos autores concluyen:

- Que el Modelo de Creencias de Salud no influye puesto que se centra principalmente en conductas sencillas de acciones preventivas (como ejemplo: vacunaciones), pero para conductas que requieren cambios a largo plazo resulta insuficiente.

- Que el Modelo de Acción Razonada concluyen que dicho modelo no se encuentra asociado con la intención de llevar a cabo una conducta mediatizada por respuestas fisiológicas -como el ansia de cocaína o el síndrome de abstinencia a la heroína- sino que se centra fundamentalmente en conductas voluntarias.

- Por último, sería el Modelo de Autorregulación, basado en la Teoría de Aprendizaje Social, el que habría que utilizar para desarrollar programas dirigidos a disminuir las conductas de riesgo.

Se ha observado que los modelos mencionados apoyarían las conclusiones obteni-

das por otros autores. Así, Gerona JL, et al (1996) destacan la importancia del sentimiento de invulnerabilidad. Los sujetos que poseen dicho sentimiento piensan que las posibilidades de que les ocurran eventos negativos son menores de lo que objetivamente son y de las que tienen los demás. Gerona JL, et al (1996), aludiendo a la baja motivación de los ADVP, resaltan que éstos sólo buscan ayuda durante los periodos en que se proponen dejar el tóxico o que ya lo han dejado. Además destaca que no existen cambios en sus hábitos hasta este periodo, ya que su adicción les incapacita para controlar el estado de necesidad.

Son varios los trabajos que han destacado la importancia de la adicción a drogas en relación con las conductas de riesgo. Así, aunque en los estudios iniciales no se ha encontrado relación entre la edad de inicio de consumo, la edad de ingreso en la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) y los años de consumo, con el intercambio de jeringuillas, Voeller B, et al (1992), trabajos más recientes han demostrado que sí existe esta relación. En esta línea, Carretero MD (1993) destaca diferencias respecto a la historia de la adicción entre los heroínómanos seropositivos y los seronegativos, caracterizando a los seropositivos por: un inicio más temprano en el consumo de cannabis y en el de heroína, un mayor número de síndromes de abstinencia, así como haber recibido tratamiento de su adicción en mayor proporción, Carretero MD (1993). En la misma línea, se ha destacado el hecho de que los Usuarios de Drogas por Vía Parenteral (UDVP) no modifican sus conductas de riesgo hasta que abandonan el consumo de la sustancia, pues la adicción les incapacita para el control ante



el estado de necesidad, Gerona JL, et al (1996).

Los trabajos más recientes demuestran que existe una relación directa entre determinados factores de la adicción y el mantenimiento de conductas de riesgo.

Es el consumo de cocaína el factor que con mayor frecuencia se ha asociado al mantenimiento de conductas de riesgo. Al parecer, el consumo de esta sustancia influye en las conductas de riesgo tanto en su consumo aislado, como mezclado con heroína, Bravo MJ, et al (1996). La dependencia a la cocaína no solo influye en el comportamiento de intercambiar jeringuillas, Salazar J, et al (1997); Bravo MJ, et al (1996), sino también en las conductas de riesgo de tipo sexual, Bravo MJ, et al (1996). Además, esta relación se ha encontrado tanto con la dependencia actual a cocaína como con la edad de inicio en el consumo de ésta según los últimos trabajos realizados por Cervera G, et al (1998). Son varias las explicaciones que se dan al respecto; estos autores plantean un modelo en el que serían frecuentemente los trastornos de personalidad la base para el desarrollo de la adicción, sobre todo en los casos de mayor gravedad. Estas dos patologías unidas se potenciarían explicando de este modo las conductas de riesgo. Por otro lado, en relación a compartir jeringuillas, Salazar J, et al (1997) concluyen que sería el ansia de consumo y no el síndrome de abstinencia el origen de una conducta impulsiva imposible de controlar, la cual explicaría la conducta de riesgo asociada a la droga con carácter más reforzante, la cocaína, y no a la que presenta un mayor síndrome de abstinencia físico, la heroína.

Por último Bravo MJ, et al (1996) atribuyen la influencia del consumo de cocaína en las conductas de riesgo sexual a que el uso de esta sustancia conlleva una mayor promiscuidad.

Respecto al consumo de heroína existe controversia. Algunos autores no encuentran relación entre el patrón de consumo de heroína y el compartir jeringuillas, Salazar J, et al (1997). Sin embargo otros como Cervera G, et al (1998) si encuentran asociación con la edad de inicio más temprana en el consumo de esta sustancia. En esta misma línea, se ha demostrado que el inicio más temprano en el consumo de heroína se relaciona con ser seropositivo, aunque ésta relación podría deberse al tiempo de exposición, desconocimiento de la enfermedad del SIDA y no solo a una menor madurez personal que desembocaría en conductas de riesgo, Carretero MD (1993).

Si nos referimos a los UDVP de forma general, se ha encontrado que la frecuencia de inyección diaria está relacionada con dar jeringuillas y con practicar conductas de riesgo sexual, Bravo MJ, et al (1996). Además se ha demostrado la relación entre los años de consumo y recibir jeringuillas, Bravo MJ, et al (1996).

También se ha encontrado relación con el consumo de otras sustancias tales como el crack para las conductas de riesgo sexual, Bravo MJ, et al (1996), la edad de inicio en el consumo de cannabis, (Carretero MD (1993), dependencia actual de benzodiazepinas, Cervera G, et al (1998), así como el consumo de otras drogas, Salazar J, et al (1997); Bravo MJ, et al (1996).



Hay consenso sobre la asociación entre la edad más temprana de inicio de consumo y las conductas de riesgo. Podría deberse a una mayor gravedad en su adicción. Esto explicaría también el hecho de que influya la frecuencia diaria de inyección, los años de consumo, así como el número de ingresos para tratamiento, Cervera G, et al (1998).

Dentro de la psicopatología, se ha estudiado poco la posible influencia de los trastornos de personalidad en las conductas de riesgo para la infección por VIH. Los trabajos iniciales ya encontraron diferencias significativas en cuanto a la personalidad entre la población general y aquellos que acudieron a un centro médico para determinar su estado serológico, aunque no se encontraron diferencias entre aquellos cuya serología era positiva y aquellos que no lo era, Pascual JM, et al (1989). Posteriormente, Cervera G, et al (1998) demostraron que influía la mayor existencia de antecedentes psicopatológicos personales en el intercambio de jeringuillas, aunque solo se consideraron aquellos antecedentes psicopatológicos catalogado dentro del eje I del DSM III-R, excluyendo así los trastornos de personalidad. Otros autores, Gerona JL, et al (1996) destacan la importancia de los trastornos de personalidad como antecedente de familiares próximos, en la conciencia de desarmonía en el hogar que los pacientes seropositivos presentan con mayor frecuencia que los seronegativos.

Aunque algunos trabajos previos al de Cervera G, et al (1998) ya encontraron una relación directa entre los rasgos de personalidad y conducta favorecedoras de la transmisión por VIH, Carretero MD (1993)), es este estudio, Cervera G, et al (1998) el que mayor luz aporta a ésta cuestión. En este

trabajo se demuestra que tanto el trastorno antisocial de la personalidad como el trastorno límite influyen en las conductas de riesgo, siendo mayor la influencia del trastorno de la personalidad antisocial. Estos resultados están en la misma línea que los de otros autores, Pascual JM, et al (1989); Polk B (1985); Zunzunegui V, et al (1992).

El modelo que Cervera G, et al (1998) plantea es el anteriormente descrito, donde el trastorno de personalidad es la base para la adicción, y las dos patologías se potenciarían explicando las prácticas de riesgo.

Con éste modelo podríamos explicar los resultados obtenidos en otros trabajos, donde los individuos que mantienen conductas de riesgo no consideran ni el riesgo personal ni el ajeno, a pesar del conocimiento del mismo. Además, la base de un trastorno de personalidad antisocial explicaría la mayor frecuencia de problemas legales que estos individuos presentan. Con todo ello se puede concluir que es importante incluir en los trabajos sobre conductas de riesgo el estudio de los trastornos de personalidad. "El trastorno antisocial y el límite suelen mejorar con los años, lo cual apoya la necesidad de contener, con intervenciones clínicas, tanto farmacológicas como psicológicas, el riesgo de infección", Cervera G, et al (1998).

II. FACTORES BIOLÓGICOS:

Debemos tener presente dentro de los Factores Biológicos relacionados con la transmisión sexual, que la mujer es más susceptible que el hombre a la infección del VIH. Esta vulnerabilidad se debe a una serie de factores biológicos, anatómicos e histológicos. Por un lado, las secreciones vaginales son menos



efectivas que el semen. Así pues, aunque el pH ácido vaginal hace que ésta sea un medio desfavorable para el VIH el semen, al ser depositado en la vagina durante la eyaculación, incrementa el pH de ésta por ser más básico, permitiendo la supervivencia del VIH en el tracto genital femenino, Voeller B, et al (1992). Además, éste suprime la proliferación de células T supresoras y citotóxicas así como la actividad de las células Killer, Anderson D, et al (1991). En esta misma línea, el tiempo de exposición en la mujer es mayor puesto que el semen permanece en el tracto reproductivo después del coito.

Respecto a las diferencias anatómicas e histológicas, la mayor superficie de contacto de los órganos genitales femeninos, la mayor receptibilidad debido a la riqueza de células diana del VIH y a la gran permeabilidad de la mucosa uterina y vaginal, hacen que exista una mayor susceptibilidad en la mujer. Además, en el varón la piel recubre la parte interna del prepucio y el glande, protegiéndole así de la infección, Polk B (1985).

Debemos considerar la importancia de otros factores adicionales que contribuirán a esta mayor susceptibilidad de la mujer como son: ETS, Zunzunegui V, et al (1992), como la vaginitis recurrente, Nicolosi A, et al (1994), el uso del DIU, relaciones sexuales durante la menstruación, Zunzunegui V, et al (1992); Hellmann N, et al (1991); Green S, et al (1990), coito anal, Zunzunegui V, et al (1992), uso de anticonceptivos orales, (aunque éste último se sigue considerando como un tema polémico), Nicolosi A, et al (1994); Simonsen J, et al (1990); Plummer F, et al (1991); Goedert J, et al (1988); Mati J, et al (1990); Moghissi K, et al (1978).

III. FACTORES SOCIALES:

Al hablar de Factores Sociales haremos referencia a aquellos aspectos que influyen en las conductas de riesgo: aspectos familiares, ámbito laboral, nivel de estudios, grupo de iguales, género y antecedentes penales.

En relación a los aspectos familiares nos encontramos con una doble problemática: son pocos los trabajos publicados y, además, no existe consenso entre las investigaciones:

- Una de estas investigaciones es el trabajo de Cervera G, et al (1992) en el que se concluye que el entorno familiar no influye en las conductas de riesgo. Sin embargo otras investigaciones obtienen resultados opuestos: el entorno familiar se destaca como muy importante a la hora de describir la psicología del SIDA, Gerona JL, et al (1996).
- Por otra parte se ha demostrado que existen diferencias en cuanto al conocimiento de las prácticas de riesgo por parte de la familia, siendo más frecuente el conocimiento entre familiares de los ADVP que entre los familiares de los homosexuales, y existen también otras diferencias según el tipo de práctica, Gerona JL, et al (1996).
- También se han destacado las diferentes reacciones de las familias ante la notificación de la infección, así como el cansancio y desgaste de las mismas que con frecuencia acompañan a la duración de la enfermedad, Gerona JL, et al (1996).

Sin embargo tras la notificación de la infección por el VIH, los solteros vuelven con



mayor frecuencia a la conducta de riesgo de tipo sexual que presentaban antes de la misma, Pascual JM, et al (1989).

- Por último, en el estudio de Carretero MD (1993) se destaca que los sujetos seropositivos son quienes han convivido durante la infancia con sus familia de origen, en mayor proporción, y de modo significativo, con respecto a los seronegativos.

Por otra parte en la familia de los seropositivos es la madre la que ocupa el rol principal.

Refiriéndonos al ámbito laboral y aunque en los artículos iniciales no se encontró relación alguna entre el mantenimiento de las conductas de riesgo y la situación laboral, recientemente Salazar J, et al (1997) han demostrado que los drogodependientes cuyos ingresos se producen a partir de su propio trabajo personal, presentan menor riesgo de compartir el instrumental y el agua de la inyección. Sin embargo, en aquellos sujetos que obtienen sus ingresos de fuentes ilegales, familiares o subsidios, presentan mayor riesgo.

Cabe destacar la importancia de los factores laborales a la hora de diferenciar las características de los pacientes seropositivos frente a los seronegativos. Así pues, los primeros se caracterizan por haber ocupado empleos de baja cualificación, haber cambiado con mayor frecuencia de trabajo y haber permanecido durante más tiempo en el paro. Por tanto el aspecto económico parecería tener un papel relevante en el riesgo de exposición a la transmisión de la infección por VIH, Carretero MD (1993).

En la misma línea, Gerona JL, et al (1996) destaca dos aspectos: que los pacientes se-

ropositivos presentan mayor dificultad en encontrar el primer empleo y mayor problemática en su entorno laboral.

En cuanto a la variable estudios, normalmente ha sido utilizada como una variable de tipo descriptivo. Sin embargo, algunos trabajos han relacionado el sistema escolar con las conductas de riesgo. Es en el artículo de Carretero MD (1993) donde se demuestra que el sistema escolar relajado es más frecuente en aquellos pacientes seropositivos, de igual modo que el bajo nivel de educación, Estébanz P, et al (1996).

Respecto al grupo de iguales, los pacientes seropositivos presentan mayor dificultad que el resto de la población a la hora de hacer amigos, tal y como se demuestra en el trabajo de Diéguez J, et al (1995).

Como anteriormente se ha mencionado, el papel de la mujer en la transmisión de la infección por el VIH está siendo cada vez más relevante. por ello y por las diferencias encontradas según el género, se debería estudiar al hombre y a la mujer de forma separada. Así, Cervera G, et al (1998) demostraron que existe una mayor proporción de mujeres que de hombres que comparten el instrumental en el entorno del UDVP.

Sin embargo, es el trabajo de Estébanz P, et al (1996) aquel que ha aportado mayor luz a esta cuestión. Respecto a los factores de riesgo en relación a la ADVP destaca que las mujeres presentan mayor riesgo de contagio por su mayor frecuencia en conductas tales como: a) consumo en grupo, b) inyección con la pareja sexual, la cual es con mayor frecuencia seropositiva y UDVP e c) inyectarse después de lo haya hecho su pareja.

En relación al riesgo asociado a las conductas sexuales, destaca una mayor frecuen-



cia en conductas tales como: a) prostitución, b) pareja sexual UDVP, con la cual, a su vez, mantiene relaciones desprotegidas en mayor proporción, c) pareja sexual seropositiva. Además se ha encontrado relación entre la presencia de ETS y ser seropositivo, pudiendo utilizarse las ETS como un marcador indirecto de la presencia de conductas de riesgo de tipo sexual.

Estas conductas de riesgo sexual junto con la mayor susceptibilidad biológica anteriormente mencionada, hacen que las relaciones heterosexuales desprotegidas sean una importante vía de transmisión del VIH en las mujeres.

Éste mismo autor, Estébanz P, et al (1996), destaca que las mujeres sufren un mayor aislamiento social que los varones, aumentando el riesgo de que ejerzan la prostitución, hecho que conlleva a una mayor marginación y baja autoestima, produciéndose así un círculo vicioso. A esto se añade que determinados factores relacionados con la mujer (dependencia emocional, dependencia económica, la dudosa capacidad de la mujer a la hora de introducir cambios en sus relaciones sexuales y la calidad en la relación de pareja) podrían influir en su percepción de riesgo. Dicha percepción disminuiría en estas mujeres la utilización de preservativos con sus parejas.

En esta misma línea Estébanz P, et al (1996) destaca el menor acceso de las mujeres a los Servicios Sanitarios, así como el hecho de que las campañas de prevención hayan estado enfocadas principalmente al intercambio del equipo de inyección.

Los antecedentes penales constituyen un factor que ha sido relacionado con las con-

ductas de riesgo. Cervera G, et al (1998) encontraron relación con compartir jeringuillas y tener antecedentes penales, así como una asociación entre las conductas de riesgo y el número de causas pendientes. Además Bravo MJ, et al (1996) encontraron compartir jeringuillas y practicar conductas de riesgo en el ámbito sexual se asocia con haber estado en la cárcel. En esta misma línea se ha relacionado la mayor proporción de problemas con la justicia con el ser seropositivo, Carretero MD (1993); Anderson D, et al (1991), así como haber estado en prisión y pertenecer al grupo de riesgo de los UDVP, Estébanz P, et al (1996).

RECOMENDACIONES PARA DISMINUIR LAS CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA INFECCIÓN DEL VIH.

La literatura actual ha demostrado la importancia de los factores psicológicos, biológicos y sociales en la aparición y mantenimiento de las conductas de riesgo. La modificación de algunos de estos factores escapa a las posibilidades de los Servicios Sanitarios, sin embargo existen algunos determinantes biopsicosociales sobre los que podemos intervenir para disminuir las conductas de riesgo para la infección del VIH.

A continuación se destacan las intervenciones más recomendadas por la bibliografía estudiada en este trabajo.

Ha quedado demostrado que los conocimientos sobre las vías de transmisión y las medidas preventivas más importantes todavía son insuficientes. Además, se ha constatado que a pesar de este conocimiento las



conductas de riesgo continúan practicándose. Por ello deben de continuar los esfuerzos dirigidos a aumentar los conocimientos sobre las vías de transmisión y de las formas de prevención, aunque las estrategias utilizadas no deberán basarse ni en el Modelo de las Creencias de la Salud, ni en la Teoría de la Acción Razonada. Así, Salazar J, et al (1997) demuestran que " las intervenciones deben estar orientadas a mejorar los juicios de las propias capacidades de organizar y ejecutar cursos de acción requeridos para conseguir logros concretos".

Dentro de las intervenciones a nivel psicológico debemos incidir sobre el sentimiento de invulnerabilidad y así poder modificar la cognición de estos sujetos de que las probabilidades de que les ocurran eventos negativos, son menores de lo que objetivamente son y menores de las que tienen los otros. A su vez se debe intervenir en aquellos sujetos que presentan "distorsión cognoscitiva" modificando la percepción de ellos mismos como individuos de bajo riesgo (sentimiento de invulnerabilidad) y así impedir que consideren su comportamiento de riesgo como debido a factores circunstanciales, atípicos y no como un verdadero riesgo de salud.

Dada la importancia del momento de la notificación, interesa intervenir en la misma, pretendiendo que se adopte una actitud constructiva para evitar actitudes de tipo destructivo, con conductas de riesgo hacia uno mismo o contra los demás, "venganza".

Puesto que tanto la realización del test serológico, como el conocimiento de su resultado disminuyen las conductas de riesgo, sería conveniente facilitar la realización de esta prueba. Conocido su estado serológico, aparece otro factor, destacado por su influencia

en las conductas de riesgo, que es el sentimiento de fatalismo que los pacientes seropositivos presentan. Por ello debemos adoptar medidas encaminadas a mejorar las expectativas del paciente y ayudar a reorientar su vida.

A lo largo de este trabajo hemos destacado la diversidad de factores sociales que influyen tanto en la aparición como en el mantenimiento de las conductas de riesgo. Sería una utopía la modificación de todos ellos, pero sin embargo, sí debemos intentarlo en aquellos que sean posible, como por ejemplo: facilitar el acceso a las mujeres a los Servicios Sanitarios, combatir el aislamiento social, etc.

Respecto a los grupos de individuos que presentan factores sociales o biológicos que no pueden ser modificados, sería lógico recomendar un mayor interés en realizar programas que pretendan disminuir las conductas de riesgo en estos grupos, principalmente en el grupo de la mujer.

Por último, abordaremos las recomendaciones referentes a los factores psicopatológicos. Por un lado, se ha encontrado relación entre el consumo de determinadas drogas y el mantenimiento de conductas de riesgo. Por ello se recomienda el tratamiento de estas toxicomanías, haciendo hincapié en el tratamiento de la doble adicción a opiáceos y cocaína. En el caso de la dependencia a opiáceos es el tratamiento con metadona el tratamiento de elección. Junto al tratamiento de la adicción a la cocaína debe proporcionarse la información adecuada sobre los cambios fisiológicos producidos en el momento del ansia, así como sus desencadenantes, pretendiendo, con ello, controlar las conductas impulsivas derivadas del ansia de consumir, tales como compartir jeringuillas.



Finalmente debe considerarse la importancia de los trastornos de personalidad, ya que según Cervera G, et al (1998) estarían frecuentemente en la base del desarrollo de la adicción. Estas dos patologías cuando se presentan conjuntamente se potencian y de este modo explicarían la aparición o mantenimiento de las conductas de riesgo. Así pues, para contener el riesgo de dicha infección se recomienda la detección y tratamiento de los trastornos de la personalidad, haciendo hincapié en aquellos que presentan mayor relación con las conductas de riesgo, como es el caso del trastorno antisocial y el límite.

Concluimos por tanto que es solo desde una perspectiva biopsicosocial como se puede comprender y actuar sobre las conductas de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA.

Aguado, C.; Martínez, J.; Espejo, J.; Yun, A.; Muñoz, M.; Ruiz, R. Situación clínica, conocimientos y conductas de riesgo en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana atendidos en un centro de salud. Atención primaria 1996; 17 (3): 55-58.

Anderson, D; Hill, J. Cellular and soluble factors in semen and the vaginal environment that may influence the heterosexual transmission of HIV type 1. New York: Wiley-Liss 1991: 69-76.

Bravo, M.J.; Barrio, G.; De la Fuente, L.; Colomo, C.; Royuela, L.; Estébanez, P. Conductas de riesgo para transmisión del VIH entre los usuarios recientes de un programa de intercambio de jeringuillas en Madrid, 1993. Gac Sanit 1996; 10 (57): 261-73.

Brooner, R.K.; King, V.L.; Schmidt, C.W.; Bigelow, G.E. Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. Arch Gen Psychiatry 1997; 54: 71-80.

Carrasco, P.; Sánchez J.J. Comparación de los conocimientos de riesgo sobre el SIDA de los internos seropositivos y seronegativos de la prisión provincial de Granada. Gac Sanit 1996; 10 (54): 104-9.

Carretero M.D. Características de heroinómanos seropositivos y seronegativos frente al virus de la inmunodeficiencia humana. Folia Neuropsiquiátrica 1993; 28 (2): 147-67.

Cervera, G.; Bolinches, F.; Valderrama, J.C.; Llovet, F.; Martínez, J.; Bolinches, M.D. Características de los consumidores de drogas por vía parenteral que comparten jeringuillas. Adicciones 1992; 4 (3): 197-206.

Cervera, G.; Valderrama, J.C. Bolinches, F.; Salazar, A.; Martínez, J. Variables relacionadas con las conductas de riesgo para la transmisión del VIH en pacientes drogodependientes. Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. 1998; 26 (3): 155-164.

Des Jarlais D.C.; Friedman, S.R.; Choopanyak; Vanichsenis; Ward, T.P. International epidemiology of HIV and AIDS among injecting drug users. AIDS 1992; 6: 1053-68.

Diéguez, J.; Serrano, F.; Carranza, I.; Velasco, M. Perfil Clínico y Psicosocial de Drogodependientes con Inmunodeficiencia. Folia Neuropsiquiátrica 1995; 30: 227-33.

Dinwiddie, S.H.; Cottler, L.; Compton, W.; Abdal, A.B. Psychopathology and HIV risk behaviors among injection drug users in and out of treatment. Drug Alcohol Depend 1996; 2: 1-11.



- Estébanez, P. y Cifuentes, Y. Diferencias de riesgo por género para el VIH entre los UDVP (Parte I). Pub. Of. Seisida. 1996; 7 (1): 8-13.
- Estébanez, P.; Cifuentes, Y. Diferencias de riesgo por género para el VIH entre los UDVP (Parte II). Pub. Of. Seisida. 1996; 7 (2): 22-9.
- European Centre for the epidemiological monitoring of AIDS. AIDS surveillance y Europe. Quartely report n° 35, 30th september 1992.
- European Centre for the epidemiological monitoring of AIDS. AIDS surveillance y Europe. Quartely report n° 38, 30th june 1993.
- European Centre for the epidemiological monitoring of AIDS. AIDS surveillance y Europe. Quartely report n° 45, march 1993.
- Gerona, J.L.; Delgado, S. Psicopatología del SIDA. Psicopatología 1996; 16 (3): 108-12.
- Goedert, J.; Eyster, M.; Ragni, M., et al. Rate of heterosexual transmission and associated risk with HIV antigen. IV International Conference of AIDS 1988 (Abstract 4019).
- Green, S.; Goldberg; Nathawan, I., et al. Intercourse during menstruation among prostitutes. JAMA 1990; 264: 333.
- Hankins, C.; Gendron, S.; Handley, M., et al. HIV infection among women in prison: an assessment of risk factors using a nonnominal methodology. Am J Public Health 1994; 84 (10): 1637-40.
- Hellmann, N., Desmond-Hellmann, S., Neubuga, P., et al. Genital trauma during sex y a risk factor in HIV infection in Uganda. VII International Conference of AIDS 1991 (Abstract M.C. 3079).
- Mati, J.; Maggwa, A.; Chewe, D.; et al. Contraceptive use and HIV infection among women attending family clinics in Nairobi. VI International Conference of AIDS 1990 (Abstract Th. C. 99).
- Moghissi K.; Syner, F.; McBridde, L. Contraceptive mechanism of microdose northindrone. Obstet Gynecol 1978; 41: 585-591.
- Nicolosia; Correa, M.I.; Musicro, M., et al. The efficiency os male-to-female and female-to-male sexual transmission of the Human inmunodeficiencyVirus: a study of 730 stable couples. Epidemiology 1994; 5 (6): 570-575.
- Pascual, J.M.; Rubio, G.; López-Trabada, R.; De las Heras, F.J. Cambios de comportamiento en un grupo de adictos a las drogas por vía parenteral, tras la notificación de su seropositividad al virus de la inmunodeficiencia humana. Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna. 1989; 16 (1): 3-12.
- Plummer, F.; Simonsen, J.; Cameron, W., et al. Cofactors in male-female transmission in Human Inmunodeficiency Virus tipe I. J Infect dis 1991; 339: 785-88.
- Polk, B. Female-to-male transmisión of AIDS (letter). JAMA 1985; 254: 3177.
- Salazar, J.; Gómez, M.; Pérez, S.; Santos, C.; Hernández, I. Intenciones y prácticas de consumo de riesgo en usuarios de centros de deshabituación de drogas en Valencia. Actas Luso-Esp. neurol. Psiquiatr 1997; 25 (1), 17-22.
- Simonsen, J.; Plummer, F.; Ngugi, E. HIV infection among lower socioeconomic strata prostitutes in Nairobi. AIDS 1990; 4: 139-44.
- Stimson, G.V. Risk reducción by drug users with regard to HIV infection. Int Rev Psychiatry 1991; 3: 401-15.



Torrents, M.; Peri, J.M. Posibilidades de intervención desde la unidad de desintoxicación hospitalaria en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Aspectos psicológicos y psiquiátricos. *C. Med. Psicosom.* 1990; 6 (Des Jarlais DC, et al (1992)): 50-3.

Voeller, B; Anderson, D. Heterosexual transmission of HIV (letter). *JAMA* 1992; 267: 1917-18.

Zunzunegui, V.; Casabona, J.; Laguna, J., et al. Factores de riesgo para la transmisión heterosexual del VIH de varón a mujer: un estudio multicéntrico español. *Med Clin* 1992; 98 (19): 721-25.
