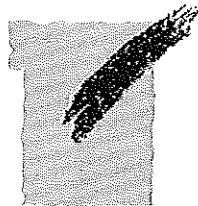


Infección por VIH en usuarios de drogas



PLAN NACIONAL
SOBRE DROGAS



Delegación del Gobierno para el
Plan Nacional Sobre Drogas



Edita:

© Copyright MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS.
SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA.
Publicaciones, Documentación y Biblioteca.
Paseo del Prado, 18-20. 28014 Madrid.

NIPO: 351-91-034-6

Depósito Legal: M. 26.826-1991

ISBN: 84-7670 280-9

Imprime: Rumagraf, S. A.

Nicolás Morales, 34 – 28019 Madrid

Dirección Técnica:

Luis de la Fuente (1)

Rosa López (2)

M.^a José Bravo (1)

Trabajo de campo:

Javier Jiménez (3)

Proceso de datos:

José María Alonso (3)

Análisis y elaboración de Informe:

Miguel Delgado (Dirección) (2)

Rosa López (Dirección) (2)

Pablo Lardelli (2)

Gregorio Barrio (1)

M.^a José Bravo (1)

Equipo Asesor:

José Navarro (3)

Jordi Forteza (4)

Jordi Tor (5)

Andrés Roig (6)

La dirección técnica expresa su agradecimiento a los Coordinadores de los Planes Autonómicos sobre Drogas, Responsables autonómicos del SEIT y equipos de los centros en los que se realizó el estudio.

- (1) Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- (2) Cátedra de Medicina Preventiva. Facultad de Medicina. Granada.
- (3) EDIS. Madrid.
- (4) Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca.
- (5) Hospital Germans Trías i Pujol. Barcelona.
- (6) Servicio de Salud Mental. Diputación Provincial de Valencia.

INDICE

RESUMEN

Introducción	9
Material y métodos	10
Resultados	11
Discusión	14

INFORME GLOBAL

1. Introducción	25
1.1. Planteamiento del estudio	27
1.2. Objetivos	29
2. Material y métodos	31
2.1. Diseño de la muestra	33
2.2. El cuestionario	35
2.3. La entrevista	36
2.4. Descripción del trabajo de campo	36
2.5. Muestra final	37
2.6. Plan de análisis	38
3. Resultados y comentario	41
3.1. Descripción general de la muestra	43
3.1.1. Características demográficas básicas	43
3.1.2. Características del consumo de drogas	43
3.1.3. Hábitos sexuales	46
3.1.4. Medidas preventivas y conocimientos sobre SIDA.....	47
3.1.5. Modificaciones de los hábitos	49
3.1.6. Resultados de la serología frente a VIH.	50
3.2. Análisis de los factores de riesgo de la infección por VIH	52
3.2.1. Análisis de las pérdidas de información	52
3.2.2. Análisis de los factores de riesgo	53
3.2.2.1. Variables sociodemográficas	53
3.2.2.2. Variables relacionadas con el consumo	56
3.2.2.3. Variables relacionadas con la conducta sexual	63
3.2.2.4. Conocimientos sobre la transmisión del VIH.	68
3.2.2.5. Opiniones de los participantes sobre las medidas de intervención	70
3.2.2.6. Medidas de prevención en la convivencia diaria	71
3.2.2.7. Modificación de conductas	71
3.2.2.8. Tratamiento de la dependencia	73
4. Conclusiones	75
5. Bibliografía	79
6. Tablas	85
7. Anexos	183

RESUMEN

INTRODUCCION

El uso de drogas por vía parenteral (UDVP) es el factor de riesgo más frecuente en los casos de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) notificados en España: el 69,5% de los 7.489 casos registrados hasta el 31 de diciembre de 1990.

Según los informes del Centro Europeo para la Vigilancia Epidemiológica del SIDA, España e Italia son los países de Europa con un mayor porcentaje de casos de SIDA relacionados con el uso de drogas por vía parenteral.

El estudio de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en los consumidores de drogas es difícil, entre otros motivos por los siguientes:

a) El acceso directo a los consumidores de drogas es problemático por el control legal a que están sometidas estas sustancias y por el estilo de vida marginal que adoptan.

b) Solamente una proporción indeterminada de consumidores llega a contactar con los dispositivos de atención.

c) Existe un alto porcentaje de «no participación» en los estudios, derivado tanto del estado de salud y de las actitudes de esta población, como de la voluntariedad de la prueba de VIH.

Por los motivos señalados, es prácticamente imposible obtener muestras finales representativas de la población global de consumidores de drogas.

El abordaje más adecuado es estudiar muestras de consumidores reclutados en diversos lugares (escenario de la droga, centros específicos de tratamiento, hospitales, prisiones, etc.). El conjunto de resultados de estos estudios configurará el mejor retrato posible de la realidad.

Hasta el inicio de este estudio, la información disponible en España, sobre la situación de los usuarios de drogas respecto a la infección por VIH era escasa y básicamente referida a pequeñas muestras de origen hospitalario. Estos pacientes tienen a menudo un grado de deterioro importante derivado generalmente de una larga historia de consumo, por lo que no se ajustan al perfil global de los consumidores. Las personas admitidas a tratamiento en centros ambulatorios específicos por abuso o dependencia de opiáceos o cocaína forman un grupo cuantitativamente importante (18.823 admitidos en 1989), bien conocido a través de los Informes del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) y relativamente accesible. Ante la ausencia de información a cerca de su situación respecto a la infección por VIH, desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD), se decidió emprender este estudio. Se establecieron cuatro objetivos generales: conocer la

prevalencia de infección por VIH; estimar la prevalencia de las prácticas de riesgo asociadas a la transmisión del VIH; valorar el grado de información sobre el SIDA y las conductas de riesgo; y conocer la opinión de los pacientes sobre las medidas de intervención que el sistema sanitario ha puesto en marcha para prevenir la infección por VIH.

MATERIAL Y METODOS

La selección de los pacientes de la muestra se realizó del modo siguiente: De los 251 centros de tratamiento ambulatorio declarantes en 1988 al Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT), cuya cobertura para el indicador inicios de tratamiento es prácticamente total, se seleccionaron 90 centros mediante muestreo aleatorio y proporcional para cada comunidad autónoma, confirmándose posteriormente su voluntad de participación. Dentro de ellos se eligieron aleatoriamente pacientes que estuvieran en tratamiento por consumo de opiáceos y/o cocaína y que hubieran iniciado un tratamiento (no necesariamente el primero) entre el 1-IV-89 y el 30-IX-89. El número de pacientes aportado por cada centro fue proporcional a su tamaño o volumen existencial. Nueve centros de los inicialmente seleccionados no participaron, y sólo dos de ellos pudieron ser sustituidos. Finalmente el número de pacientes participantes fue de 1.233, atendidos en 83 centros repartidos por todo el territorio nacional. El número de pacientes con resultados serológicos válidos (VIH + o VIH -) fue de 782. Aunque en la mayor parte de las ocasiones la proporción de pérdidas fue similar en todas las categorías del factor estudiado, se encontraron algunas diferencias que pueden indicar que la prevalencia de infección por VIH ha sido ligeramente subestimada.

Los participantes fueron entrevistados mediante la red de trabajadores de campo de la empresa EDIS. El cuestionario que se aplicó tuvo como base el diseñado por el NIDA (National Institute on Drug Abuse) para la valoración de personas pertenecientes a grupos de riesgo de infección por VIH; dicho cuestionario fue modificado y adaptado para el estudio que se presenta. Constó de 2 apartados: el primero, con 145 preguntas, destinado a los pacientes participantes; en él se recogían variables demográficas básicas, datos sobre la frecuencia y hábitos del consumo de drogas, los hábitos sexuales y de convivencia, la información sobre el VIH y su transmisión, la demanda de intervenciones, las modificaciones de las prácticas de riesgo tras el conocimiento de la serología de VIH o tras recibir tratamientos por la dependencia de drogas, etc. El segundo apartado fue destinado a los coordinadores de los centros participantes para validar la información proporcionada sobre el estado serológico frente al VIH. Las entrevistas fueron realizadas entre el 1-IV-89 y el 30-IX-89. Para la entrega del segundo apartado del cuestionario el plazo se prorrogó hasta el 30-XI-89.

Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico BMDP. En el análisis se empleó la X^2 y la razón de ventaja, con un intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS

1. Características de la muestra.

La distribución de la muestra con respecto a alguna de las variables demográficas recogidas en el cuestionario se presenta en la tabla 1.1. La razón varón/mujer fue aproximadamente de 4:1 y las edades estuvieron comprendidas básicamente entre los 20 y 30 años. Al analizar la situación laboral de la muestra encuestada, se vio que el 52.2% de los pacientes se encontraban en paro. En la tabla 1.2 se recoge la clasificación de la muestra en función de algunas variables relacionadas con el consumo de drogas. Así el 61,8% de los pacientes manifestaron una antigüedad en el consumo superior a 3 años y el 14,9% de 10 años o más, siendo el número medio de años de antigüedad de 5.9. Un 11% de los encuestados se iniciaron en el consumo antes de los 15 años.

TABLA 1
CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA Y PREVALENCIA DE VIH+
1.1. Variables demográficas

		N	(%)	Prev. VIH	OR (I.C. 95%)
Total		1.233	(100)	41,0	
Sexo	Varón	1.020	(82,7)	41,6	1.1 (0.8-1.7)
	Mujer	212	(17,2)	38,4	1*
	NS/NC	1	(0,1)		
Edad	< 19	107	(8,7)	27,9	1*
	20-24	452	(36,7)	34,4	1.4 (0.8-2.4)
	25-29	474	(38,4)	44,9	2.1 (1.2-3.8)
	30-34	162	(13,1)	50,0	2.6 (1.3-5.0)
	=> 35	37	(3,0)	66,6	5.2 (1.9-14.0)
	NS/NC	1	(0,1)		
Situación laboral	Trabajad.	432	(35,0)	31,1	1.*
	Estudian.	58	(4,7)	45,2	1.8 (0.8-3.7)
	Parados	664	(52,2)	47,5	2.1 (1.5-2.8)
	Otros	63	(5,1)	50,0	2.2 (1.1-4.5)
	NS/NC	36	(2,9)		
Nivel de estudios	Ninguno	109	(8,8)	43,7	1.8 (0.7-4.2)
	Primarios	712	(57,7)	43,6	1.8 (0.8-3.7)
	F.P.	182	(14,8)	39,1	1.4 (0.6-3.9)
	BUP-COU	156	(12,7)	34,3	1.2 (0.5-2.7)
	Med-Super.	74	(6,0)	30,5	1*

* Grupo de referencia.

TABLA 1
CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA Y PREVALENCIA DE VIH+
1.2. Variables asociadas al consumo de drogas

		<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>Prev. VIH</i>	<i>OR (I.C. 95%)</i>
Años de antig. hábito	< 1	43	(3.3)	40.0	1*
	1-3	262	(21.2)	25.1	0.5 (0.2-1.3)
	4-6	335	(27.2)	40.0	1.0 (0.4-2.5)
	7-9	243	(19.7)	58.5	2.1 (0.8-5.5)
	10-12	138	(11.2)	63.0	2.6 (0.8-7.1)
	> 12	46	(3.7)	69.2	3.4 (1.0-11.5)
	NS/NC	168	(13.6)		
Edad de inicio (heroína)	= < 14	138	(11.2)	53.6	1.8 (0.9-3.5)
	15-19	543	(44.0)	44.7	1.3 (0.8-2.1)
	20-24	382	(31.0)	43.4	1.2 (0.7-2.0)
	= > 25	126	(10.2)	38.7	1*
	NS/NC	44	(3.6)		
Material inyección	Estéril	325	(65.0)	34.9	1*
	No estéril	614	(34.4)	49.0	1.8 (1.3-2.5)
	– Sin lavar	43	(7.0)		
	– Lavado agua	569	(92.7)		
	– Hervida	66	(10.7)		
	– Lavado lejía	128	(20.8)		
– Otros	56	(9.1)			
Compartir material	No	658	(69.6)		
	Pareja/amigos	261	(27.6)	52.8	1.5 (1.0-2.2)**
	Desconocidos	16	(1.7)	65.3	2.2 (1.3-3.8)**
	NS/NC	10	(1.1)		

* Grupo de referencia.

** Los grupos de referencia son aquéllos que nunca han compartido con la pareja y/o los amigos, y los que nunca han compartido con desconocidos, respectivamente.

2. Prevalencia de infección por VIH (Tablas 1.1 y 1.2)

En el colectivo estudiado se obtuvo una prevalencia de infección por VIH del 41%, similar para ambos sexos. La frecuencia de infección por VIH aumentó significativamente a medida que lo hizo la edad (de un 27,9% en los menores de 20 años, a un 67% en los mayores de 34 años). La prevalencia fue también significativamente mayor en el grupo de parados con respecto al de trabajadores, y se relacionó de forma inversa con el nivel de estudios: los de nivel más

bajo presentaron una mayor frecuencia de seropositividad. También se observó una asociación directa entre la frecuencia de infección por VIH y los años de antigüedad en el consumo (figura 1), variable ésta última que puede explicar la relación de la seropositividad con la edad. No se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de VIH al estratificar por la edad de inicio en el consumo, aunque se observa una clara tendencia al aumento de la frecuencia de seropositivos a medida que la edad de inicio es más precoz.

3. *Prevalencia de las prácticas de riesgo asociadas a la transmisión del VIH (Tabla 1.2).*

Sólo el 23.3% de la muestra no utilizó la vía parenteral en los seis meses previos a la entrevista. De los que sí emplearon esta vía, un 69.6% refieren que no compartieron el material de inyección en los seis meses anteriores a la encuesta, pero sólo un 34% utiliza el material de inyección en perfecto estado o estéril. Entre los que reutilizan el material, la mayor parte —el 92,7%— manifiesta lavar la jeringuilla y la aguja con agua. El destino más frecuente del material tras su uso es «tirarlo a la calle», en un 38,5%; en una menor proporción, el 34,5%, se guarda para su reutilización; y en un 21,4% se ofrece a compañeros; entre los pacientes que comparten jeringuillas, el destino más frecuente es guardarlas para ser reutilizadas o darlas a compañeros (figura 2).

El uso del material no estéril se relacionó con una mayor frecuencia de infección por VIH, casi dos veces superior respecto a los que usan siempre material estéril (OR=1,8 , 1,3-2,5). Asimismo, se obtuvo una asociación directa entre la infección por VIH y la frecuencia de compartir el material. No se encontró relación entre la prevalencia de VIH + y la frecuencia de consumo en los últimos seis meses.

Con respecto a las relaciones sexuales en los varones, el 79% refieren ser heterosexuales, el 3.3% homosexuales y el 2% bisexuales, siendo el resto desconocido (15.7%). En las mujeres, estos porcentajes fueron 84.6%, 4.2%, 3.7% y 7.5%, respectivamente. No se demostró asociación entre el número de parejas y la infección por VIH. En cuanto a los tipos de prácticas sexuales, las únicas que se relacionaron con la frecuencia de infección por VIH fueron las relaciones vagina-pene y las ano-pene. La frecuencia de seropositividad en los que mantenían habitualmente relaciones ano-pene entre los varones fue 2.2 veces superior a la de los que nunca realizaron este tipo de prácticas.

Respecto a las medidas de prevención en la convivencia diaria, el 10.9% de los pacientes no tiene inconveniente en compartir cuchillas de afeitar y cepillos de dientes.

Tras el conocimiento del resultado de la serología frente al VIH, un 47,3% de la muestra refiere cambios positivos en sus hábitos: abandona o disminuye el hábito de compartir la jeringuilla y utiliza con más frecuencia material de inyección estéril o desinfectado. También se producen modificaciones importantes en las medidas de prevención con los convivientes. Las relaciones sexuales son las que menos cambian. Estas modificaciones de conducta

dependen en buena medida del estado serológico. De manera general, se observa que los VIH positivos adoptan, tras conocer su estado serológico, dos veces más medidas de prevención en la convivencia diaria, utilizan preservativos con bastante más frecuencia y se inyectan 2,2 veces más con jeringuillas estériles. En la figura 3 se muestran las modificaciones en los hábitos de consumo (abandono o disminución del uso de la vía parenteral, abandono de la práctica de compartir, uso de material estéril o desinfectado), tras el conocimiento del estado serológico. Los pacientes VIH positivos modifican sus hábitos de riesgo significativamente más que los VIH negativos. Algo similar sucede cuando se examina la modificación de las prácticas sexuales (figura 4): los seropositivos disminuyen el número de parejas sexuales y utilizan más preservativos que los seronegativos.

4. *Grado de información sobre el SIDA y las conductas de riesgo (figura 5).*

Los conocimientos sobre la transmisión del VIH son buenos: el 84% de los participantes contestaron correctamente al menos a 10 de las 13 preguntas que se le hacen sobre este tema. El nivel de conocimientos sobre la transmisión del VIH fue mayor en los infectados que en los no infectados. Las fuentes fundamentales de información sobre el SIDA y su transmisión, según refieren los pacientes, fueron los medios de comunicación de masas (41%) y los contactos con el sistema sanitario (28,9%).

5. *Opinión de los pacientes sobre las medidas de intervención para prevenir la infección por VIH (figura 6).*

Las medidas más conocidas para prevenir la infección por VIH fueron: las máquinas de preservativos (42.2%), y los folletos informativos (26.3%). Los pacientes juzgaron como medida más eficaz para la prevención de la enfermedad la distribución gratuita de jeringuillas (41.6% de la muestra).

DISCUSION

Las características socio-demográficas de la muestra, representativa de la población de usuarios de drogas en tratamiento conocida a través del S.E.I.T., guardan gran paralelismo con las de otros estudios realizados en países de Europa occidental (Jacob 1989, Sasse et al. 1989, Kleiber et al. 1989, etc). La razón de sexo se encuentra en todas ellas entre 5:1 y 3:1, y las edades medias alrededor de 25 años; generalmente son policonsumidores, aunque la droga principal por la que demandan asistencia sea la heroína, y el nivel instrucción suele ser bajo.

La prevalencia de infección por VIH encontrada en el estudio (41%) es semejante o ligeramente superior a la encontrada en Italia (Tempesta et al. 1989)

en pacientes en tratamiento ambulatorio, 38%, o en Alemania y Francia para los mismos grupos, 35% y 39% respectivamente (Kleiber et al. 1989, Jacob 1989). Estas cifras son inferiores a las presentadas por otros estudios, como los de Hahn et al. (1989), cuyos pacientes en tratamiento fueron seropositivos a VIH en el 61 % de los casos (Nueva York), o el presentado por Skidmore et al.(1990), con una seroprevalencia del 64% (Edimburgo). Otros grupos de usuarios de drogas, con mayor grado de deterioro físico, generalmente ligado a mayor antigüedad en el consumo, presentan prevalencias de seropositividad mayores; así, los estudios realizados en España, en consumidores de drogas, a nivel hospitalario muestran proporciones de seropositivos próximas al 70% (Gómez Olmedo et al. 1989 y Fernández Sierra et al. 1989), y entre los usuarios que se encuentran encarcelados del 60%. Se conoce también recientemente que la prevalencia de marcadores positivos frente a VIH, entre los consumidores de drogas que mueren por reacción aguda tras el consumo, en las grandes ciudades españolas, se sitúa en torno al 80%.

Numerosos autores encuentran que la antigüedad en el consumo está asociada directamente con la prevalencia de infección por VIH (López Abente et al, 1988; Sasse, H et al, 1989, Tempesta et al, 1989). Con esta variable se obtiene la mayor fuerza de asociación como factor de riesgo, en el colectivo de usuarios de drogas, de todas las analizadas. Ella explica la asociación encontrada entre la seropositividad frente a VIH y variables como la edad o la edad de inicio.

Otro factor asociado directamente con el riesgo de infección es la mayor frecuencia de la práctica de compartir la jeringuilla. La prevalencia de este hábito de riesgo es, en el estudio que se presenta, sensiblemente inferior a la hallada por otros autores (65% en el estudio de Jacob C, 1989), aunque es posible que la diferencia pueda ser atribuida a que en estudios anteriores al nuestro (realizados entre 1985 y 1987) la información sobre las prácticas de riesgo era aún menor a la actual. Tempesta et al. 1989 y Sasse et al. 1989, encuentran asociaciones, entre compartir la jeringuilla y la infección por VIH, de magnitud algo superior a la nuestra, con OR próximas a 4. Por otro lado, el empleo de material no estéril también se comporta como factor de riesgo de la infección.

Al igual que en otros estudios dirigidos a consumidores de drogas, los hábitos sexuales presentaron un carácter secundario; muestra de ello es la escasa proporción de pacientes que refieren conductas bisexuales u homosexuales (alrededor del 5% del los encuestados), similares a las obtenidas por otros autores (Jacob, 1989, Tempesta, 1989, Sasse 1989). El número de parejas no ha mostrado asociación con la seropositividad a VIH y la utilización de preservativos es más importante entre los pacientes VIH positivos que entre los negativos; esta asociación es explicable por las características del estudio (de prevalencia), ya que es conocido que tras conocer la positividad frente a marcadores de VIH a personas demandan mayor información y modifican las prácticas de riesgo con mayor intensidad, lo que conlleva la aparición de resultados aparentemente paradójicos.

La modificación de las prácticas de riesgo tras el conocimiento del estado serológico es generalmente más importante entre los VIH positivos; nuestros

resultados son semejantes o ligeramente inferiores a los de otros estudios paralelos (Sasse et al. 1989, Power et al. 1988, Brettle 1987). Otros autores como Pascual et al. no encuentran variaciones de comportamiento en relación al conocimiento de la serología.

El nivel de información sobre la transmisión del VIH, de gran importancia para lograr modificaciones de conductas inadecuadas (Hingson et al. 1990, Chmiel et al. 1987), es generalmente bueno, como en casi todos los estudios realizados en los últimos años (1988 y 1989) sobre consumidores de drogas en tratamiento. Y, al igual que en otros estudios, las fuentes fundamentales de información referidas por los pacientes son los medios de comunicación de masas, seguida por los centros asistenciales, siendo esta última más frecuente entre los VIH+ (Tempesta et al. 1989), lo que indica que la adquisición de información es, al menos en parte, posterior al conocimiento sobre el estado serológico y está, por tanto, determinada por una mayor motivación de los sujetos que se saben seropositivos.

Es destacable el hecho de que la mayor parte de las prácticas consideradas de riesgo para la transmisión de la infección, se encuentran concentradas en ciertos colectivos como el de parados y los de un menor nivel de instrucción, lo que también se pone de manifiesto en el trabajo de Sasse et al. (1989). Estos grupos deberían convertirse en los destinatarios principales de la intervención socio-sanitaria para evitar la transmisión de la infección por VIH.

Los datos referentes a la opinión y demanda de medidas de intervención son difícilmente contrastables con otros trabajos, ya que no hemos encontrado referencias en este sentido. A pesar de ello llama la atención la proporción importante de pacientes que señalan, como medida fundamental para disminuir la transmisión de VIH, la mayor accesibilidad a las jeringuillas, aún cuando este material es de venta y distribución libre en España.

Finalmente señalar que las prevalencias de infección por VIH obtenidas en el presente estudio, permiten considerar que todavía existe un colectivo importante, dentro de los consumidores de drogas conocidos y presumiblemente entre los menos estudiados, que puede beneficiarse de intervenciones específicas dirigidas a la modificación de las conductas, claramente identificadas como «de riesgo» en la transmisión de la infección.

Fig. 1.- Años de antigüedad en el uso de la vía parenteral y seropositividad frente a VIH.

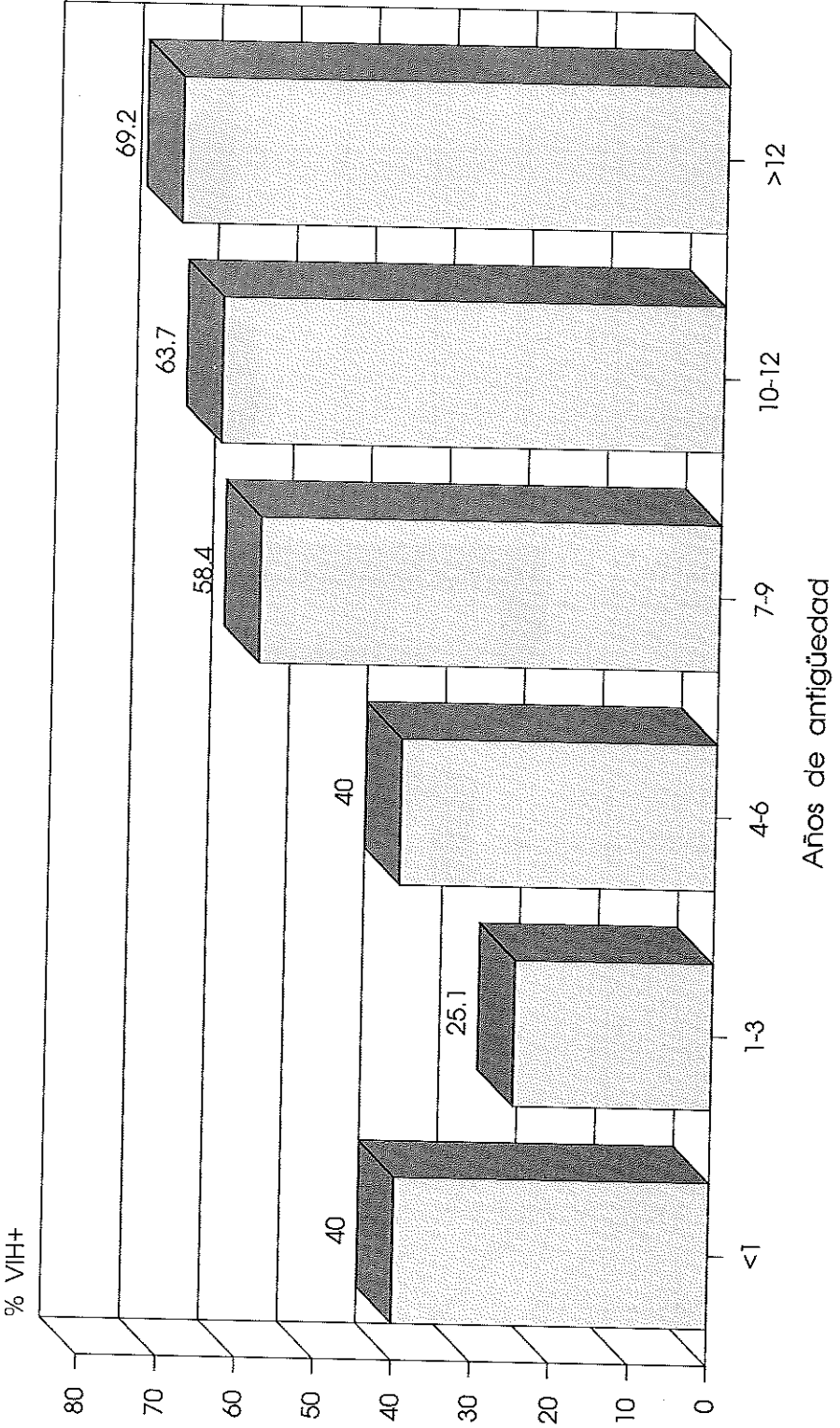


Fig. 2.- Destino de jeringuillas y agujas según el hábito de compartir

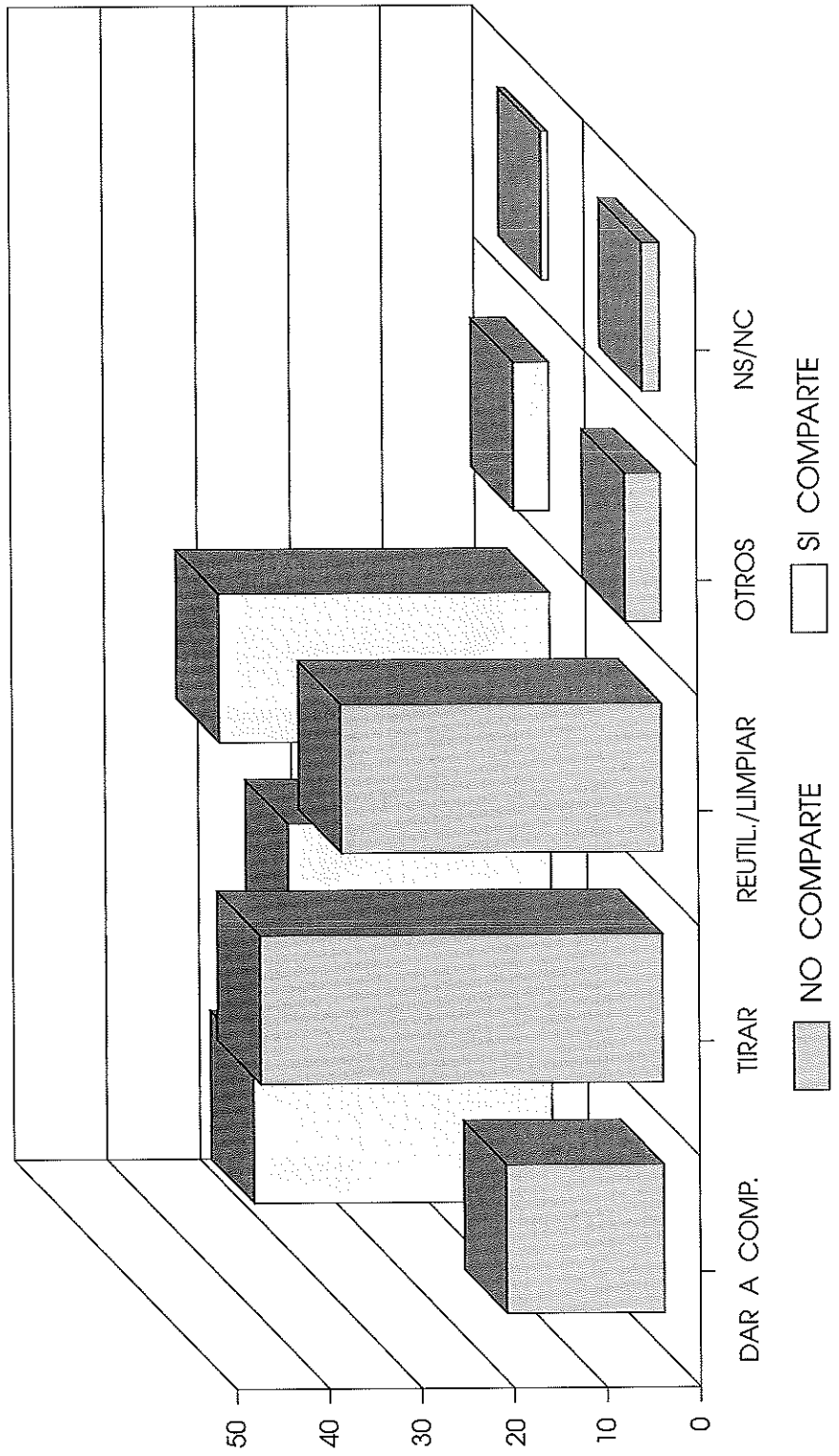


Fig.3.- Modificación de los hábitos de consumo tras conocer el estado serológico frente a VIH

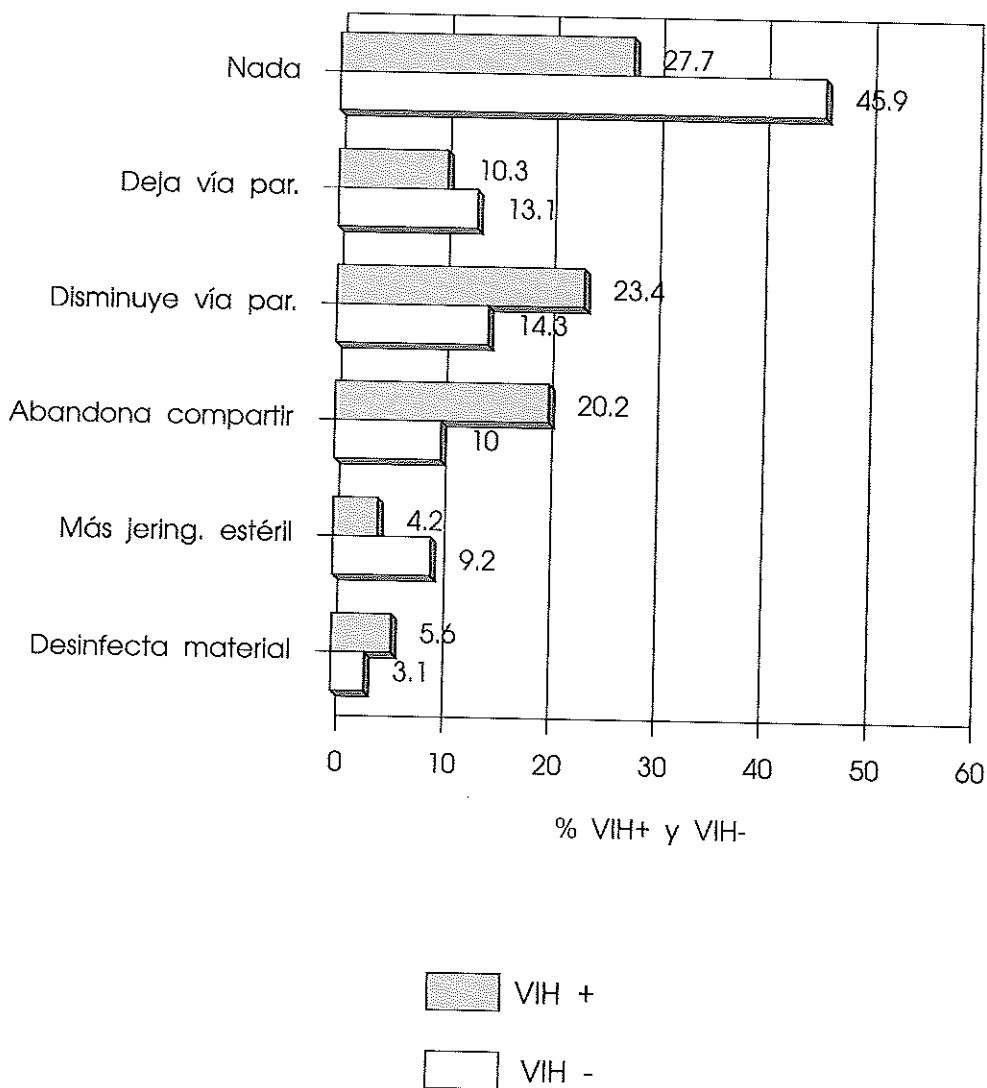
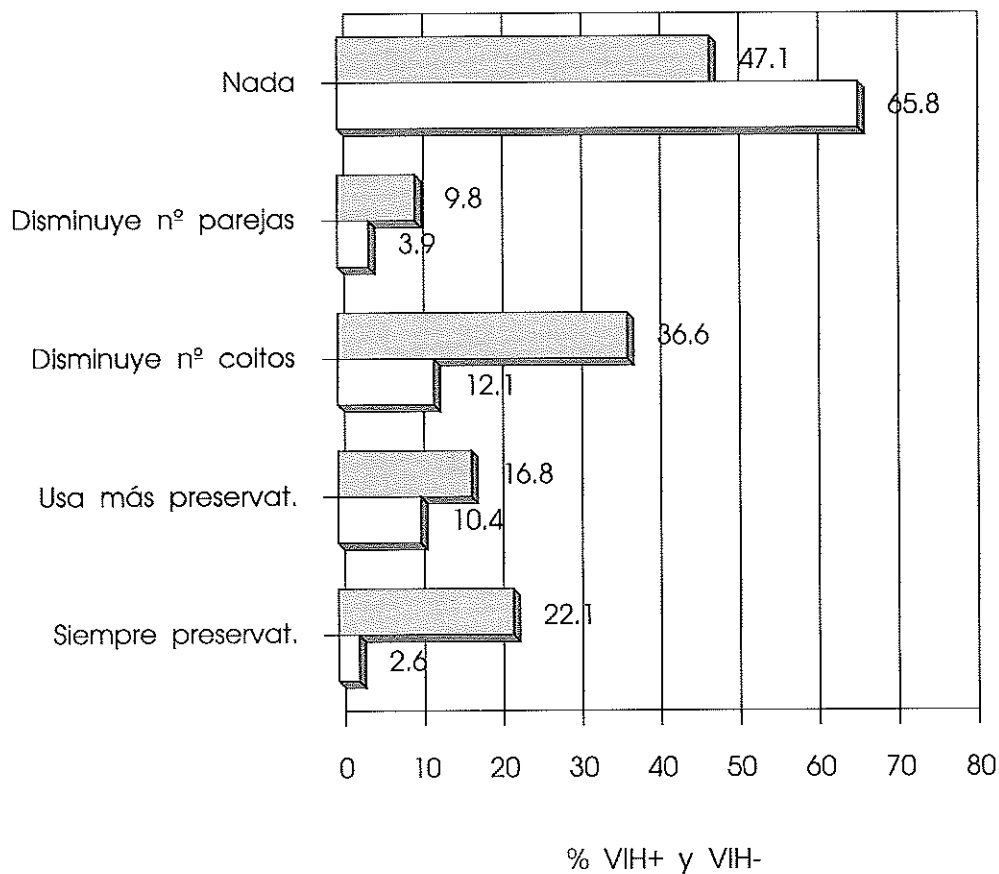


Fig. 4.- Modificación de las prácticas sexuales tras conocer el estado serológico frente a VIH.



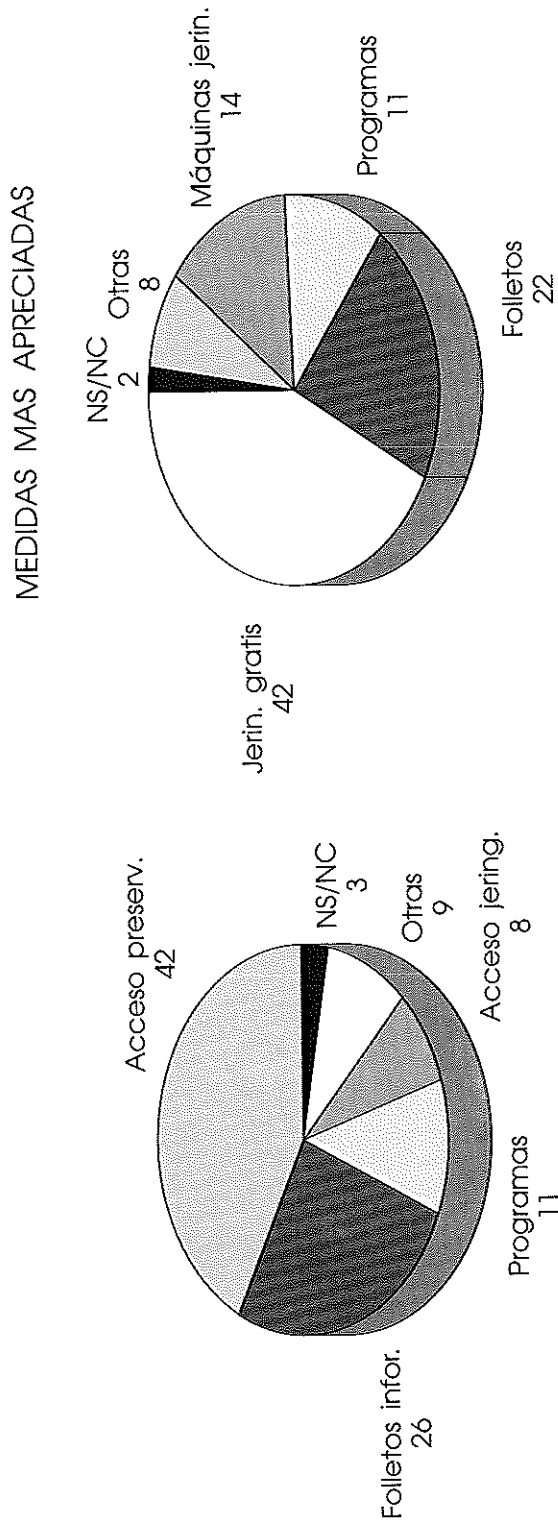
■ VIH +

□ VIH -

Fig.5.-Nivel de conocimientos según el estado serológico frente a VIH.



Fig. 6.- Medidas más conocidas y más apreciadas para prevenir el SIDA en consumidores de drogas.



INFORME GLOBAL



1. Introducción



1.1. Planteamiento del estudio

La importancia de la epidemia del SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) entre el colectivo de usuarios de drogas se pone de manifiesto al conocer que el 68.7% del total de casos de SIDA registrados en España (hasta el 30 de junio de 1990) están relacionados con el uso de drogas por vía parenteral. Esta proporción de casos ha crecido de manera constante entre 1983 y 1990. También debe señalarse un incremento importante de la mortalidad entre los consumidores de drogas; el SIDA será, de forma inminente, la causa de muerte más importante entre los usuarios de drogas por vía parenteral de nuestro país. A comienzos de 1989, el nivel de conocimiento sobre el estado de la infección por VIH entre los consumidores españoles de drogas (básicamente de heroína y/o cocaína), era bastante deficiente. Gran parte de la información existente hasta ese momento procedía de estudios con muestras de pequeño tamaño y escasamente representativas [Gómez Olmedo et al 1990]. Esto dio lugar a que se conociera el estado serológico y la frecuencia de modificación de determinados hábitos de riesgo tan solo en pequeños grupos de usuarios con motivo de su paso por el hospital, bien por alguna patología orgánica, relacionada generalmente con el consumo de drogas, o bien por ingreso en las U.D.H. (Unidades de Desintoxicación Hospitalarias) para tratar su dependencia. Ello implicaba que los grupos sobre los que existía información eran básicamente grupos con un grado de deterioro importante, puesto que realizan la desintoxicación en unidades hospitalarias aquellos pacientes con circunstancias adversas o graves que contraindican el tratamiento ambulatorio, y acuden al hospital los usuarios de drogas por problemas orgánicos derivados, con frecuencia, de una larga historia de consumo. Estimaciones groseras en aquel momento, a partir de los datos disponibles, hubieran situado la proporción de infectados por el virus del SIDA entre los usuarios de heroína y/o cocaína en España en torno al 65-75% [Fernández Sierra et al 1990].

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD), consciente de la necesidad de conocer mejor la frecuencia de la infección por VIH en los consumidores de drogas de nuestro país, así como las prácticas y hábitos en el consumo de drogas y en las relaciones sexuales que más favorecen la transmisión del VIH, propone el estudio de dicha situación en distintos grupos de usuarios. La necesidad de realizar intervenciones adecuadas en cada colectivo fue considerada, y sigue siéndolo, una prioridad.

Evitar la transmisión del virus entre los consumidores de drogas aún no infectados equivale a intervenir adecuadamente y de forma mantenida con el fin de modificar las prácticas de riesgo en este colectivo. Aunque ésta es una tarea difícil que puede abordarse de maneras diferentes, es ineludible. Encontrar

los grupos en riesgo, los mensajes adecuados y la forma de transmitirlos en cada lugar y grupo, es un trabajo arduo del queda mucho por hacer. Sirva de ejemplo el mensaje elaborado por John Watters, director del programa de prevención de la transmisión del VIH entre los usuarios de drogas en San Francisco: "Si quieres protegerte de los riesgos del SIDA, no te drogues. Si te drogas, no lo hagas por vía intravenosa. Si lo haces por esta vía, no compartas tus jeringuillas. Si las compartes, esterilízalas con lejía."

Es necesario recordar, antes de continuar con otras consideraciones, que los usuarios de drogas no son un colectivo homogéneo que pueda ser valorado uniformemente. Y no sólo porque los consumidores de cada una de las drogas puedan ser perfilados en patrones diferentes, sino porque aun analizando sólo el grupo que presenta mayor interés en el planteamiento que nos ocupa, como son los consumidores de heroína por vía parenteral —generalmente policonsumidores que incluyen en su consumo cocaína, heroína+cocaína (*speedball*), hipnosedantes, cannabis...—, se encuentran dentro de él subculturas de consumo diferentes, que a veces están en distintas fases de una misma historia natural de la enfermedad del consumo de drogas.

Por otro lado, hay que señalar dos dificultades añadidas y sobradamente conocidas: el consumo de drogas (heroína y/o cocaína) es una conducta que se concentra, con gran frecuencia, en poblaciones marginales y conflictivas, y es además una actividad que "se oculta". Como señala F.R. Ingold: "Los toxicómanos, a diferencia de otros grupos sociales, no tienen un lugar propio, exceptuando la calle, ningún sindicato u organización los agrupa, no tienen periódicos propios..." .

Como consecuencia de todo lo anterior, se planteó como primer paso, desde la Delegación para el Plan Nacional sobre Drogas, el conocimiento de la situación en torno al VIH en aquella población consumidora más accesible bajo distintos puntos de vista, esto es, la población de usuarios de heroína y/o cocaína que se encuentran en Centros de Tratamiento Ambulatorio. Obviamente, debe reconocerse que la población de consumidores en tratamiento no son representativos del conjunto de los usuarios de drogas, que como antes se menciona no constituye un grupo homogéneo. Se prevé completar, mediante el estudio de otros grupos, el conocimiento de la situación epidémica de la infección por el VIH entre los usuarios de drogas, así como el impacto ocasionado por las distintas medidas de intervención.

Además de los motivos expuestos, otras razones apoyaron la elección del colectivo de consumidores en centros de tratamiento ambulatorio para la primera fase del estudio, entre ellas un buen conocimiento de dicha población a través del S.E.I.T. (Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías), concretamente mediante el indicador "Número anual de inicios de tratamiento ambulatorio" cuya cobertura es prácticamente completa a nivel estatal; existe además una infraestructura accesible en todas las Comunidades Autónomas y voluntad de participación por parte de todas ellas. Quedan pues por conocer, para fases posteriores, los grupos de usuarios de drogas que no acuden en demanda de ayuda a los diferentes dispositivos de atención, y que son los más importantes cuantitativamente hablando y a su vez los más difícilmente abordables.

El estudio realizado por la Delegación del Gobierno para el P.N.S.D. no es el único ni el primero a nivel europeo. Existen algunos antecedentes al trabajo que se presenta a continuación, puestos en marcha en varios países de la Comunidad Económica Europea, con algunas características epidemiológicas comunes en lo que se refiere al grupo de usuarios de drogas, (Italia, Francia y Alemania), y que plantearon formulaciones semejantes en 1988 y 1989 [Tempesta et al 1989, Jacob 1989, Kleiber et al 1989].

1.2. Objetivos

Tanto el planteamiento inicial, como las experiencias conocidas condujeron al equipo de la Delegación del Gobierno para el P.N.S.D a plantear el estudio siguiente en torno a 4 **objetivos generales**:

1. Conocer la prevalencia de la infección por VIH en las personas que se encuentran en tratamiento ambulatorio por consumo de opiáceos o cocaína.
2. Conocer la prevalencia de prácticas de riesgo asociadas a la transmisión de la infección por VIH en el grupo.
3. Valorar el grado de información sobre el SIDA y las conductas de riesgo en el conjunto de los pacientes, y en los distintos grupos determinados por el estado serológico y/o la realización de determinadas conductas de riesgo.
4. Conocer la opinión de los pacientes sobre las medidas de intervención puestas en marcha para prevenir la transmisión del VIH.

Cada uno de ellos fue desarrollado en varios **objetivos específicos** como sigue:

- 1.1. Conocer la proporción de usuarios de drogas en tratamiento ambulatorio que se han sometido a la prueba de determinación de marcadores serológicos frente al VIH.
- 1.2. Conocer la proporción de seropositivos y seronegativos entre los pacientes y las posibles diferencias, en cuanto a factores socio-demográficos y prácticas de riesgo, existentes entre ellos.
 - 2.1. Conocer la prevalencia de las prácticas de riesgo —ligadas al consumo— y su relación con la infección del VIH.
 - 2.2. Conocer la prevalencia de las prácticas de riesgo —ligadas a la actividad sexual— y su relación con la infección del VIH.
 - 2.3. Conocer la prevalencia de las prácticas de riesgo —ligadas a los hábitos de convivencia— y su relación con la infección del VIH.
 - 2.4. Conocer las modificaciones de conducta motivadas por haber recibido algún tratamiento por dependencia a drogas.
 - 2.5. Conocer las modificaciones de conducta debidas al conocimiento de los resultados de las pruebas serológicas.

4.1. Estudiar la valoración subjetiva del grupo sobre las medidas de intervención conocidas.

4.2. Conocer las medidas de actuación que demanda el colectivo de pacientes.

2. Material y métodos



2.1. Diseño de la muestra

2.1.1. Tamaño y distribución muestral

Con el fin de conseguir los objetivos anteriormente señalados se estimó el tamaño muestral necesario para realizar el estudio de la forma siguiente:

Se consideró como población diana el colectivo de usuarios de drogas (heroína y/o cocaína) en tratamiento ambulatorio en España. Los centros ambulatorios son, en general, el primer punto de contacto para iniciar un tratamiento de desintoxicación y deshabituación; en función de las circunstancias y necesidades de los pacientes pueden ser derivados desde éstos a las U.D.H. (Unidades de Desintoxicación Hospitalaria) o a las Comunidades Terapéuticas. Tras el paso por las U.D.H. los pacientes son remitidos nuevamente, para continuar el seguimiento, a Centros Ambulatorios o a Comunidades Terapéuticas.

Dado que el indicador "Inicios de Tratamiento" del S.E.I.T. (Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías) registra el número de personas en tratamiento por consumo de opiáceos o cocaína, y que la cobertura de dicho indicador es prácticamente total, se ha tomado como base muestral el número de pacientes en tratamiento registrados en el S.E.I.T. durante el segundo y tercer trimestre de 1988, por ser éste el período en el que se desarrollaría el estudio durante 1989. El conjunto de usuarios de drogas en tratamiento registrados entre el 1 de abril y el 30 de septiembre de 1988 fue de 7.908.

Se calculó un tamaño muestral de 1650 personas siendo $p=q=0.5$ y $p<0.05$, con lo que obtendríamos un error muestral máximo, para el conjunto de la muestra, de $\pm 2.15\%$.

La distribución de la muestra en las distintas Comunidades Autónomas se realizó con criterios de proporcionalidad, corregidos en aquellas Comunidades con menor proporción de casos donde las submuestras se hicieron mayores que las que hubieran correspondido, con el fin de mejorar su representatividad. A pesar de ello, los errores muestrales máximos en las CCAA con menor número de casos absolutos (La Rioja, Cantabria, ambas Castillas, Navarra...) se calcularon en $\pm 11-12\%$; este error no pudo ser disminuido debido a que eran incluidos en el estudio todos los pacientes previstos en el período de recogida de datos en los centros seleccionados. En el anexo 2 puede verse la distribución muestral prevista inicialmente, así como los errores máximos resultantes en cada Comunidad y para España.

El número de Centros declarantes al S.E.I.T. durante 1988 fue de 251. Por razones de eficiencia y previamente a la selección de los Centros, fueron

excluidos aquellos cuya contribución anual al conjunto autonómico fue menor del 5%, bajo el criterio de que ello no inducía ningún sesgo en los resultados del estudio. Una vez realizada esta exclusión, el muestreo de los Centros fue proporcional y aleatorio para cada Comunidad Autónoma, seleccionando un total de 90 Centros.

El número de usuarios de drogas en tratamiento asignado a cada Centro se calculó distribuyendo el número de casos previamente calculado para cada Comunidad Autónoma, de forma proporcional al número de casos registrado en el Centro en los dos trimestres seleccionados de 1988 (2º y 3º).

La selección de Centros y el número de pacientes asignados a cada uno de ellos, fue comunicado a los distintos responsables autonómicos, quienes a su vez solicitaron la conformidad de los directores de los Centros. Como resultado, se obtuvo la confirmación de 88 Centros con voluntad de participar. Los dos restantes (en distintas CC.AA.) plantearon dificultades de diversa índole, lo que supuso su sustitución por otros en sus respectivas Comunidades; esta nueva selección fue igualmente aleatoria entre los Centros restantes.

2.1.2. Selección de los pacientes en los centros de tratamiento

Fueron considerados como *criterios de inclusión* los siguientes:

- a) Estar en tratamiento por consumo de opiáceos o cocaína.
- b) Haber iniciado tratamiento ambulatorio de desintoxicación en el período comprendido entre el 1 de abril y el 30 de septiembre de 1989, entendiéndose por "inicio de tratamiento": la realización de una visita en la que se abre historia clínica, ya sea médica, social o psicológica en presencia de un profesional superior (médico, psicólogo, asistente social...) independientemente de que exista una historia previa sobre tratamientos anteriores.

Igualmente se enumeraron los *criterios de exclusión*, complementarios a los anteriores:

- a) Estar en tratamiento en el centro por causas diferentes a la dependencia de opiáceos o cocaína.
- b) Estar en tratamiento durante el período de estudio (2º y 3º trimestre de 1989) y que éste haya sido iniciado con anterioridad al 1 de abril de 1989.

En cada uno de los Centros seleccionados ha existido un coordinador del estudio, encargado de la selección de pacientes y de la vigilancia de los criterios antes mencionados.

La selección de los pacientes en los Centros ha sido llevada a cabo de dos formas diferentes, en función del número de pacientes de los mismos, de manera que:

- a) Si los centros atendían un número elevado de personas con criterios de inclusión (por encima del número de pacientes adjudicado) en el período del estudio, y esto ocurría frecuentemente en Centros de CC.AA. con gran volumen de población, la elección de los pacientes de la muestra se realizaba de forma aleatoria entre el conjunto de pacientes posibles.

b) Si los Centros atendían a un número de pacientes reducido, de forma que las submuestras adjudicadas a estos Centros se correspondía prácticamente con el volumen total de pacientes asistidos, todas las personas que cumplieran los criterios eran incluidas en la muestra.

Seleccionados los individuos de una u otra forma, se procedió a solicitar el consentimiento de los pacientes para ser entrevistados. La proporción de personas que rechazaron, de entrada, la participación en el estudio se situó en torno al 3-4% y su distribución fue homogénea por CC.AA. Estos pacientes no fueron sustituidos.

2.2. El cuestionario

Fue utilizado como base de trabajo el Cuestionario del NIDA (National Institute on Drug Abuse) "AIDS Initial Assessment Questionnaire. AIA-8.0. National AIDS demonstration research Projects. National Institute on Drugs Abuse. Community Research Branch. June 1, 1988". Dicho cuestionario fue modificado y adaptado por un equipo de trabajo, constituido por personal del Gabinete Técnico de la Delegación de Gobierno para el PNSD, por médicos de centros de tratamiento y de hospitales con U.D.H., así como por sociólogos.

Se elaboró un cuestionario con dos apartados (ambos con el mismo número de cuestionario):

1ª Parte: Ciento cuarenta y cinco preguntas elaboradas para ser cumplimentadas, mediante entrevista personal confidencial, con las respuestas de los pacientes. Fueron en su gran mayoría preguntas cerradas (excepto en 5 de ellas, donde la opción de respuesta "otros" se dejaba abierta). Generalmente las respuestas fueron únicas y sólo para algunas preguntas se solicitaron dos respuestas (siendo consideradas como dos preguntas). Los subapartados y la temática que integraron esta primera parte fueron los siguientes:

- I. Datos demográficos básicos (P.1 a P.10)
- II. Frecuencia de consumo (P.11 a P.38)
- III. Hábitos de consumo (P.39 a P.75)
- IV. Tratamientos previos (P.76 a P.87)
- V. Hábitos sexuales (P.88 a P.105)
- VI. Hábitos de convivencia (P.106 a P. 107)
- VII. Información sobre el VIH y su transmisión (P.108 a P.123)
- VIII. Serología de VIH (P.124 a P. 130)
- IX. Modificación de hábitos
 - IX a. Influencia de los tratamientos previos en la modificación de los hábitos de riesgo (P.131 a P.132)
 - IX b. Influencia del conocimiento de la serología de VIH en la modificación de hábitos de riesgo (P.132 a P.139)
- X. Demanda de intervenciones (P.140 a P.145).

2ª Parte: Seis preguntas destinadas a los coordinadores del estudio de cada Centro y orientadas a validar la información sobre la prueba de VIH. En ellos se pide información sobre la documentación existente en los Centros, respecto al estado serológico de los pacientes de la muestra.

Todas las respuestas del cuestionario fueron codificadas. Se elaboró una "Hoja de recogida de Códigos" que se adjuntó a cada cuestionario para simplificar y facilitar el manejo del mismo.

Una vez que el cuestionario fue considerado definitivo y con el fin de validarlo, se llevó a cabo un estudio piloto en un grupo de 15 pacientes en Centros de tratamiento de Madrid. Se valoró la comprensión de todas las preguntas, la aceptación general de los temas tratados y el tiempo medio de duración de las entrevistas, obteniéndose una valoración positiva en todos los aspectos y una duración media de 45 minutos.

2.3. La entrevista

Se planteó la necesidad, por parte del grupo de trabajo, de que los entrevistadores fueran personas diferentes de los trabajadores del Centro de tratamiento, por lo que las entrevistas fueran llevadas a cabo por la red de trabajadores de campo de la empresa EDIS.

Los entrevistadores establecieron contacto con los coordinadores del estudio en los Centros, siendo convocados para realizar entrevistas con una periodicidad determinada por la disponibilidad espacial y temporal de los Centros. Las entrevistas se llevaron a cabo siempre en las dependencias del Centro y de manera confidencial.

2.4. Descripción del trabajo de campo

2.4.1. Períodos de tiempo establecidos en el estudio

a) Período de realización de las entrevistas: Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre de 1989.

Debe señalarse la existencia de variaciones interautonómicas en la fecha de comienzo, e igualmente variaciones entre los Centros de cada Comunidad Autónoma, debidas a diferentes circunstancias en cada una de ellas. Puede establecerse que, en cualquier caso, el inicio tuvo lugar el día 3 de abril (lunes) o con posterioridad, con diferencias máximas aproximadas de 20 días. La realización de las entrevistas concluyó en todos los Centros con la fecha límite de 30 de septiembre, pudiendo haber concluido con anterioridad a esta fecha.

b) Fecha límite para la admisión de la serología de VIH (2ª parte del Cuestionario)

Dado que a menudo las entrevistas fueron realizadas pocos días después de que el paciente hubiera iniciado un tratamiento y que la prueba de VIH, cuando

era solicitada, lo era al comienzo del mismo, se planteó dejar abierto un período de tiempo de 2 meses, a partir de la fecha de la última entrevista (30 de septiembre de 1989), para recoger los resultados de la serología cumplimentados por los responsables del estudio en los Centros. Como consecuencia, se solicitó a cada coordinador del estudio que enviaran la 2ª parte de los cuestionarios cumplimentados con anterioridad al 30 de noviembre de 1989; los resultados que no estuvieron disponibles en esta fecha fueron considerados "desconocidos"

2.4.2. Dificultades e incidencias

a) Centros de tratamiento que decidieron su no participación con posterioridad al 1 de abril de 1989.

Un total de 9 Centros entre los previstos no iniciaron las entrevistas por diversas razones (generalmente debidos a recursos de personal insuficientes o problemas administrativos). Solamente dos de ellos pudieron ser sustituidos por razones de tiempo y de factibilidad, y ello se hizo de forma aleatoria entre los Centros restantes de las CC.AA. correspondientes, lo que determinó que la muestra final de Centros quedara constituida por 83 Centros de tratamiento.

b) Cambios en el volumen de pacientes que solicitan tratamiento en cada Centro.

La base muestral utilizada fue el "indicador tratamiento" del S.E.I.T. correspondiente a 1988, siendo difícil de prever la aparición de nuevos Centros o la desaparición de otros durante 1989 y las modificaciones de la demanda de tratamientos que esto implica en los Centros restantes. Pudimos observar que el número de pacientes previsto en la muestra para determinados Centros no podía ser alcanzado durante el período del estudio, debido a las disminuciones en el número de demandas de tratamiento.

c) Irregularidad de los pacientes en la asistencia a las citaciones.

Otro problema que se planteó tras la puesta en marcha del estudio fue la falta de asistencia de algunos pacientes a la entrevista concertada, una vez que habían aceptado la participación. Si consideramos las especiales características de la población estudiada en cuanto a conflictividad, estado de salud, y actitudes, se puede asumir que dicha irregularidad era presumible. Esto condicionó el hecho de que algunos pacientes fueran entrevistados tras ser convocados varias veces, y que algunos no llegaran a ser entrevistados, a pesar de haber afirmado querer participar en el estudio, por no acudir a ninguna de las citas durante el período de estudio. Se ha podido estimar que esta circunstancia (no ser entrevistado después de dar el consentimiento) concurre en alrededor de 125 casos.

2.5. Muestra final

Como resultado de todo lo anterior y tras las dificultades anteriormente mencionadas, obtuvimos una muestra final de 1233 pacientes entrevistados en 83 Centros de tratamiento distribuidos en las 17 CC.AA. (Anexo 2, tabla 1).

La segunda parte del cuestionario, que recoge información sobre la serología de VIH y que fue cumplimentada por los coordinadores de cada Centro, solamente pudo ser obtenida en 1128 casos; respecto a los 105 cuestionarios restantes no se obtuvo ninguna información por parte del centro (ausencia de la segunda parte del cuestionario) y fueron considerados como desconocidos a efectos del estado serológico. Durante los 20 días anteriores a la fecha de finalización de recogida de ésta parte del cuestionario, se contactó telefónicamente con los Centros cuyo envío se encontraba pendiente (66 Centros) con el fin de recopilar el número máximo de cuestionarios posibles. El número final de resultados serológicos comunicados por los centros fue, como se comenta anteriormente, de 1128 y en ellos se incluyen aquéllos que el propio centro considera desconocidos, siendo los resultados realmente válidos (positivos o negativos) en 782 pacientes.

2.6. Plan de análisis

Finalizada la recogida de los datos y debido a que la muestra final se encontraba ligeramente desequilibrada, se realizó una ponderación de todas las variables con respecto a las proporciones autonómicas de 1988 (los datos del "Indicador tratamiento" correspondientes a 1989 no estaban disponibles en el momento del análisis).

Se llevó a cabo una explotación preliminar de la información basada en un análisis univariado y bivariado, en el que se consideraron básicamente la variable "estado serológico" y los factores de riesgo fundamentales. A partir de esta información se crearon 7 nuevas variables, definidas en función de otras varias del cuestionario: los años de antigüedad en la vía parenteral, el número total de drogas consumidas en los últimos seis meses por vía intravenosa, el nivel de conocimientos específicos sobre la transmisión y prevención del VIH, la reutilización de jeringuillas después de usadas por otros con independencia de su manipulación, el número de tipos distintos de tratamientos iniciados, el uso inyectado de algún opiáceo en los últimos seis meses, y el uso de heroína o heroína más cocaína en los últimos seis meses.

Se reagruparon algunos de los "items" de respuesta en 19 de las preguntas (en función de la frecuencia de respuesta y con el fin de simplificar de forma coherente algunas de ellas): 8, 9, 39, 43, 66, 68, 70, 74, 88, 91-97, 104, 106, 108, 109, 130, 136, 140, 142 y 144. Esta modificación fue mantenida a lo largo de todo el análisis.

Los datos fueron introducidos en un ordenador DATA- GENERAL MV-15000 y analizados mediante el paquete estadístico BMDP.

En el análisis se empleó la prueba de la X^2 , corregida o no por el método de Mantel-Haenszel y el cálculo de la desigualdad relativa o razón de ventaja (= *odds ratio*, OR). Se eligió la OR por ser un estudio de prevalencia (Kleinbaum et al. 1982). La OR es un estimador del riesgo relativo, que nos indica el número de veces que es más frecuente la enfermedad o el efecto en un grupo de riesgo

con respecto a otro que se toma como referencia. La significación de la OR se realizó mediante el cálculo de intervalos de confianza al 95% tomando como base la varianza del parámetro. Un intervalo es considerado como significativo si no incluye a la unidad —el valor 1— dentro de sus límites.



3. Resultados y comentario



3.1. Descripción general de la muestra

3.1.1. Características demográficas básicas

La distribución de la muestra por centro, provincia y comunidad autónoma figura en la tabla 1.

Los grupos de edad y sexo de la población participante en el estudio (tabla 2), son semejantes a los conocidos a través del S.E.I.T. (Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías). En España, los usuarios a drogas que demandan tratamiento, durante los años en que se dispone de información (1987 a 1990), son fundamentalmente varones (razón hombre/mujer=4/1), con edades comprendidas entre 20 y 30 años. La proporción masculina en la muestra fue del 82.7%, y el 75.3% se agrupó en el intervalo de 20 a 39 años de edad, siendo la edad media de 25.8 años en varones y de 24.8 años en mujeres; tan solo un 3% tenían 35 o más años. El estudio de la situación laboral y del nivel de formación muestra que gran parte de ellos se encuentran parados (52.2%) y que los estudios realizados son, en el 66.5% de los casos, primarios o ninguno. No existe información previa respecto a estas dos últimas variables entre los usuarios de drogas en tratamiento ambulatorio en España, ya que el indicador "Inicios de tratamiento" del S.E.I.T. no las recoge, y otras fuentes de datos son escasamente representativas de esta población.

Estudios realizados en otros países europeos (Francia, Italia, Alemania) en consumidores de drogas sometidos a tratamiento encuentran razones de sexo próximas a las nuestras, comprendidas entre 5/1 y 3/1 (Jacob 1989, Sasse et al. 1989, Kleiber et al. 1989). Las edades medias se encuentran, como en la muestra que se presenta, alrededor de los 25 años y siempre menor en mujeres que en varones.

Los casos notificados al Registro Nacional de SIDA e incluidos en el grupo de usuarios de drogas presentan características de edad y sexo muy semejantes (edades ligeramente superiores) a las obtenidas en este estudio, que son representativas de la población de consumidores de drogas en tratamiento ambulatorio conocida a través del S.E.I.T.

3.1.2. Características del consumo de drogas

En la tabla 3 se expone la distribución de los pacientes en función de los años de antigüedad en el uso de la vía parenteral. El 61.8% de los pacientes manifiestan una antigüedad de 4 o más años, y el 14.9% de 10 años o más. El número medio de años de consumo de la muestra es de 5.9 años. La información que proporciona el S.E.I.T. mediante el "Indicador tratamiento" correspondiente a 1989 señala una

antigüedad media de 5.85 años. Otros estudios describen valores próximos en grupos de usuarios semejantes, así Jacob (1989) encuentra un promedio de 6 a 7 años de consumo y Sasse (1989) de 4 años.

La cuarta parte de los pacientes de la muestra (24.9%) consumen sólo un tipo de droga (no se incluyen alcohol o tabaco), siendo el resto policonsumidores (tabla 4). La obtención de esta variable no es directa (no figura como tal en el cuestionario) y cabe pensar que el grupo que consume una sola droga esté hiperrepresentado en el estudio; datos del S.E.I.T. (1989) sitúan dicha proporción de pacientes en torno al 13%.

La edad de inicio en el consumo de las distintas drogas consideradas en el estudio se expone en la tabla 5. El grupo de edad en el que más sujetos se iniciaron fue el de 15-19 años para la heroína, cocaína y los hipnosedantes. El consumo de buprenorfina, metadona y heroína+cocaína se inició con más frecuencia entre los 20-24 años que en otros intervalos de edad. Es destacable que un 11.2% de la muestra iniciara el consumo de heroína antes de los 15 años de edad (el 11.6% del total de consumidores de esta droga). Este dato es similar para el consumo de cocaína: un 7.1% de la muestra (y un 9.7% de los usuarios de cocaína) empezaron el consumo antes de los 15 años.

La frecuencia de consumo de las distintas drogas por vía parenteral se muestra en la tabla 6. Hay que señalar que el 75% de toda la muestra ha utilizado la vía parenteral para consumir heroína en los 6 meses previos a la entrevista. En el grupo de pacientes que consumen heroína parenteralmente se encuentra que el 73% de ellos se inyectan una o más veces al día. El 35% de los consumidores de heroína+cocaína por esta vía, lo hacían una o más veces al día en los últimos 6 meses, mientras que el 40% consumían esporádicamente (varios días en la semana o en el mes). La cocaína por vía parenteral era consumida por el 49% de la muestra, siendo la frecuencia más habitual la de "menos de 4 veces al mes", seguida de "más de una vez al día".

Sólo el 23.3% de la muestra no utilizó la vía parenteral en los seis meses previos a la entrevista. La frecuencia de utilización de vías diferentes a la parenteral se presenta en la tabla 7 para cada una de las drogas estudiadas. Como se deduce de la tabla 6, la mayoría de las drogas fueron consumidas por vía parenteral con mayor frecuencia que por otras vías. Son los hipnosedantes y la heroína las drogas que más frecuentemente se consumen de forma no parenteral.

En la tabla 8 se presenta de manera resumida la frecuencia de consumo de drogas por vía parenteral en los últimos 6 meses. Como es propio del colectivo estudiado, el consumo más importante se refiere a heroína de forma parenteral. Tan solo el 22.3 de los pacientes entrevistados consumen otros opiáceos (morfina, codeína, etilmorfina) parenteralmente.

Se resumen en la tabla 9 algunas de las características que acompañan al uso de drogas. Los lugares en los que más frecuentemente se consume cualquier tipo de droga es en su casa o en la de otros y en la calle o parques. Llama la atención la frecuencia con que los pacientes mencionan el coche como el lugar donde se realiza el consumo. El paciente suele inyectarse solo con mayor frecuencia, y en compañía de amigos en segundo orden; el consumo con la pareja sexual ocupa el tercer lugar. El hecho de que el paciente, con frecuencia, no haya compartido

con nadie el material de inyección en los 6 meses previos a la entrevista (un 69.6% del total), es un dato relevante, aunque no puede excluirse que lo haya compartido con anterioridad. Sin embargo, aún resta una proporción importante que intercambia el material, aunque en la mayor parte de estas ocasiones se haga con conocidos. Un hecho complementario a éste es la utilización del material nuevo y/o desinfectado (tabla 10). Algo más de la tercera parte de los pacientes usuarios de la vía parenteral (un 34.4%), siempre utilizan el material en perfecto estado o estéril. Este dato es coherente con los obtenidos en otros estudios europeos –italianos y franceses–, en los que solamente alrededor de un 35% de los sujetos no han compartido nunca las jeringuillas [Tempesta et al 1989, Jacob 1989].

Experiencias en Holanda, Alemania, Italia, Reino Unido, y los Estados Unidos [Black 1989] intentan fomentar los programas de intercambio de jeringuillas y agujas [Conviser y Rutledge 1989]. Se ha apreciado una tendencia a aumentar el consumo de material de inyección estéril en diferentes estudios, que en algunas muestras ha llegado a suponer el 31% del total del consumo, cifra discretamente inferior a la nuestra [Friedman et al 1986, Friedman et al 1989]. En un estudio realizado en Francia durante 1988, en poblaciones similares a la del presente estudio, el 12% de la muestra utiliza habitualmente material estéril.

Dentro de los que no utilizan el material nuevo y/o estéril, el 92.7% utilizan el lavado con agua de la jeringuilla, claramente insuficiente cuando se realiza con fines de esterilización (esta práctica no se realiza usualmente por razones higiénicas, sino para mejorar el deslizamiento del émbolo en la jeringuilla). Es la forma más frecuente de tratar el material, con independencia de quien lo haya usado con anterioridad. No obstante, un 20.8% utilizan el lavado con lejía. La lejía ha demostrado que es eficaz en la neutralización del VIH [Resnick et al 1986], siendo además inocua después de su aplicación en las jeringuillas reutilizadas [Froner et al 1987]. Por ello, se intenta difundir su uso entre los pacientes consumidores de drogas por vía parenteral en algunas colectividades donde puede ser especialmente útil, por ser más difícil la implantación de otras medidas de prevención, como es la cárcel [Chaisson et al 1987]. El hecho de que los porcentajes referentes a los distintos procedimientos de limpieza previa a la reutilización de jeringuillas sumen más de 100, significa que el paciente usa más de uno, posiblemente según la disponibilidad de medios en el momento del consumo.

La reutilización de jeringuillas en los últimos seis meses después de ser usadas por otros se presenta en la tabla 11 y resume las dos columnas de la tabla anterior. Consistentemente con lo anterior, la mayor parte de los pacientes reutilizan las jeringuillas tras lavarlas con agua (50.8%).

En la tabla 12 se resumen diferentes hechos relacionados con el consumo de drogas. La respuesta más frecuentemente señalada a la pregunta "¿Por qué no usa material nuevo y/o desinfectado?" es la dificultad de obtener jeringuillas estériles en las farmacias (35.8%). Conscientes de ello, algunos países donde no está liberalizada la adquisición de jeringuillas –es necesaria la receta médica–, intentan aumentar su difusión mediante programas de intercambio de jeringuillas –a cambio de una usada se les proporciona una o más nuevas [Marks y Perry 1987, Ginzburg et al 1986, Conviser y Rutledge 1989]. La segunda respuesta más frecuentemente elegida es tener "mono" y/o prisa, ambas íntimamente unidas,

con un 33.3%. Esto último coincide con lo encontrado por otros autores [Lewis y Galea 1986], que comprueban que las personas que comparten el material saben del riesgo que ello conlleva, pero que lo hacen por la prisa. Este hecho se pone también de manifiesto en otros estudios [Selwyn et al 1987, Edgoose y Baillie 1987].

El destino más frecuente del material tras su uso (tabla 12) ha sido "tirarlo a la calle", en un 38.5%. En una menor proporción el material se guarda para su reutilización (34.5%). El "darlo a compañeros" ocupa el tercer lugar, con un 21.4%.

El agua que se utiliza para la dilución de la droga (tabla 12) procede básicamente del grifo (57.8%). Es un dato llamativo el que un 22.8% opta en primer lugar por agua mineral y casi el 18% por agua destilada. Esta última fue la más elegida como segunda opción.

La práctica del bombeo, normalmente realizada para aumentar la sensación placentera, es practicada siempre por el 61.4% ; sólo un 5.4% confiesa no practicarlo. Sobre el "aumento de riesgo producido por el bombeo" (tabla 12), prácticamente la mitad de la muestra lo reconoce. Aun así lo siguen realizando.

Las razones aducidas por los pacientes que no se han inyectado en los últimos seis meses (tabla 12), son fundamentalmente "porque le parece molesto o le da miedo inyectarse" y el "miedo al SIDA y a que perjudica la salud", en casi las tres cuartas partes (74.7%). Ello apoya la hipótesis de que el consumo por vías diferentes a la parenteral es cada vez más importante; esto ha sido constatado en algunos estudios como el realizado por el Plan Andaluz sobre Drogas (1990).

Un 6.6% de los pacientes refieren que fueron rechazados, a lo largo del último año previo a la entrevista, para iniciar tratamiento por su dependencia. Por otro lado el 24.7% de la muestra manifiesta que ha desistido de iniciar el tratamiento mientras esperaba el mismo, lo que pone de manifiesto la repercusión de las listas de espera en el colectivo. La mayor parte de los pacientes incluidos en el estudio habían iniciado con anterioridad algún tipo de tratamiento (85.1%) (tabla 13); ello confirma la conocida resistencia al abandono definitivo del consumo [Conviser y Rutledge 1989, McKeganay et al. 1990]. Un 7.1% de los pacientes refieren haber sido expulsados durante algún tratamiento (anterior al que motivó la selección de los sujetos en el presente estudio). Un 57.9% habían realizado al menos un tratamiento, básicamente de tipo ambulatorio y en menor proporción hospitalario. Llama la atención la frecuencia elevada de pacientes que refieren haber estado en tratamiento de mantenimiento con metadona, un 16.7%, en tanto en cuanto este tipo de tratamiento no estaba generalmente disponible en los últimos años. Probablemente dichos tratamientos son antiguos en la vida de los pacientes.

Cuando a los pacientes se les preguntó por las razones para iniciar el tratamiento (tabla 14), la mayoría de ellos adujeron motivos familiares (54.5%), y de salud (21.3%). La razón derivada del SIDA se contempla solamente en el 2.4% de los casos, lo que parece escaso.

3.1.3. Hábitos sexuales

En lo que se refiere a las prácticas sexuales de los pacientes (tabla 15), es de destacar que en los últimos seis meses prácticamente la mitad (47.0%) han tenido

una sola pareja y sólo un 6.2% mantuvieron relaciones con seis o más personas. Entre los varones, el 79% refieren ser heterosexuales, el 3.3% homosexuales y el 2% bisexuales, siendo el resto desconocido (15.7%). Actualmente se afirma que puede producirse un recrudescimiento de la epidemia a través de los contactos heterosexuales de los pacientes consumidores de drogas por vía parenteral [Stall y Ostrow 1989, Watters 1989]. De hecho, cifras actuales del Registro Nacional de SIDA detectan incrementos importantes en el grupo de riesgo de transmisión heterosexual.

El 84.6% de las mujeres refieren ser heterosexuales, el 4.2% homosexuales, el 3.7% bisexuales, y el 7.5% no contestan. Respecto al número medio de actos sexuales realizados en el mes anterior al tratamiento, hay que señalar que la mayoría no contestaron a la pregunta (74.0%). Entre los que contestaron, la frecuencia fue muy parecida para los distintos intervalos (ver tabla 15).

En la tabla 16 se resume el tipo de relación sexual mantenida por los pacientes varones. Las prácticas que *a priori* conllevan más de riesgo de transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana son las relaciones ano-pene, boca-pene y las relaciones vagina-pene durante la menstruación. Las prácticas ano-pene son usuales (frecuente o siempre) en un 4.6%, las de tipo boca-pene en el 21.9% y las de vagina-pene durante la menstruación en el 11.9% de la muestra masculina.

Los mismos datos anteriores se recogen para las mujeres en la tabla 17. Al igual que en el caso de los varones, sólo se comentarán las prácticas consideradas *a priori* con mayor riesgo de transmisión del VIH. Las relaciones tipo ano-pene fueron usuales en un 5.2%, las de boca-pene en el 33.3% y las de vagina-pene durante la menstruación en el 18.4% de la muestra.

El 10.1% de los participantes manifestaron haber padecido alguna enfermedad de transmisión sexual en los últimos seis meses y el 6.5% haber mantenido relaciones sexuales por motivos económicos.

3.1.4. Medidas preventivas y conocimientos sobre el SIDA

El uso de medidas preventivas en las relaciones sexuales se contempla en la tabla 18. Es destacable que el preservativo es usado, con frecuencia, por casi una tercera parte de la muestra y, siempre, por el 15.9% de los sujetos. Estos porcentajes son más elevados que los hallados por otros autores [McKeganay et al 1990, Kleiber et al 1989], aunque la muestra de este último estudio difiere de la nuestra: fue elegida entre los que solicitaban jeringuillas en una farmacia de Escocia. El 15.9% de usuarios habituales de preservativo encontrado es superior al 11% hallado por Tempesta et al [1989] en un estudio italiano realizado en 1988. Un 42% refieren no utilizar preservativos porque no les gusta y un 14% porque usan otros métodos anticonceptivos. Las razones fundamentales aducidas para el uso del preservativo, entre los que lo utilizan, son el miedo al contagio del SIDA (no sólo a contraerlo sino también a transmitirlo) y el deseo de evitar embarazos no deseados. Hay que resaltar que en estas preguntas, al igual que en las relacionadas con las prácticas sexuales, el número de pacientes que no contestan

es elevado, lo que relativiza la validez de las respuestas. De todas maneras, la alta proporción de sujetos a los que no les gusta el preservativo es consistente con la información reunida a nivel de población general en otros estudios [Hingson et al 1990, Kegeles et al 1988]: se conoce la utilidad del preservativo pero no se utiliza.

Respecto a las medidas de prevención en la convivencia diaria (tabla 19), todavía el 10.9% de los pacientes no tiene inconveniente en compartir cuchillas de afeitar y cepillos de dientes.

La fuente fundamental de información sobre el SIDA y su transmisión, referida por los pacientes, ha sido los medios de comunicación de masas (tabla 20), con un 41% de frecuencia y, en segundo lugar, los contactos con el sistema sanitario (28.9% de las personas). En la segunda opción, los entrevistados sitúan en primer lugar a los amigos y a la pareja.

El nivel de conocimientos específicos sobre las conductas de riesgo para la transmisión del VIH, se reflejó a través de un apartado del cuestionario constituido por 13 preguntas (tabla 21), similar al utilizado por otros autores, que también integran preguntas de conocimientos sobre la transmisión y medidas de prevención [Emmons et al 1986]. En la mayor parte de las preguntas el número de contestaciones correctas fue próximo o superior al 90%. Hay que subrayar el hecho de que en las preguntas clave (transmisión por jeringuillas compartidas y eficacia del preservativo en la prevención) la proporción de respuestas incorrectas osciló entre el 1 y el 2%. Las preguntas en las que se obtuvieron una mayor proporción de respuestas incorrectas fueron las siguientes: la que preguntaba acerca de los tatuajes en la transmisión (31.2% de fallos), donde pudo haber influido un enunciado poco claro; la que preguntaba sobre el aspecto de los portadores de VIH (27.8% de fallos); y, por último, la que hacía referencia a si todos los portadores son enfermos de SIDA (19.1% de fallos).

Las 13 preguntas sobre conocimientos fueron también cuantificadas con una puntuación global, resultante de la suma de respuestas correctas (tabla 22). Es destacable que tan solo un 4.2% tuvieron una puntuación de 7 ó menos; un 84.1% alcanzó una puntuación de 10 o más, lo que refleja el buen nivel de información, en general, del colectivo sobre los mecanismos de transmisión de la enfermedad. Sin embargo, cuando se pidió a los pacientes que juzgaran sus propios conocimientos sobre el SIDA y su transmisión, un 46.9% opinaron que su nivel de información sobre el tema era deficiente o insuficiente.

El nivel de conocimientos encontrado en la muestra es comparable al de otros estudios. Los usuarios de drogas son, en su mayoría, conscientes del papel que juega en la transmisión el compartir el material de inyección [Des Jarlais et al 1985, Ghodse et al 1987]. El conocimiento del riesgo que supone el compartir el material de inyección fue similar al encontrado por Friedman et al [1986] en su muestra de 59 pacientes sometidos a tratamiento con metadona (97%), y superior al mencionado por Ginzburg et al [1986] (el 87% de los pacientes). Otros autores [McKusick et al 1985], sobre todo en estudios referidos a años anteriores en los que la difusión de la información era menor en este colectivo, hallan que ese conocimiento es insuficiente, inferior al 70% de su muestra. La prevención de la transmisión del VIH depende en primer lugar de los conocimientos sobre el mismo

que tengan los pacientes [Becker y Joseph 1988], hecho por otra parte fundamental en el modelo de comunicación persuasiva o KAP de educación sanitaria [Salleras 1986]. Chmiel et al. [1987] encontraron que los que más cambiaban sus hábitos eran los que más conocimientos tenían. Sin embargo, es notoria la discordancia entre el buen nivel de información sobre los mecanismos de transmisión del VIH y sobre las medidas de prevención, y la relativamente alta prevalencia de algunas conductas de riesgo (compartir jeringuillas, no utilizar preservativos, etc.)

En la tabla 23 se muestran otras variables relacionadas con el conocimiento de los pacientes sobre la enfermedad. Estas variables tienen un carácter claramente más subjetivo que las anteriormente expuestas; a través de ellas se intenta conocer la opinión del paciente. Respecto a las medidas que conoce en su ciudad para evitar la transmisión del VIH, las más conocidas eran: las máquinas de preservativos (por el 42.2%), y los folletos informativos (por el 26.3%). Es llamativo el hecho de que un 8.3% de los entrevistados refiere conocer el reparto gratuito de jeringuillas, a pesar de la escasa difusión real de esa medida.

Los pacientes juzgaron como medida más eficaz para la prevención de la transmisión de la enfermedad (tabla 23) la distribución gratuita de jeringuillas (41.6% de la muestra). Si a esta proporción se añade los que consideraron más eficaces las máquinas expendedoras de jeringuillas, se alcanza un 56%. Esto es lógico si se considera que la población encuestada está formada, en su totalidad, por pacientes usuarios de drogas, donde la transmisión sexual juega un papel secundario.

También se les preguntó la opinión sobre la causa de la alta frecuencia de transmisión del VIH en su colectivo de usuarios de drogas (tabla 23). El 51.6% refiere que la transmisión es alta porque "aunque se conocen las medidas preventivas y se pueden conseguir los medios, no les interesa molestarse". Asimismo, el 18.2% considera que su colectivo "no conoce las medidas de prevención para evitar el contagio"; esta opinión no se sostiene a la luz de los conocimientos de que disponemos, al menos, entre los usuarios de drogas en tratamiento ambulatorio.

3.1.5. Modificaciones de los hábitos

Las modificaciones de los hábitos fueron abordadas como respuesta a dos acontecimientos: 1. Haberse sometido a tratamientos anteriores al actual. 2. Conocer el resultado de las pruebas serológicas frente a VIH. En el primer apartado, el 22.1% de la muestra (tabla 24) relata que no ha cambiado nada su conducta tras el/los tratamientos. Sin embargo, el 51.1% cambió alguna de sus costumbres en sentido positivo. Así, el 25.5% utilizó con más frecuencia jeringuillas estériles, sólo un 6.2% comenzó a utilizar preservativos y un 17.8% tomó medidas preventivas con sus convivientes.

En segundo lugar, se analizaron diferentes modificaciones de conducta en función del conocimiento de los resultados de la serología frente al VIH (tabla 25). En cuanto a variaciones en el consumo de drogas, se detectó que un 35% disminuyó su consumo o la frecuencia del mismo, aunque un 7.9% aumentó su consumo.

También se observaron cambios favorables en la forma y en la vía de consumo, así, un 47.3% refirió cambios en un sentido positivo: abandonó o disminuyó el hábito de compartir, y utilizó con más frecuencia material de inyección estéril o desinfectado. El 32.7% de los entrevistados no modificaron ninguna conducta tras conocer el resultado de la prueba de VIH.

El tipo de estudio realizado no ha permitido conocer si las modificaciones referidas han sido permanentes o temporales, y en este caso la duración de éstas.

Se ha destacado la dificultad que supone modificar hábitos de conducta en este tipo de pacientes, generalmente marginados [Fahrner 1989], tanto más si se considera su difícil accesibilidad al sistema. Sin embargo, en otros estudios también se han encontrado una mejora en los hábitos de riesgo de este colectivo. Black [1989] afirma que los usuarios de drogas en el Reino Unido han disminuido sus prácticas más arriesgadas, aunque no ofrece una cuantificación de sus resultados. Algo similar ocurre con Skidmore et al [1990], que concluye que el patrón de consumo de drogas está cambiando a prácticas más favorables (de menor riesgo), pero no ofrece datos sobre ello aparte del menor uso de heroína –pero con mayor uso de buprenorfina y benzodiacepinas–. Friedman et al [1989], en su muestra, recogen que hubo una disminución del consumo de drogas en un 14% (sensiblemente inferior a nuestro 35%), y que un 24-29% redujo la práctica de compartir el material de inyección (también bastante inferior a nuestro 47.3%). Hechos similares han sido comprobados por otros autores [Chaisson et al 1987]. Todo esto aboga por la necesidad de insistir en la educación sanitaria de los usuarios de drogas [Covell 1989], intentando crear un clima positivo en la sociedad que favorezca la mayor accesibilidad de este colectivo [Fahrner 1989].

Las relaciones sexuales sufrieron menos modificaciones que los parámetros anteriores referidos al consumo de drogas. No modificaron ninguna de sus prácticas de riesgo un 49.4% de la muestra. Hubo un cambio favorable (menor número de parejas sexuales, más preservativos) en un 22.6% de los sujetos. Esta disminución en la frecuencia de prácticas sexuales también se ha visto confirmada, aunque siempre en escasa proporción, en otros estudios [Coutinho 1989, Becker y Joseph 1988]. Debe señalarse que un 34.5% de los participantes refiere que empezó a cuidarse más, y a buscar algún tipo de tratamiento para su problema.

3.1.6. Resultados de la serología frente a VIH

Los resultados de la serología frente al VIH están documentados de forma válida (como positivos o negativos) en el 63.4% de la muestra (782 pacientes). En 105 casos, el centro no comunicó ningún resultado por lo que fueron codificados como desconocidos; y en 346 encuestados el centro comunicó como “desconocido” el estado serológico, bien porque el paciente había rechazado o no había acudido a la prueba, o bien porque se desconocían los resultados en el momento del cierre del estudio.

Los resultados anteriores (documentados por el centro) no son coincidentes con la información verbal suministrada por el paciente en cuanto a si se ha sometido

a la prueba de VIH y si ésta ha resultado positiva o negativa. La información referida por el paciente podría ser utilizada como un criterio de prueba "en paralelo" con la información documentada por el centro con el objeto de aumentar la sensibilidad y disminuir el número de pérdidas, muy numerosas. Sin embargo, es mejor confiar sólo en los resultados documentados ya que los análisis realizados con la variable "resultado de la prueba VIH" serán más fiables si se basan sobre criterios objetivos. Por ello, se prefirió siempre el resultado documentado de la prueba de VIH. No obstante, el conocimiento del sujeto sobre su situación serológica es una variable a tener en cuenta cuando se analizan variables de conducta, fundamentalmente modificación de hábitos.

La antigüedad de los resultados, positivos y negativos, serológicos frente al VIH se exponen en la tabla 26; esta variable sólo ha podido ser obtenida mediante la información proporcionada por el paciente. Es de notar que la mayoría de los resultados negativos son recientes, del bienio 1988-1989. Con respecto a los resultados positivos de la prueba, 7 de los pacientes que contestaron a esta pregunta afirmaron que conocen el resultado con fecha anterior a 1985, cuando aún no estaban disponibles las pruebas de identificación de la infección por VIH. Recordemos que el VIH (entonces HTLV III/LAV) fue aislado simultáneamente por los equipos de Robert Gallo y Luc Montagnier en 1983. Ese error sustenta con más firmeza el que en el análisis de los factores de riesgo de la infección por VIH se utilicen los resultados documentados y no la comunicación verbal del paciente.

La prevalencia de infección por VIH encontrada, en la muestra sobre la que se tiene resultados, es del 41%. Esta frecuencia es bastante superior a la encontrada en San Francisco y Los Angeles, del 13% y 5% respectivamente, a la de Nueva Jersey o Baltimore, próximas al 30%, e inferior a la de Nueva York, 61% [Hahn et al 1989], y a la de Edimburgo, 64% [Skidmore et al 1990], estimadas todas ellas, al igual que en el presente estudio, en base a centros de tratamientos de usuarios de drogas. La prevalencia encontrada en otros estudios realizados en países mediterráneos, como Italia, es semejante a la nuestra, del 46% en base a una muestra de usuarios de drogas, y del 38% en pacientes tratados en centros ambulatorios [Tempesta et al 1989]. Existen como se ve importantes variaciones geográficas. Estas variaciones geográficas también se han encontrado en nuestro país. En un reciente metaanálisis de los distintos estudios españoles publicados sobre prevalencia de la infección en los grupos de riesgo, se recogieron un total de 36 investigaciones sobre usuarios de drogas por vía parenteral desde 1985 a 1989 [Gómez Olmedo et al 1990, Fernández Sierra et al 1990]. Los autores apreciaron que existían diferencias significativas en la frecuencia de infección por VIH por área geográfica, siendo mayores en las zonas más populosas e industrializadas y con un mayor tránsito de viajeros. Se ha mencionado como razón de estas diferencias geográficas, la diferente frecuencia de práctica de conductas más arriesgadas, como el compartir el material de inyección [Marmour et al 1989]. Sin embargo, otros autores no las han encontrado [Lange et al 1988, Watters 1989], y han sugerido que otras variables pueden ser las responsables de las diferencias encontradas entre diferentes áreas del mundo. Una de ellas es el grado de conocimiento de la infección por VIH, y del SIDA en general, en las distintas zonas. Así, el hecho de que la epidemia comenzara afectando en primera lugar en California

a los homosexuales pondría en alerta a otros sujetos sobre las prácticas de riesgo favorecedoras de la propagación de la infección, disminuyéndolas. Esto explicaría la baja frecuencia de infección por VIH en usuarios de drogas de California y otros territorios norteamericanos. Por otro lado, si el virus se introduce en una colectividad más precozmente que en otras, la prevalencia sería más alta en ella, a igualdad de prácticas de riesgo. Esto implicaría que las áreas con más flujo de personas fueran las primeras en contactar con el virus. Esta hipótesis justificaría la mayor proporción de positivos en zonas de atracción, porque el virus ha tenido más tiempo para difundir. Así podrían explicarse las diferencias encontradas entre el Norte y Sur de España [Fernández Sierra et al 1990], que han sido corroboradas con la presente investigación (datos no mostrados).

La prevalencia global en pacientes usuarios de drogas por vía parenteral estimada para 1988-1989 mediante el meta-análisis mencionado es claramente superior a la encontrada en el presente estudio (70% versus 41%). En ello influyen varias razones. En primer lugar, el frecuente sesgo de selección, ausente en este estudio, encontrado en las publicaciones españolas [Gómez Olmedo et al 1990]. El grupo de usuarios de drogas en tratamiento ambulatorio reúne características diferenciales respecto a otros colectivos que presentan mayor grado de deterioro, generalmente debido a una mayor evolución en el consumo, mientras que los pacientes hospitalizados por diversas patologías orgánicas o ingresados en UDH (Unidades de Desintoxicación Hospitalaria) constituyen un colectivo con grado más avanzado en la historia natural de la enfermedad. También puede influir el hecho de que en el presente estudio haya también pacientes exclusivamente usuarios de drogas por vías diferentes de la parenteral, lo que usualmente conlleva menor riesgo. La posible influencia del alto número de sujetos en los que no consta el resultado serológico del VIH queda descartada, porque no se observaron diferencias en los hábitos de riesgo entre los pacientes de los que se conocía el estado serológico (documentado por el centro) y los que no (se verá posteriormente).

3.2. Análisis de los factores de riesgo de la infección por VIH

3.2.1. Análisis de las pérdidas de información

Analizar las pérdidas de información de la serología frente a VIH es un paso necesario y previo al análisis de los factores de riesgo. Con respecto a esta variable, las pérdidas fueron bastante altas, alcanzando el 36.6% del total (451 participantes).

Las pérdidas fueron estudiadas en función de algunas variables (no todas las contenidas en el protocolo) que fueron consideradas *a priori* como factores determinantes de la infección. En la mayor parte de las ocasiones la proporción de pérdidas fue similar a lo largo de los estratos del factor considerado.

No hubo diferencias significativas en las pérdidas por edad o sexo, en la frecuencia de compartir el material de inyección, en la frecuencia de uso de material nuevo y/o desinfectado, en el número de parejas sexuales durante los últimos seis

meses, en la frecuencia de la práctica de las relaciones ano-pene, ni en las respuestas a las preguntas que valoraban el conocimiento específico sobre el SIDA y su transmisión.

No obstante, algunas otras variables sí se relacionaron significativamente con el número de pérdidas. Así, se observó que éstas fueron significativamente superiores entre los que no contestaron sobre su situación laboral. No es posible prever la dirección del posible sesgo introducido por esta ausencia de información.

El nivel de estudios también se asoció significativamente con las pérdidas, que fueron menores a medida que el nivel educativo aumentaba. Dado que los sujetos con menor nivel de formación estaban más frecuentemente infectados, es posible que esto conduzca a una ligera subestimación de la prevalencia de VIH.

Algo similar ocurrió al considerar la variable "uso de preservativos". Las pérdidas fueron inferiores en los pacientes que usaron por norma el preservativo. Puesto que, como se verá más adelante, se comprobó la existencia de una asociación directa entre el uso de preservativos y la prevalencia de VIH+, ésta última variable puede quedar infravalorada en su determinación global.

3.2.2. Análisis de los factores de riesgo

3.2.2.1. Variables sociodemográficas (tabla 27).

1. El sexo

La prevalencia de la infección en varones fue discretamente superior a la de las mujeres, 41.6% versus 38%. Algunos autores encuentran un aumento de la prevalencia en mujeres con respecto a los varones, aunque no de manera significativa [Tempesta et al 1989].

El sexo varón no se comporta como factor de riesgo con respecto a la mujer (OR= 1.1). Sin embargo, hubo diferencias significativas entre ambos sexos por algunas variables que tienen influencia como factores de riesgo sobre la transmisión del VIH.

Con respecto a las variables asociadas al consumo de drogas, un dato que podría favorecer un mayor riesgo en el varón es su mayor antigüedad en el uso de la vía parenteral (tabla 28). Esto parece lógico porque la mujer ha comenzado a consumir drogas en años más recientes. Por otra parte, en el consumo de heroína por vía parenteral en los últimos seis meses, la proporción de respuestas NS/NC es mayor en las mujeres (tabla 29). Descontando esta respuesta, el 55.8% de las mujeres consumen la heroína intravenosa con una frecuencia de más de una vez por día, frente a un 49% en los varones. Igualmente, cuando se analiza el destino del material de inyección (tabla 30), se observa que la mujer lo tira menos a la calle y lo da más al compañero que el varón. En cuanto a las variables asociadas a los hábitos sexuales, se observaron también algunas diferencias entre ambos sexos. Así, con respecto al número de parejas sexuales durante los últimos seis meses (tabla 31), la proporción de mujeres que mantenían relaciones monógamas fue

superior a la hallada en varones (55% versus 45.4%, respectivamente). Por otra parte, se encontró que la mujer usaba más frecuentemente otros métodos anticonceptivos diferentes al preservativo y elegía con mayor frecuencia la opción "no gusta" con respecto al varón (tabla 32). El uso continuado del preservativo durante las relaciones sexuales fue similar en ambos sexos (el 16%). Estos resultados no coinciden con los de otros autores. Así, MacKintosh et al [1986] refieren que en su muestra las mujeres usaron preservativos de manera continuada tan sólo en el 3% de los casos. Cohen [1989] encuentra que el número de medidas anticonceptivas en la mujer usuaria de drogas es inferior al de los varones, mientras que en este estudio la frecuencia fue similar.

Cuando se analizó el nivel de conocimientos específicos sobre la transmisión del VIH (tabla 33), se observó que la mujer mostraba una distribución bipolar, presentando unos porcentajes superiores al varón en las puntuaciones inferiores a 8 y en las superiores a 10. En cuanto a las razones dadas para el abandono del consumo de droga por vía parenteral (tabla 34), las mujeres adujeron fundamentalmente molestia y/o miedo, y en mucha menor proporción motivos de salud, con respecto a los varones.

En resumen, existen algunas diferencias entre el hombre y la mujer en el consumo de drogas y en los hábitos sexuales, que no se traducen en un mayor riesgo por parte de alguno de los dos sexos.

2. La edad

Al relacionar esta variable con la seropositividad frente al VIH, se observó que la OR aumentó en relación directa con la edad ($X^2_{MH} = 12.3, p < 0.001$), con intervalos de confianza significativos a partir de los grupos de edad de 25 a 29 años. Estos resultados son lógicos si tenemos en cuenta que, como se afirmó en la descripción general del estudio, la mayor proporción de los pacientes se iniciaron en el consumo a edades inferiores a los 20 años, lo que significa que una mayor edad simplemente refleja una duración más prolongada de la exposición y por tanto una mayor probabilidad de adquirir la infección por VIH. Otras investigaciones aportan resultados similares [McKeganay et al 1990]. Con el fin de comprobar la hipótesis anterior, se relacionó la edad con la antigüedad en el consumo, mostrando una asociación altamente significativa, con una $p < 0.001$ (tabla 35).

Por otra parte, se demostró la existencia de una tendencia creciente a compartir el material de inyección al disminuir la edad (tabla 36), lo que podría suponer un mayor riesgo en los más jóvenes. De igual forma, se observó que la reutilización de este material fue más frecuente en los menores de 25 años (tabla 37). Probablemente, como se verá más adelante, esto no sea más que un reflejo del cambio de actitud producido en los usuarios de drogas tras conocer su situación con respecto al VIH, cambio que se da con más frecuencia entre los usuarios de mayor edad. Todo ello es concordante con los datos acerca del nivel de conocimiento específico sobre la transmisión del VIH, que mejora al aumentar la edad (tabla 38). Las razones aducidas para este cambio en el comportamiento están en íntima relación con el nivel de conocimientos y, por tanto, con la edad. A mayor edad, se concede más importancia a los motivos de salud para dejar el hábito (tabla 39).

En definitiva, los sujetos de mayor edad presentan mayor seropositividad frente al VIH, simplemente porque han permanecido más tiempo expuestos. Sin embargo, con el aumento de la edad, se aprecian cambios favorables en la modificación de la conducta de los usuarios de drogas.

3. *La situación laboral*

La situación laboral mostró una relación significativa con la seropositividad frente al VIH (tabla 27). Tomando como referencia al grupo de estudiantes, se obtuvo una OR de 2.0 para el grupo de parados (IC 95%=1.45-2.75), y de 2.2 para el grupo "otros" (1.09-4.39). Con respecto al grupo de estudiantes, la OR arrojó un valor de 1.82, poco valorable debido al escaso tamaño muestral en este grupo (31 pacientes).

Podrían aducirse varias razones para explicar esta mayor frecuencia de enfermedad en el grupo de parados con respecto al de trabajadores. Por una parte, sus menores posibilidades económicas les obligarían a la reutilización del material de inyección más frecuentemente, como se comprueba en la tabla 40. También son los parados los que consumieron heroína con más frecuencia durante los últimos seis meses (tabla 41). El número de drogas consumidas por vía parenteral también podría reflejar este patrón de riesgo. Así, se comprobó que los parados consumieron mayor número de drogas que los trabajadores (tabla 42).

La situación laboral, en definitiva, es una variable que refleja el status de los pacientes: el colectivo de parados tiene un mayor riesgo porque la intensidad de su consumo es mayor y sus conductas más arriesgadas.

4. *El nivel de estudios*

Esta variable mantuvo una relación con la seropositividad frente al VIH (tabla 27). Tomando como grupo de referencia a los sujetos con estudios medios o superiores, se aprecia que el riesgo aumenta a medida que el nivel educativo disminuye. Esta tendencia fue significativa ($X^2_{MH} = 4.02$, $p < 0.05$), aunque no así las OR obtenidas para cada nivel.

Esta asociación puede tener relación con la obtenida anteriormente, puesto que el colectivo de parados suele presentar un menor nivel educativo que los otros grupos, aunque en este caso no se apreciaron diferencias significativas en cuanto al número de drogas consumidas en los últimos seis meses, ni con respecto a la frecuencia de reutilización del material de inoculación, entre los distintos niveles educativos. Sí se apreció una relación, cercana a la significación estadística ($p < 0.10$), con el número de parejas sexuales durante los últimos seis meses, siendo este número menor a medida que aumentaba el nivel educativo.

Se observó una relación inversa entre el nivel de estudios y la frecuencia de compartir el material de inyección (tabla 43): a mayor nivel educativo, menor fue la frecuencia de compartir. Asimismo, la reutilización de jeringuillas usadas por otros fue menor a medida que el nivel educativo fue mayor (tabla 44). Ambas variables dependen del nivel de formación y conocimiento de los sujetos. Por ello,

fue lógico encontrar que el nivel de formación de un sujeto mantenía una relación estrecha con el nivel de conocimientos específicos sobre la transmisión del SIDA (tabla 45).

Todos los factores expuestos justifican que el nivel educativo de un sujeto se comporte como un factor protector y contrarrestan el hecho de que los sujetos de mayor nivel educativo lleven más años consumiendo drogas (tabla 46), fenómeno por otra parte lógico, pues ambos factores están en estrecha relación con la edad. Evidentemente, el tener en cuenta las medidas de protección sería razón suficiente para que se justificase el menor riesgo, aunque se llevasen más años de exposición. Además, se ha de añadir, al igual que con la situación laboral, que la edad de inicio en el consumo es posterior en los estudios medios/superiores que en los que sólo tienen estudios primarios o ninguno. Por otra parte, la frecuencia del consumo de cocaína es mayor cuando el sujeto tiene mayor formación.

3.2.2.2. Variables relacionadas con el consumo de drogas

1. *Años de antigüedad en el consumo por vía parenteral (tabla 47).*

Se aprecia una tendencia clara, estadísticamente significativa, al aumento en el valor de la desigualdad relativa a medida que la antigüedad en el consumo de droga por vía parenteral fue mayor ($X^2_{MH} = 9.7$, $p < 0.01$). No obstante, los intervalos de confianza de la OR al 95% incluyeron al valor nulo en todos los casos, salvo el correspondiente al grupo de usuarios de drogas de mayor antigüedad (13 años o más): OR=3.4, I.C.: 1.0-11.5. López-Abente y cols. [1988] observaron, sin analizar el criterio dosis-respuesta, un riesgo de 5.02 para los consumidores con más de cinco años de duración, sensiblemente superior al hallado en el presente estudio.

El tiempo durante el cual se ha estado consumiendo drogas por vía parenteral delimita el tiempo durante el cual se ha permanecido expuesto al VIH, siempre y cuando no se hayan tenido en cuenta hábitos higiénicos en el consumo. A esto habría que añadir que los que iniciaron el consumo de drogas hace más de 7 años no conocían entonces el riesgo de infección por VIH, lo que indudablemente contribuyó a la expansión de la epidemia. A continuación se expondrán las relaciones que mantienen los años de antigüedad en el uso de la vía parenteral con distintas variables que podrían matizar el riesgo de transmisión de VIH.

Ya se ha mencionado con anterioridad la relación directa que mantienen los años de antigüedad en el uso de la vía parenteral con la edad de los pacientes, la situación laboral y el nivel educativo, asociaciones que no merecen mayor explicación, por otra parte.

En las tablas 48 a 54 se exponen los resultados del análisis de los años de antigüedad en el consumo con el número de tratamientos iniciados. El hecho común encontrado en todas estas tablas es que a medida que aumenta la antigüedad en el consumo, mayor es el número de tratamientos iniciados de cualquier tipo (ambulatorio, hospitalario, de mantenimiento con metadona o

naltrexona, programas libres con apoyo psicoterapéutico, o las comunidades terapéuticas).

El nivel de conocimientos, como era de esperar por las asociaciones descritas anteriormente, mostró una discreta relación significativa con la antigüedad en la vía parenteral (tabla 55). Los sujetos con más antigüedad en el consumo alcanzaron mejores puntuaciones globales en los conocimientos específicos sobre la transmisión del VIH. En la tabla 56 se observa la antigüedad en el uso de la vía parenteral relacionada con la probabilidad que creen tener los sujetos de adquirir la enfermedad, sin que se muestren grandes diferencias.

Las relaciones expuestas con anterioridad permiten explicar algunos de los resultados que se refieren a continuación. Así, se comprobó la existencia de una relación en "U" entre los años de duración en el consumo por vía parenteral y la frecuencia de utilización de material nuevo y/o desinfectado. La menor frecuencia de uso de material estéril se produjo en los sujetos con una antigüedad intermedia (de 4 a 6 años), mientras que a partir de este grupo la frecuencia de uso del material estéril aumentó en los dos sentidos (tabla 57). Con respecto al grupo de larga duración del consumo, la explicación está en relación con su mayor nivel educativo, su mejor situación laboral y mayores conocimientos sobre la enfermedad. Por otra parte, es probable que los sujetos que han iniciado el consumo en épocas más recientes, estén especialmente concienciados, gracias a la actualidad que ha cobrado el tema, del peligro que supone la reutilización de material sin una desinfección previa.

En relación con la variable anterior, se observó que los pacientes que han sido consumidores durante más tiempo reutilizan ellos mismos el material con mayor frecuencia y lo dan menos al compañero (tabla 58).

La antigüedad en el consumo parenteral de droga se relacionó también con los hábitos sexuales de los individuos. Con respecto al uso del preservativo (tabla 59), se vio que el porcentaje de encuestados que lo usa siempre, es superior en los grupos de mayor antigüedad en el consumo, hecho concordante con el mejor nivel de estudios y conocimientos sobre la enfermedad encontrado en estos grupos.

En cuanto a las medidas juzgadas más eficaces en la prevención del SIDA (tabla 60), se observó que la valoración de los folletos divulgativos sobre la enfermedad y su prevención alcanzó mayor importancia con el aumento de la antigüedad en el consumo.

Hay algunas variables relacionadas con la antigüedad en el consumo no explicables a partir del nivel de conocimientos: la frecuencia de consumo de heroína por vía parenteral y el número de parejas sexuales. Con respecto a la primera se observó que la proporción de sujetos que consumieron heroína por vía parenteral en los últimos seis meses con frecuencias superiores a la diaria es máxima en el grupo de más antigüedad (tabla 61). Ello podría indicar una menor capacidad de abandono o de reducción del consumo en los sujetos con más años de antigüedad en éste. Con respecto a la segunda, los pacientes con menos años de duración en el consumo eran monógamos con más frecuencia que los más

antiguos (tabla 62). No se encontró relación entre el número de parejas sexuales y la edad, factor que pudiera estar influyendo en la relación anterior.

2. *Edad de primer uso de la vía parenteral*

Esta variable fue analizada en función del tipo de droga consumida. Sus resultados se presentan en la tabla 63. Se escogió como grupo de referencia en cada uno de los análisis la edad de inicio más avanzada, a la que se asignó el riesgo 1. Esto se hizo así porque, como se ha visto, la edad se relaciona positivamente con los años de antigüedad en el uso de la vía intravenosa --a mayor edad más antigüedad-- y ambas suponen un riesgo mayor de infección por VIH. Ello supondría que los que iniciaron más tarde su hábito de consumo llevarían menos tiempo expuestos y tendrían menos riesgo de VIH.

Con respecto a la heroína, se observó que el riesgo de infección aumentó a medida que la edad de inicio fue menor, lógicamente relacionado con la mayor antigüedad en el consumo. El análisis de tendencia no fue significativo. Tampoco se obtuvo significación en ninguna de las OR que se calcularon. Resultados similares fueron encontrados para el consumo de otros opiáceos, salvo en el caso de la buprenorfina, donde se advirtió la tendencia opuesta, al igual que con los hipnosedantes.

Es imposible delimitar el efecto de la edad de inicio sobre la frecuencia de infección por VIH, dada su evidente asociación con otras muchas variables que actuarían aquí como factores de confusión (edad, años de antigüedad en el consumo, nivel educativo, nivel de conocimientos sobre la enfermedad, etc.)

3. *Frecuencia de uso de la vía parenteral en los últimos seis meses*

Los resultados concernientes a esta variable, para cada una de las drogas estudiadas, se encuentran sintetizados en la tabla 64.

Como característica general que se deduce de toda la tabla es que la frecuencia del consumo no se asocia a la frecuencia de VIH+. Otros autores [Watters 1989] encuentran que la frecuencia de uso de la vía parenteral se relaciona de manera directa con el riesgo de infección por VIH. No obstante, en nuestro caso se parte de un diseño de prevalencia: el consumo en los seis meses anteriores a la entrevista no tiene por qué ser representativo de la conducta anterior. De hecho, es muy probable que los individuos que acuden a tratamiento (que representan la población diana del estudio), hayan modificado sus hábitos de consumo en los últimos meses, de forma más significativa los que previamente consumían mayor número de veces.

A continuación se comentan los resultados de la asociación de la frecuencia del consumo de heroína en los seis meses anteriores al tratamiento con otras variables que influyen en el riesgo de infección por el VIH y que podrían matizar esta ausencia de relación.

Ya fueron estudiadas con anterioridad las relaciones entre la frecuencia de consumo de heroína con el sexo (mayor frecuencia diaria de consumo en la mujer) y con la situación laboral (menor consumo en estudiantes y trabajadores). También mostró una asociación significativa con la utilización de material nuevo y/o desinfectado (tabla 65). Como era de esperar, la utilización de material estéril fue menor conforme la frecuencia de uso de la heroína parenteral fue mayor. Otro dato, ya comentado, es la relación de la frecuencia de consumo con los años de antigüedad en el uso por vía parenteral (tabla 61): a más antigüedad en el hábito del uso de la vía parenteral, mayor frecuencia de consumo.

La frecuencia de consumo de la heroína por vía parenteral mostró asociación también con variables relacionadas con la conducta sexual. Existieron diferencias significativas con el número de parejas sexuales (tabla 66), aunque no se adivina ningún patrón claro en esos resultados. Algo similar ocurre con respecto al uso del preservativo (tabla 67).

La frecuencia en el uso de la heroína se asoció de forma directa con el número de tratamientos iniciados por los pacientes. A mayor frecuencia de uso, mayor fue el número de tratamientos iniciados. Este hecho sugiere que cuanto mayor es la frecuencia de consumo, mayor es la necesidad del paciente de disminuir o curar su dependencia.

El nivel de conocimientos específicos sobre la transmisión del VIH también mantuvo una relación con la frecuencia de uso de la heroína por vía parenteral en los últimos seis meses (tabla 68). Se observa como a medida que aumenta el nivel de conocimientos de los participantes, disminuye la proporción de sujetos que no contestan a la pregunta sobre la frecuencia de su hábito (se concientizan más de su participación en la investigación). También se aprecia que existe una tendencia a aumentar el nivel de conocimientos conforme la frecuencia de uso de heroína es mayor, hecho explicable por la asociación de la frecuencia de consumo con los años de antigüedad y con el número de tratamientos iniciados.

El mayor nivel de conocimientos demostrado por los pacientes que se inyectaron con más frecuencia se tradujo en varios hechos. En primer lugar, cuanto mayor fue la frecuencia de consumo, mayor creencia en la probabilidad de contraer la enfermedad (tabla 69).

En segundo lugar, también condicionado por el número de tratamientos recibidos, el nivel de conocimientos se reflejó en la opinión de los sujetos sobre las medidas más eficaces para prevenir el SIDA (tabla 70). La creencia en los programas de tratamiento es mayor en los que no han consumido heroína por vía parenteral durante los seis meses previos al tratamiento y en los que la consumen con mayor frecuencia (más de una vez al día). No existen diferencias apreciables por grupos de consumo en su valoración de las jeringuillas gratuitas, la respuesta más contestada con diferencia en todos los grupos.

En tercer lugar, el nivel de conocimientos también influye en la opinión de los pacientes sobre las causas de la transmisión elevada del VIH en los usuarios de drogas (tabla 71). El alto precio de las jeringuillas es más valorado en los que consumen con mayor frecuencia. La respuesta de que "el SIDA no interesa", la

más elegida en general, adquiere su mayor importancia en los grupos extremos de consumo: los que no han consumido heroína y los que se la inyectan más de una vez por día durante los últimos seis meses.

La frecuencia de consumo de heroína por vía parenteral se relacionó también con las medidas que los pacientes conocen en la ciudad para prevenir la enfermedad (tabla 72). El reparto gratuito de preservativos fue la medida más elegida en todos los grupos de consumo, aunque existen diferencias entre ellos. Los que más optaron por esta medida fueron los grupos extremos. El acceso a jeringuillas fue la respuesta menos elegida por cada grupo, a excepción de los de consumo ocasional (semanal o inferior).

La modificación de conducta tras el tratamiento se asoció con la frecuencia de uso de heroína por vía parenteral (tabla 73). Los que menos cambios experimentaron fueron los grupos extremos: los que no habían consumido y los que se inyectaban con una frecuencia diaria o superior. La modificación en el uso de jeringuillas fue mayor cuanto mayor era la intensidad en el uso. El uso de preservativos, sin embargo, mostró la tendencia contraria. Esto último es consistente con las opiniones sobre el uso de preservativos comentadas con anterioridad. Las medidas con los convivientes no sufrieron cambios apreciables según el grupo de frecuencia de uso de la heroína.

La modificación específica de los hábitos de consumo de la droga tras el tratamiento se correlacionó con la frecuencia de uso (tabla 74), de manera consistente con lo comentado en el párrafo anterior. La modificación de conducta fue menor a medida que la frecuencia de consumo aumentaba. Otros datos de la tabla coinciden con este hecho. El abandono de la vía parenteral fue mayor en el grupo de no consumo (hay que tener en cuenta que el no consumo en los últimos seis meses puede ser, en algunos casos, consecuencia de ésta modificación de conducta). De manera consistente con este hecho, la reducción en el número de dosis fue mayor cuanto menos frecuente era el consumo. Todos estos datos insisten sobre el mismo punto, cuanto más "enganchado" está un paciente, más difícil es disminuir su consumo de drogas por vía parenteral, aunque sus prácticas de consumo sean mejores, al tener una mayor formación específica sobre los riesgos de infección que entrañan sus hábitos (comparten menos el material y usan sólo material estéril con mayor frecuencia).

A pesar de que el tratamiento influye en el abandono de ciertas prácticas de riesgo, con respecto al destino del material de inyección se aprecia que no hay diferencias en la frecuencia con que se da al compañero, entre los que se inyectan y los que no (pero se inyectaban). Esto ocurre con otros opiáceos (tabla 75), cocaína (tabla 76), cocaína o heroína+cocaína (tabla 77), o heroína+cocaína sólo (tabla 78). Sí se aprecia en todos los casos como las mayores frecuencias se obtienen para las respuestas "tirar a la calle" y "reutilizar/limpiar".

En resumen, la ausencia de relación entre la frecuencia de VIH+ y la frecuencia del uso de la vía parenteral, puede deberse a que los que no se han inyectado en los últimos seis meses (categoría de referencia) han participado en el pasado de características de conducta que posibilitan un riesgo de infección similar al de los restantes grupos.

4. Número de drogas consumidas por vía parenteral en los últimos seis meses

De nuevo aquí se encuentran resultados peculiares cuando se analiza esta variable en función de la seropositividad frente al VIH (tabla 79). Se observa que la frecuencia de infección es mayor precisamente en los sujetos que consumieron sólo una droga por vía parenteral en los últimos seis meses. Los sujetos que consumieron cuatro drogas presentaron el menor valor de la OR (0.5), de forma significativa (I.C.95%: 0.3-0.8). A partir de ellos, la OR se incrementó en ambos sentidos.

Cuando se analiza la relación de esta variable con otras que representan un mayor riesgo potencial de infección por VIH, se observa una asociación directa en numerosas ocasiones. A continuación se comentarán algunas de ellas.

Con respecto a la situación laboral (tabla 42), los trabajadores consumen un menor número de drogas que los parados y los clasificados como otros.

Otro dato que asocia el número de drogas consumidas con un mayor riesgo *a priori* de infección por VIH es su relación con la frecuencia de compartir el material de inyección (tabla 80). La relación es lineal, aumentando el número de drogas consumidas a medida que es mayor la frecuencia con que se comparte este material. De manera consistente con lo anterior, la reutilización de jeringuillas fue mayor en los grupos que consumieron mayor número de drogas (tabla 81).

Algo parecido ocurre con los hábitos sexuales (tabla 82). Los pacientes más policonsumidores mantienen relaciones con un mayor número de parejas sexuales.

El número de drogas consumidas se relacionó de forma directa con el número de tratamientos iniciados. A medida que el número de drogas fue mayor, mayor fue el número de tratamientos, ya fueran ambulatorios, hospitalarios, de mantenimiento con metadona, en comunidades terapéuticas o de otro tipo.

Por otra parte, cuando a los pacientes se les preguntó por la probabilidad que creen que tienen de contraer el SIDA (tabla 83), son los que consumieron un mayor número de drogas por vía parenteral en los últimos seis meses los que opinan en mayor proporción que tienen una elevada probabilidad de adquirir la enfermedad.

Con respecto a las medidas que los pacientes conocen en la ciudad para prevenir la enfermedad (tabla 84), el conocimiento de los folletos aumentó con el número de drogas consumidas y fue la respuesta más elegida en el grupo que consumían 5 o más drogas, a diferencia de los demás grupos, que optaron por los preservativos. El conocimiento del acceso a los preservativos disminuyó a medida que aumentó el número de drogas. Igual ocurrió con el acceso a jeringuillas.

5. Formas de utilización de los materiales de inyección durante los últimos seis meses

Diferentes variables relacionadas con la reutilización y desinfección del material se analizan en la tabla 85.

El uso del material no estéril se relacionó con una mayor frecuencia de infección por VIH (tabla 85). Este incremento fue de casi dos veces el riesgo de los que utilizan siempre material estéril, y fue significativo (IC 95%= 1.3-2.5).

El uso de material estéril se asoció con la situación laboral, como ya ha sido mencionado (tabla 40). Los parados, con un mayor riesgo de infección por VIH, usaron con menos frecuencia el material nuevo y desinfectado con respecto a los trabajadores.

El uso del material estéril se asoció estrechamente con la frecuencia de compartir (tabla 86). Los pacientes que menos compartían (con sus amigos, pareja, o desconocidos) eran los que con más frecuencia utilizaban material de inyección en condiciones de esterilidad. También estuvo relacionado, obviamente, con el destino del material tras su uso (tabla 87). Los que no utilizaban habitualmente el material estéril se lo daban más al compañero y lo reutilizaban más que los que sí lo usaban estéril. Por otra parte, de manera consistente con lo anterior, los que usaban material estéril eran los que más frecuentemente lo tiraban a la calle (un 54.8%, frente al 31.5% de los que no lo empleaban).

Los que de manera rutinaria usaban material en buenas condiciones fueron los que menos optaron por el acceso a jeringuillas como medida más conocida en su ciudad (tabla 88), probablemente porque ya estaban acostumbrados a abastecerse de ellas. Sin embargo, éstos fueron los que más eligieron la opción de "programas de tratamiento".

El nivel de conocimientos no se asoció de manera significativa con el uso de material estéril (datos no mostrados). Sin embargo, es interesante anotar que esta última variable sí se relacionó significativamente con la probabilidad que creen tener los entrevistados de adquirir el SIDA (tabla 89), que fue mayor en los que no usan material esterilizado.

No hubo incremento de la frecuencia de infección por VIH cuando se valoró el uso de jeringuillas usadas por otros sin lavar (tabla 85). Posiblemente la escasez de tamaño muestral sea la responsable de la falta de asociación encontrada. La misma razón podría argumentarse en la interpretación de los resultados para el uso de jeringuillas desinfectadas tras ser utilizadas por otros (tabla 85). Sin embargo, sí se observó un aumento de riesgo significativo en el grupo de pacientes que usaron jeringuillas lavadas sólo con agua, que fue casi de dos veces respecto a los que nunca utilizaban material procedente de otros consumidores de drogas.

Las variables anteriormente mencionadas se relacionaron con la frecuencia de compartir el material de inyección (tabla 90). Los que comparten el material fundamentalmente lo hacen lavando con agua el material y, en menor grado, sin lavar ni aplicar otros procedimientos.

La frecuencia de compartir, con respecto al riesgo que supone frente a la infección por VIH, es analizada también en la tabla 85. Se han diferenciado dos categorías: si ha sido antes utilizada por la pareja y/o amigos, y si ha sido usada previamente por desconocidos. En ambas situaciones se obtuvieron desigualdades relativas superiores a la unidad y significativas. El riesgo fue mayor cuando se utilizó el material tras su empleo por parte de desconocidos (OR= 2.2 frente a 1.5 en el caso de uso tras amigos y/o pareja sexual).

Compartir el material se asoció con bastantes variables. Ya han sido comentadas sus asociaciones con la edad (en relación inversa con la misma, ver tabla 36), con el nivel de estudios (ídem a la anterior, ver tabla 43), y con el número de drogas

consumidas por vía parenteral en los últimos seis meses (en relación directa, ver tabla 80). El hecho de que los que más comparten el material de inyección sean los usuarios más recientes (y más jóvenes normalmente) se refrenda también en la literatura internacional [Webb et al 1987, Dal Conte et al 1987, Conviser y Rutledge 1989].

La frecuencia de compartir, de forma lógica, mostró una relación clara con el destino del material tras su utilización (tabla 91). Los que comparten agujas y jeringuillas las dan mucho más al compañero y las arrojan menos a la calle.

Las variables relacionadas con la conducta sexual se asociaron con la frecuencia de compartir el material de inyección. La relación de esta última variable con el número de parejas sexuales en los últimos seis meses (tabla 92) mostró que la tendencia a compartir el material era mayor a medida que el número de parejas crecía. Con respecto al uso de preservativo (tabla 93) también hubo diferencias significativas. El porcentaje de individuos que compartían el material de inyección fue especialmente elevado entre los que no contestaron a la pregunta (42.7%), seguidos de los que optaron por la respuesta "no gusta" (34.2%).

Los pacientes que compartían el material de inyección creían tener más probabilidad de adquirir el SIDA que los que no lo hacían (tabla 94).

Entre las medidas conocidas por los pacientes para prevenir la enfermedad, la frecuencia de los que optaron por la respuesta "acceso a las jeringuillas" fue, lógicamente, algo superior entre los que sí compartían el material. Con el acceso a preservativos ocurrió lo contrario (tabla 95). En lo que se refiere a la opinión sobre las medidas más eficaces para prevenir el SIDA (tabla 96), la proporción de sujetos que eligió las respuestas "jeringuillas gratuitas" y "programas de tratamiento" fue algo mayor entre los que sí compartían el material.

Cuando se analizó el número de tratamientos iniciados por los pacientes (con anterioridad al que motivó su inclusión en el estudio), sólo se encontraron diferencias significativas con los tratamientos ambulatorios (tabla 97) y de mantenimiento con metadona (tabla 98). En ambos casos se comprobó que los sujetos que compartían el material de inyección eran los que más tratamientos habían iniciado.

El hecho que ha sido comentado al final del párrafo anterior encuentra su apoyo en la tabla 99, donde se analiza la relación entre compartir el material de inyección y la modificación de conducta en el consumo tras los distintos tratamientos. En la tabla citada se aprecia que los que compartían el material de inyección mostraron una mayor tendencia a reducir el número de inyecciones y a compartir menos el material.

3.2.2.3. Variables relacionadas con la conducta sexual

1. *Número de parejas sexuales en los últimos seis meses:*

El riesgo de infección por VIH en función del número de parejas sexuales en los últimos seis meses se presenta en la tabla 100. No existe relación directa entre ambas variables. Hay que destacar que los sujetos que habían tenido dos parejas

presentaron una OR casi dos veces mayor que los que habían mantenido relaciones con una sola (I.C.95%: 1.2-2.8). En las demás categorías consideradas el riesgo no fue significativo aunque fue superior a la unidad. En relación con esta variable y, en general, con todas las que intentan valorar la conducta sexual, hay que reseñar el alto número de participantes que no contestaron a estas preguntas (más del 50%, en algunos casos). Ello hace que estos resultados sean simplemente orientativos, pues es imprevisible la dirección del sesgo que pudiera producir este elevado número de pérdidas de información.

El número de parejas sexuales se relacionó con distintas variables, algunas de las cuales ya han sido comentadas. Recordemos aquí su asociación con el sexo (la mujer presentaba frecuencias superiores al varón en los valores extremos del número de parejas, tabla 31), con los años de antigüedad en el uso de la vía parenteral (relación directa y positiva: a más años de antigüedad, mayor número de parejas, tabla 62), con el número de drogas consumidas (ídem a la anterior, tabla 82), y con la frecuencia de compartir el material (a mayor número de parejas más se comparte, tabla 92). Todas ellas sugieren la existencia de grupos de alto riesgo, en los que se asocian una serie de conductas y hábitos que, presumiblemente, incrementan el riesgo de infección por VIH. Así, como también señalan otros autores [Coleman y Curtis, 1988], una pequeña parte de la muestra agrupa el mayor número de prácticas arriesgadas, con respecto a la infección por VIH (mayor número de drogas, más antigüedad en el uso, mayor número de contactos sexuales, mayor frecuencia de compartir el material de inyección). La asociación entre hábitos de consumo de drogas y relación sexual necesita una investigación adicional, pues no en vano es la puerta de difusión del virus a otro tipo de colectivos [Turner 1989].

La relación que se encontró entre el número de parejas sexuales durante los seis meses previos al tratamiento y otras variables indicativas de la conducta sexual era de esperar. Así, en las mujeres, se halló que las que no mantenían una relación estrictamente heterosexual eran más proclives a haber tenido contacto con un mayor número de parejas (tabla 101). Esto no fue significativo en el varón (datos no mostrados), quizá debido al escaso tamaño muestral (un alto porcentaje de varones no contestó esta pregunta).

El número de parejas sexuales también se asoció con la frecuencia de los distintos tipos de contacto sexual. Así, a medida que el número fue mayor, también lo fue la frecuencia de contactos ano-pene en varones (tabla 102) y en mujeres (tabla 103), de relaciones boca-pene en varones (tabla 104), y de vagina-pene en varones (tabla 105). De nuevo encontramos asociaciones de prácticas que comportan un mayor riesgo de infección. Por otra parte, esto debiera traducirse en una relación directa entre el número de parejas y la frecuencia de infección por VIH. Es posible que el elevado número de pérdidas ya comentado distorsione dicha asociación en nuestro estudio.

El número de parejas sexuales debe condicionar el uso de ciertas medidas preventivas y/o anticonceptivas. Así, se encontró una relación positiva, altamente significativa, entre el número de parejas y el uso del preservativo (tabla 106). También se apreció una asociación con el empleo de otros métodos anticonceptivos, aunque en este caso de sentido inverso (a mayor número de parejas, menor empleo de otros métodos).

Aunque el nivel de conocimientos específicos sobre la transmisión no se relacionó de manera significativa con el número de parejas sexuales, se observó una cierta tendencia a creer tener un mayor riesgo a medida que aumentaba este número, salvo para el último grupo (más de 5 parejas) (tabla 107).

Con respecto a las medidas más eficaces para prevenir el SIDA (tabla 108), se comprobó que, cualquiera que fuera el número de parejas, la medida considerada más eficaz fue la gratuidad de las jeringuillas.

El número de parejas sexuales se relacionó significativamente con la modificación de conducta sexual tras el conocimiento de los resultados serológicos frente al VIH (tabla 109). Es curioso que, entre los que contestaron la pregunta, fueron los grupos extremos (los de una pareja y los de más de 5) los que más disminuyeron el número de relaciones (un 16%). Pero los que más las disminuyeron fueron los que no contestaron a la pregunta (casi un 30%). Es posible que las pérdidas en esta pregunta tuvieran un mayor índice de seropositividad frente al VIH. De haberse recuperado, quizá hubieran mostrado la relación positiva entre el riesgo de infección y el número de parejas.

2. Relaciones sexuales en los varones

a) Todo tipo de relaciones

En primer lugar se estudió el sexo de la pareja en los varones (tabla 110). No se apreció un mayor riesgo entre los homo y bisexuales, con respecto a los heterosexuales. Ello puede deberse al escaso tamaño muestral del primer grupo (más de un 50% de pérdidas). También pudiera ser que el riesgo se debiera exclusivamente a su hábito de consumo de drogas. No obstante, ya se han comentado anteriormente las estrechas relaciones existentes entre los hábitos sexuales y el uso de drogas. Allen y Curran [1988] discuten la escasa relevancia que pudiera tener la transmisión a través del uso de drogas por vía parenteral en San Francisco, porque la relación de heterosexuales/homosexuales entre los consumidores es de 0.3:1. Stall y Ostrow [1989] afirman que las prácticas sexuales de riesgo son realizadas con más frecuencia cuando los sujetos están bajo los efectos de la droga. En nuestro caso, las prácticas sexuales se asocian con una mayor frecuencia de compartir el material (que sería la variable responsable del aumento del riesgo de infección).

Cuando se analizó el tipo concreto de actividad sexual (tabla 110), no hubo diferencias apreciables en el riesgo de infección por VIH según la frecuencia de relaciones boca-pene, boca-ano y boca-vagina. Sí las hubo en cambio en las relaciones vagina-pene y ano-pene. En el primer caso, los que las practicaron tuvieron un riesgo sensiblemente menor que los que no lo hicieron. Lo contrario sucedió con las relaciones ano-pene y de manera significativa: cuanto más frecuentes fueron este tipo de relaciones, mayor fue el riesgo de infección por VIH. Esto es consistente con la literatura existente al respecto: las prácticas de tipo ano-genital son las que implican un mayor riesgo de infección por VIH [Kingsley et al 1987, Moss et al 1987, Winkelstein et al 1987].

Ya se comentó la relación entre el número de parejas y la frecuencia de cierto

tipo de actividad sexual, como las relaciones ano-pene, en varones y mujeres, y boca-pene y vagina-pene sólo en varones (tablas 102-105).

El uso de preservativos se asoció claramente con el sexo de la pareja en varones (tabla 111). Se observó que, en los heterosexuales, la frecuencia de uso del preservativo fue sensiblemente superior a la de los homo y/o bisexuales (18% frente a 3.7%, respectivamente). Con la opción "no gusta" ocurrió lo contrario.

Las relaciones boca-pene (tabla 112) y vagina-pene en varones (113) se relacionan con el uso de métodos anticonceptivos. A medida que aumentaba la frecuencia de ambos tipos de relaciones, se emplearon más otros métodos contraceptivos aparte de los preservativos, disminuyendo la proporción de los que usaron siempre el preservativo.

Algo similar a lo anterior ocurrió con las relaciones ano-pene en varones (tabla 114). La proporción de sujetos que usaban siempre el preservativo fue mayor a medida que la actividad ano-pene era menos frecuente y a la inversa para la opción "no gusta".

En el caso de la relación boca-vagina y el uso de preservativos (tabla 115), los que nunca mantuvieron actividades de ese tipo utilizaron con más frecuencia el preservativo por norma y optaron en un menor porcentaje por el ítem "no gusta".

b) Relaciones sexuales durante la menstruación

Las relaciones sexuales durante la menstruación no aumentaron significativamente la frecuencia de infección por VIH (tabla 116). No obstante, es interesante constatar que cuando el coito vagina-pene siempre fue efectuado durante la menstruación se observó un incremento de riesgo de infección de casi de 2, aunque no fue significativo. Se ha sugerido que la frecuencia de aislamientos del VIH en las secreciones de la mujer durante la menstruación es mayor [Vogt et al 1987], por lo que no sería de extrañar ese aumento de riesgo.

Por la posible relevancia del dato anterior se estudió el uso del preservativo con relación a la anterior práctica sexual (tabla 117). Se obtuvo una asociación directa muy significativa. Así, a medida que aumentó la frecuencia del coito vagina-pene durante la menstruación, la opción "no gusta" fue ganando adeptos.

3. Relaciones sexuales en las mujeres

a) Todo tipo de relaciones

Estos resultados se encuentran sintetizados en la tabla 118. Cuando se valoró el sexo de la pareja, se encontró que las mujeres bi y/u homosexuales presentaron un riesgo de infección por VIH considerablemente mayor que las heterosexuales, aunque no fue significativo. La escasez de muestra impide hacer una valoración más profunda sobre este resultado, en principio sorprendente, pues la homosexualidad en la mujer no se asocia con un aumento del riesgo.

Las relaciones boca-pene, boca-ano, boca-vagina, y vagina-pene no mostraron una asociación con la infección por VIH. En cambio, sí se constató un aumento

del riesgo, casi significativo, en las relaciones ano-pene: las mujeres que las practicaron tuvieron casi el doble de riesgo que las que nunca las habían realizado.

Es interesante recordar la mayor frecuencia en las relaciones ano-pene con el aumento en el número de parejas sexuales (tabla 103). Esta asociación podría justificar el aumento del riesgo en las relaciones ano-pene; sin embargo, no se ha observado un incremento del riesgo en las mujeres que tuvieron relaciones sexuales por motivos económicos (datos no mostrados). Por otra parte, como se ha señalado en la literatura, el epitelio rectal no tiene la protección del vaginal, lo que facilita la transmisión por esta vía y explica también el mayor riesgo observado en las relaciones ano-pene.

b) Relaciones sexuales durante la menstruación

Los resultados con respecto a esta variable se encuentran resumidos en la tabla 119. Se halló una asociación positiva entre la práctica de la relación boca-vagina y el riesgo de VIH, aunque no significativa. Este aumento de riesgo contrasta con la ausencia del mismo observada en varones, aunque en éstos la práctica boca-vagina implica un contacto heterosexual, mientras que en la mujer no es así (recordemos que se ha encontrado un aumento de riesgo en la mujer no heterosexual estricta).

4. Enfermedades de transmisión sexual

Veintiséis sujetos, de los que se conocía su estado serológico frente a VIH, no contestaron a esta pregunta. De los 321 positivos a VIH, 44 afirmaron haber padecido en los últimos seis meses alguna enfermedad de transmisión sexual; mientras que de los 461 negativos, sólo 39 confesaron haber sufrido alguna. Esto arroja una OR de 1.7 (IC 95% = 1.1-2.8). La infección por VIH es considerada también una enfermedad de transmisión sexual, por ello no es de extrañar que se asocie con otras enfermedades que se adquieren por la misma vía.

5. Uso del preservativo

Las diferentes preguntas dirigidas a evaluar al uso del preservativo han sido agrupadas, en lo referente a la infección por VIH, en la tabla 120. La frecuencia de infección es superior en los usuarios del preservativo, en relación a las demás medidas. Este resultado, inicialmente sorprendente, (el preservativo está considerado como una medida protectora en la transmisión de la infección [Potts y Short 1989]), es explicable por varias razones. Primero, porque se trata de un estudio de prevalencia (una sola valoración en el tiempo). Segundo, porque el uso del preservativo se asocia a numerosas variables que implican conocimientos específicos sobre la transmisión del VIH, y ya se ha visto que son los sujetos con mayor nivel de conocimientos los que presentan, en numerosas ocasiones, una mayor prevalencia de infección. Probablemente, el inicio en el uso del preservativo es, en muchos casos, posterior al conocimiento de la positividad frente al VIH. De hecho, cuando

se les preguntó por las razones de su uso, se observó que el miedo al contagio se asociaba estrechamente con la frecuencia de VIH+.

El uso del preservativo se ha relacionado, como ya ha sido comentado, con el sexo (tabla 32), con los años de antigüedad en el uso de la vía intravenosa (una relación en "U", con aumento de uso en los grupos extremos tabla 59), con la frecuencia de consumo de heroína en los últimos seis meses (mayor porcentaje de respuestas "no gusta" al aumentar la intensidad de consumo, tabla 67), y con la frecuencia de compartir el material de inyección (aumentando la frecuencia de "no me gusta", tabla 93).

Aparte de las relaciones anteriores, el uso del preservativo también mostró una asociación con el destino del material (tabla 121). La frecuencia de dar al compañero fue mayor en el grupo de sujetos a los que no les gustaba el preservativo, mientras que los que lo usaron siempre reutilizaron más el material de inyección.

Dentro del grupo de variables relacionadas con la conducta sexual, el uso del preservativo fue claramente superior en las mujeres que mantuvieron relaciones sexuales por motivos económicos, que además fue el grupo donde se observó la menor proporción de respuestas "no gusta" (13.8%, tabla 122). El uso del preservativo se asoció también con otras variables sexuales. Así, con respecto al número de parejas en los últimos meses, se observó una tendencia al aumento del uso con el incremento en el número de parejas (tabla 107). Con respecto a las siguientes variables, la frecuencia de la opción "no gusta", aumentó a medida que lo hizo la frecuencia de la actividad: relaciones boca-pene en varones (tabla 112), vagina-pene en varones (tabla 113), ano-pene en varones (tabla 114), boca-vagina en varones (tabla 115) y vagina-pene durante la menstruación en las mujeres (tabla 117).

Con respecto al nivel de conocimientos específicos sobre la transmisión del VIH (tabla 123), a medida que éste aumentaba se observó una tendencia a la disminución en la frecuencia de respuestas "no gusta el preservativo" y a un aumento en su uso habitual. Esto puede asociarse con la capacidad de los pacientes para modificar su actividad sexual tras conocer los resultados de la prueba frente al VIH. La mayoría de los participantes no modificaron sus prácticas, pero, proporcionalmente, la modificación fue mucho menor dentro del grupo que eligió la opción "no me gusta", con respecto a los que lo usaban siempre (tabla 124).

3.2.2.4. Conocimientos sobre la transmisión del VIH

Para valorar los conocimientos específicos sobre la transmisión del VIH se aplicaron, dentro del cuestionario, trece preguntas objetivas. Este nivel de conocimientos se relacionó con la infección por VIH (tabla 125). Como se observa en la mencionada tabla, los pacientes seropositivos contestaron las preguntas correctamente con mayor frecuencia que los seronegativos. También se aprecia un hecho ya comentado con anterioridad: el bajo número de preguntas incorrectas, a excepción de la pregunta sobre los tatuajes y las dos preguntas que hacían referencia a si los VIH positivos parecían enfermos.

El nivel de conocimientos se calculó sumando las puntuaciones correctas que cada sujeto había contestado a las trece preguntas. Este nivel de conocimientos también se relacionó, y estrechamente, con la probabilidad de estar infectado (tabla 126). Los resultados de esta tabla son muy sugerentes: a medida que aumenta la puntuación alcanzada por los sujetos en el cuestionario (mayor nivel de conocimientos), mayor es el riesgo de estar infectado por VIH ($\chi^2_{MH} = 8.73$, $p < 0.01$). Este resultado debe ser interpretado bajo la óptica del tipo de diseño empleado, un estudio de prevalencia, en el que no queda delimitada la relación temporal entre la exposición (el nivel de conocimientos) y el efecto (la infección por VIH) [Gálvez et al 1988]. La hipótesis más probable es que, a partir de saberse seropositivo, el sujeto toma conciencia del problema y se preocupa de informarse sobre los mecanismos de transmisión de la enfermedad. Ello hace que aparezca el efecto encontrado: los pacientes seropositivos tienen un mayor nivel de conocimientos que los seronegativos. En realidad, la exposición es el nivel de conocimientos, y la causa la infección por VIH.

Cuando se estudia la relación entre el nivel de conocimientos con otras variables, la hipótesis anterior queda plenamente confirmada. Así, la edad (tabla 38), el nivel de estudios (tabla 44) y los años de antigüedad en el uso de la vía parenteral (tabla 55), variables todas ellas asociadas directamente con la infección, se relacionaron con el nivel de conocimientos de manera positiva. De igual forma sucedió con la frecuencia del uso parenteral de la heroína en los últimos seis meses (tabla 68). El uso continuado del preservativo, que se relacionaba de forma positiva con la prevalencia de VIH, fue mayor a medida que el nivel de conocimientos aumentaba (tabla 123). A nivel de la población general, sin embargo, Hingson et al [1990], a través de una cohorte de unos 800 adolescentes, observaron que el hecho de tener un mayor nivel de conocimientos sobre la transmisión del VIH no influía en la voluntad de uso del preservativo. Chmiel et al [1987], estudiando datos del Estudio de Cohorte Multicéntrico del SIDA norteamericano, encontraron datos similares a los presentes en materia de modificación de conducta sexual: los que más modificaron la conducta fueron los que mejor puntuaron en la escala de conocimientos sobre la transmisión del VIH.

Por otra parte, como era presumible, el nivel de conocimientos se asoció estrechamente con la opinión que tenían los pacientes sobre los mismos (tabla 127). Esto coincide con lo encontrado por otros autores [Coleman et al 1988], e indica que la percepción que los pacientes tienen sobre sus propios conocimientos se ajusta bastante bien a la realidad objetiva de éstos.

Es interesante la relación que mantiene el nivel de conocimientos con la percepción de los sujetos sobre los lugares que más han contribuido a cimentarlos (tabla 128). Cuanto más alta fue la puntuación, mayor importancia relativa se concedió al sistema sanitario y a los programas de tratamiento de la dependencia. Lo contrario sucede con los medios de comunicación de masas y con los amigos y/o pareja: tienen una mayor consideración cuando el nivel de conocimientos es más bajo. Esto realza la utilidad del sistema sanitario en la educación de este colectivo de usuarios.

Las medidas conocidas por los pacientes para prevenir el SIDA también se relacionaron con el nivel de conocimientos (tabla 129). El acceso a preservativos,

la medida más conocida para cualquier nivel de conocimientos, fue aun más frecuentemente elegida en los grupos de mejores puntuaciones.

Con respecto a las medidas de convivencia para disminuir el riesgo de infección por el VIH, se observó, como era previsible, que el porcentaje de pacientes que no tomaron ninguna de ellas disminuyó a medida que aumentó el nivel de conocimientos (tabla 130).

El nivel de conocimientos, en resumen, indica que los pacientes están bien informados con respecto al riesgo de infección por VIH que suponen sus prácticas, tanto más si son portadores. Además, el nivel de conocimientos se relaciona, en general, con todas las variables que implican modificación en los hábitos de conducta. Esto respalda la utilidad del modelo KAP (*knowledge-attitudes-practices*) en la educación sanitaria de este tipo de pacientes.

3.2.2.5. Opiniones de los participantes sobre las medidas de intervención y sobre las razones de la frecuencia del contagio

1. *Medidas de prevención que conocen en su ciudad*

Cuando se estudió ésta variable con respecto a la frecuencia de infección por VIH (tabla 131), la única asociación relevante, en el límite de la significación estadística, apareció entre los que conocían, como segunda opción, el reparto gratuito de jeringuillas: la frecuencia de infección por VIH en ellos fue inferior con respecto al grupo de referencia (los que no contestaron la pregunta). Dado que el tamaño muestral de los que conocían el reparto de jeringuillas fue muy pequeño, el resultado es escasamente valorable.

Las medidas conocidas en la ciudad se relacionaron con varios factores, ya comentados anteriormente, que se resumen a continuación. Los grupos extremos de consumo de heroína por vía parenteral en los últimos seis meses (los que más y menos consumían), fueron los que optaron por el preservativo con mayor frecuencia (tabla 72). A mayor número de drogas consumidas en el último medio año, menos conocido era el acceso a los preservativos y a jeringuillas y más a los folletos divulgativos (tabla 84). El uso de material nuevo y/o desinfectado (tabla 88) también se asoció con las medidas conocidas: a medida que se usaba más material estéril, menos conocido era el acceso a jeringuillas, posiblemente porque ya estaban habituados a abastecerse de material. Lo contrario sucedió con la frecuencia de compartir el material (tabla 95): aumentó el conocimiento de acceso a jeringuillas. Por último, mencionar la relación entre el nivel de conocimientos específicos y las medidas conocidas en la ciudad: los más informados en materia de transmisión de SIDA fueron los que proporcionalmente más conocían el acceso a preservativos y a folletos de divulgación (tabla 129).

2. *Medidas consideradas más eficaces en la prevención del SIDA*

Al igual que con la variable anterior, no hubo diferencias significativas entre las distintas medidas elegidas y la infección por VIH, tanto en la primera opción de la pregunta como en la segunda (tabla 131).

Esta variable se asoció con algunas otras, que ya han sido comentadas con anterioridad. Así, a más años de antigüedad en la vía parenteral, más optaron los participantes por los folletos de divulgación (tabla 60). Por otra parte, la creencia en la eficacia de los programas de tratamiento y en las jeringuillas gratuitas, fue mayor en los que compartían el material de inyección (tabla 96).

3. Opinión de los pacientes sobre la razón de la frecuencia del contagio

La relación de esta variable con el estado serológico de los pacientes se encuentra sintetizada en la tabla 132. No hubo diferencias entre las alternativas de respuesta en la primera opción de la pregunta. Sí, en cambio, existieron en la segunda: el desconocimiento de medidas de prevención se asoció significativamente con una mayor frecuencia de resultados positivos frente al VIH, tomando como grupo de referencia a la respuesta "no interesa" (OR: 2.1; I.C.95%: 1.1-3.9).

A medida que aumentó la frecuencia de consumo de heroína parenteral en el último medio año, el porcentaje de respuestas "no interesa" también se incrementó (tabla 72).

3.2.2.6. Medidas de prevención en la convivencia diaria

La relación entre las medidas cotidianas aplicadas por los pacientes en la convivencia diaria y el estado serológico con respecto al VIH, se encuentra resumida en la tabla 133. Se tomó como grupo de referencia a los pacientes que no aplicaron ninguna medida: la frecuencia de este grupo fue menor que los que sí emplearon alguna. Se encontró una asociación positiva entre la frecuencia de serologías positivas y la adopción de medidas de prevención, tales como el no compartir las cuchillas de afeitar (OR: 2.8; I.C.95%: 1.6-4.7), el no compartir el cepillo de dientes (OR: 2.0; I.C.95%: 1.1-3.7) y el no compartir vajilla (OR: 5.1; I.C.95%: 1.4-25.2), aunque tan solo 10 sujetos habían adoptado esta última precaución, innecesaria a la luz de los conocimientos actuales sobre la transmisión. Estos datos apoyan la idea de que los sujetos infectados toman una especial conciencia del problema, se informan más y adoptan mayores medidas de prevención que los no infectados. Ya se comentó con anterioridad que los VIH+ tienen un mayor nivel de formación, que repercute positivamente en la adopción de medidas diarias de prevención (tabla 130).

3.2.2.7. Modificación de conductas

1. Modificación de conducta tras el tratamiento

Los resultados de esta variable en relación con el estado serológico frente al VIH se exponen en la tabla 134. De manera consistente a lo que se ha mencionado anteriormente, los VIH+ modificaron más su conducta, y de forma significativa, que los VIH negativos: adoptaron 2.5 veces más medidas en convivencia, utilizaron

el preservativo en sus relaciones sexuales 5.8 veces más, y se inyectaron 2.2 veces más con jeringuillas estériles. Todo ello constata una vez más el nivel de responsabilidad que los usuarios de drogas infectados por el VIH pueden desarrollar. Estos datos contrastan con los ofrecidos por otros autores. Brown y Beschner [1989] afirman que en los centros de tratamiento no se ofrece muchas veces la serología frente al VIH porque ello no tendría la menor influencia sobre la modificación de hábitos.

La modificación de conductas tras el tratamiento se asoció con la frecuencia de uso de heroína por vía parenteral (tabla 73). Se apreció que, a medida que ésta aumentó, el uso de jeringuillas estériles fue mayor. Aparte de esta variable, la modificación de conducta se asoció con la situación laboral de los participantes (tabla 135), siendo los trabajadores y los estudiantes los que más modificaron sus hábitos, y con el número de tratamientos iniciados por los participantes (tabla 136). A medida que el número de tratamientos fue mayor, mayor fue la tendencia a la modificación en general, y al uso de jeringuillas en buen estado, así como a la aplicación de medidas de prevención con los convivientes, en particular. Esto subraya la importancia de los tratamientos en la modificación de los hábitos de los pacientes.

2. *Modificación del consumo de drogas tras el conocimiento de la serología frente a VIH*

En primer lugar se estudió la modificación global de la frecuencia de consumo (tabla 137). Se observa que los sujetos VIH+ modificaron su conducta, en los dos sentidos (aumento o disminución en el consumo), más que los VIH-. Así, la frecuencia de modificación hacia el aumento entre los VIH+ fue casi cuatro veces mayor que entre los VIH- (I.C. 95%: 1.8-7.6). Los sujetos que aumentaron el consumo constituyeron un bajo porcentaje (menos de un 20%), de entre los que modificaron la frecuencia del mismo. Posiblemente la noticia de ser seropositivo produzca en algunos pacientes desesperación, y ello les incite a un mayor consumo. La disminución en el consumo fue lo más frecuente, dentro de los que lo modificaron, tanto entre los VIH+ como entre los VIH-, aunque también ligeramente superior entre los primeros (OR: 1.6; I.C. 95%:1.1-2.4).

No todos los autores han encontrado una modificación de conducta tras el conocimiento de los resultados de la serología frente a VIH. Así, Pascual et al [1989], en su estudio sobre cambio de hábitos en 102 pacientes tras conocer la serología, no encuentran la menor variación en la conducta entre seropositivos y seronegativos.

Con respecto a la modificación de la forma o vías de consumo (tabla 137), se observó que la disminución de casi todas las prácticas de riesgo en el consumo de drogas (dejar o disminuir la frecuencia de la vía parenteral, dejar o disminuir la frecuencia de compartir y usar material desinfectado), fue mayor dentro del grupo de sujetos VIH+, con respecto a los VIH-. El único hábito que presentó una OR inferior a la unidad fue el empleo de material estéril como primera opción. Además, salvo para la opción "dejar el consumo parenteral", todos los resultados fueron estadísticamente significativos. Todo esto aboga por la hipótesis, ya comentada, de que los seropositivos se responsabilizan más, se informan más, y disminuyen

sus prácticas de riesgo, aunque en buena parte de los casos no puedan disminuir la intensidad de consumo. Esta disminución de prácticas de riesgo tiene un efecto favorable sobre la probable evolución de la infección por VIH: 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 SIDA [Friedman et al 1989], cifrado en unos 10 años [Moss et al 1989]. Por otra parte, y aún más importante, disminuirá el riesgo de transmisión a personas sanas, a partir de este colectivo.

3. *Modificación de prácticas sexuales tras conocimiento de los resultados de la serología frente a VIH.*

La relación de esta variable con el estado serológico fue igualmente concluyente (tabla 138). Los VIH positivos mostraron una mayor tendencia general a modificar sus hábitos, con respecto a los VIH negativos, aunque la no modificación es más frecuente. Así, los VIH positivos disminuyeron el número de parejas (OR:3.5), practicaron menos actos sexuales (OR:4.2), usaron con frecuencia preservativos (OR:2.3), y usaron siempre preservativos (OR:11.8), con mayor frecuencia que los VIH negativos. Estos valores fueron discretamente inferiores en la segunda opción de la pregunta que les planteó a los pacientes. Pascual et al [1989], sin embargo, tampoco encontraron modificaciones en las practicas sexuales entre los portadores y los no portadores de VIH.

Recordemos aquí que los que más modificaron sus prácticas sexuales fueron los que más y los que menos parejas habían tenido en los últimos seis meses (tabla 109). La situación laboral también se asoció con la modificación del hábito sexual tras la serología frente a VIH (tabla 139). En esta ocasión, los trabajadores fueron los que menos tendencia mostraron a cambiar sus hábitos.

4. *Modificación del estado anímico tras el conocimiento de los resultados de la serología frente a VIH (tabla 140).*

Los pacientes VIH positivos refirieron una mayor tendencia a la depresión (de 47.6 a 179.4 veces más), a la ansiedad (de 18.6 a 116.6 veces más), a tener mayores cuidados con su salud (de 2.9 a 9.1 veces más), a buscar con más frecuencia tratamiento médico (de 3.6 a 6.3 veces más), tratamiento frente a la dependencia (de 3.4 a 6.8 veces más), y una menor tendencia a estar libre de preocupaciones (de 0.4) y a estar más equilibrado (de 0.0 a 0.9). Todas estas relaciones fueron claramente significativas. La alteración afectiva que produce el saber que se es positivo pudo motivar el que algunos sujetos aumentaran su consumo de drogas, como antes se sugirió.

3.2.2.8. Tratamientos de la dependencia

Con respecto a este grupo de variables, la única diferencia entre VIH positivos y VIH negativos fue que los primeros optaron más frecuentemente,

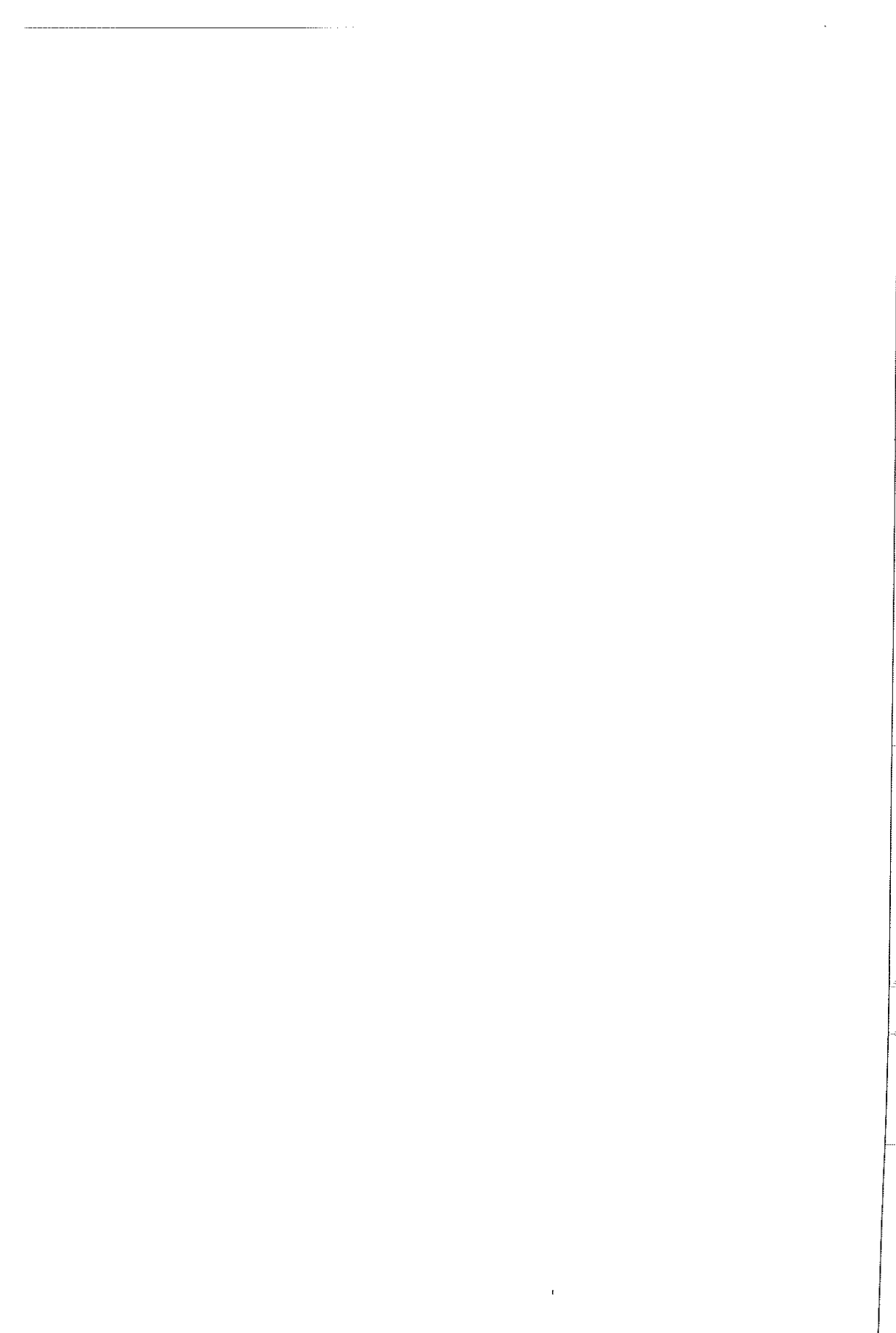
cuando expusieron sus razones de inicio de tratamiento, por los motivos de salud (tabla 141).

La mayor antigüedad en el hábito, unido al mayor nivel de responsabilidad y concienciación que presentan los portadores de VIH, ya comentado anteriormente, hace que éstos hayan iniciado un mayor número de tratamientos que los no portadores (tabla 142). La excepción a ello fue el número de programas libres con apoyo psicoterapéutico, similar entre ambos grupos. Aunque los valores de OR que se obtienen no sean significativos, si es interesante anotar que en varias ocasiones (tratamientos hospitalarios, tratamientos con metadona, tratamientos en comunidades terapéuticas y otros tratamientos) se observó una relación creciente: a mayor número de tratamientos iniciados, mayor es la proporción de portadores. Esto es concordante con la información proporcionada por otros autores. López-Abente et al [1988] encuentran datos similares referidos tan sólo a tratamientos hospitalarios iniciados: los VIH+ iniciaron dos veces más tratamientos que los VIH-. De manera similar, Power et al [1988] y Brettle [1987], observaron que, entre los consumidores de drogas por vía parenteral, los portadores de VIH contactaron con más frecuencia con centros de tratamiento y agencias oficiales de la administración sanitaria.

4. Conclusiones



1. La prevalencia de VIH en la población española de usuarios de drogas en tratamiento ambulatorio en 1989 fue del 41%, sin apreciarse diferencias por sexo.
2. La antigüedad en el uso de la vía intravenosa mantiene una relación directa con el riesgo de infección por VIH y condiciona gran parte de las asociaciones con otros factores: edad de inicio al consumo, edad de los pacientes, número de tratamientos, nivel de información.
3. Otros factores en relación con el consumo de drogas por vía parenteral que se asociaron a un mayor riesgo de infección por VIH fueron: el compartir el material de inyección e, íntimamente unido a lo anterior, la utilización de material no estéril. A su vez, dichos factores se interrelacionan entre sí, y con la antigüedad en el uso de la vía parenteral.
4. Encontramos colectivos en los que se asocian las prácticas de más alto riesgo; el grupo de usuarios de drogas "parados" sería uno de ellos. Estos colectivos son, por tanto, los destinatarios prioritarios de intervenciones sanitarias.
5. Las relaciones sexuales, cuyo papel es secundario en el colectivo estudiado, han mostrado una escasa asociación con la infección por VIH, siendo la relación ano-pene la única que ha podido ser claramente identificada como factor de riesgo.
6. El tratamiento influye positivamente en la modificación de la conducta de los usuarios, tanto a nivel de los hábitos de consumo de drogas (en menor proporción sobre aquéllos que presentaron una mayor intensidad en el consumo) como a nivel de las relaciones sexuales (aumentando fundamentalmente el uso del preservativo).
7. El conocimiento de los resultados de la serología frente a VIH influye en gran medida en la conducta de los usuarios de drogas, siendo los portadores de VIH los que claramente muestran una tendencia a modificar sus hábitos hacia normas de conducta más positivas y que comportan un menor riesgo de infección, tanto en relación con la formas de consumo de las drogas como en las prácticas sexuales que mantienen los pacientes. Probablemente, los consumidores de drogas se informan de las prácticas de riesgo a posteriori, una vez que se saben seropositivos.
8. La información sobre el estado serológico frente a VIH, no conlleva necesariamente una disminución en la intensidad del consumo, aunque sí tienden a modificar positivamente las prácticas de consumo y los hábitos sexuales.



5. Bibliografía



- ALLENJR, CURRAN JW. Prevention of AIDS and HIV infection: needs and priorities for epidemiologic research. *Am J Public Health* 1988; 78: 381-386.
- BECKER MH, JOSEPH JG. AIDS and behavioral change to reduce risk: a review. *Am J Public Health* 1988; 78: 394-410.
- BLACK D. Recent developments in the UK regarding AIDS and HIV infection among drug misusers. European Symposium on AIDS and drug abuse. Estocolmo, 1989.
- BRETTLE RP. Drug abuse and human immunodeficiency virus infection in Scotland. *J Royal Soc Med* 1987; 80: 274-278.
- BROWN BS, BESCHNER GM. AIDS and HIV infection—Implications for drug abuse treatment. *J Drug Issues* 1989; 19: 141-162.
- CHAISSON RE, MOSS AR, ONISHI R, OSMOND D, CARLSON JR. Human immunodeficiency virus infection in heterosexual intravenous drug users in San Francisco. *Am J Public Health* 1987; 77: 165-172.
- CHAISSON RE, OSMOND D, MOSS AR, BIERNACKI P, FELDMAN HW. HIV, bleach, and needle sharing. *Lancet* 1988; 2: 1430.
- CHMIELJS, DETELSR, KASLOWRA. Factors associated with prevalent human immunodeficiency virus (HIV) infection in the Multicenter AIDS Cohort Study. *Am J Epidemiol* 1987; 126: 568-577.
- COHEN JB, HAUER LB, WOFSY CB. Women and IV drugs: parenteral and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus. *J Drug Issues* 1989; 19: 39-56.
- COLEMAN RM, CURTIS D. Distribution of risk behaviour for HIV infection amongst intravenous drug users. *Br J Addict* 1988; 83: 1331-1334.
- COLEMAN RM, CURTIS D, FEINMANN C. Perception of risk of HIV infection by injecting drug users and effects on medical clinic attendance. *Br J Addict* 1988; 83: 1325-1329.
- CONVISED R, RUTLEDGE JH. Can public policies limit the spread of HIV among IV drug users. *J Drug Issues* 1989; 19: 113-128.
- COUTINHO RA, VAN GRIENSVEN GJP, MOSS A. Effects of preventive efforts among homosexual men. *AIDS* 1989; 3(Suppl 1): S53-S56.
- COVELL RG. The management of HIV positive drug users. European Symposium on AIDS and drug abuse. Estocolmo, 1989.
- DAL CONTE I, LUCCHINI A, COLOMBO S, GIULIANI D, NIGRA E, DIECIDUE R. HIV infection in drug addicts: A epidemiological study in Turin, North Italy. Poster Session at III International Conference on AIDS, Washington D.C., 1987.
- DESJARLAIS DC, FRIEDMAN SR, HOPKINS W. Risk reduction for the acquired immunodeficiency syndrome among intravenous drug users. *Ann Intern Med* 1985; 103: 755-759.
- EDGOOSE L, BAILLIE J. AIDS and intravenous drug abuse: risk behaviour. *Med J Aust* 1987; 146: 279-280.
- EMMONS CA, JOSEPH JG, KESSLER RC. Psychosocial predictors of reported behavior changes in homosexual men at risk for AIDS. *Health Educ Q*, 1986; 13: 331-345.
- FAHRNER EV. Preventing HIV transmission: contacting drug users. European Symposium on AIDS and drug abuse. Estocolmo, 1989.
- FERNANDEZ SIERRA MA, GOMEZ OLMEDO M, DELGADO RODRIGUEZ M, GALVEZ VARGAS R. Infección por VIH en la población española. II. Meta-análisis de tendencias temporales y geográficas. *Med Clin (Barc)* 1990; 95:366-371.

- FRIEDMAN SR, DES JARLAIS DC, SOTHERAN JL. AIDS health education for intravenous drug users. *Health Educ Q* 1986; 13: 383-393.
- FRIEDMAN SR, DES JARLAIS DC, GOLDSMITH DS. An overview of AIDS prevention efforts aimed at intravenous drug users circa 1987. *J Drug Issues* 1989; 19: 93-112.
- FRONER G, RUTHERFORD G, ROKEACH M. Injection of Sodium hypochlorite by intravenous drug users. *J Am Med* 1987; 3: 325.
- GALVEZ VARGAS R, DELGADO RODRIGUEZ M, BUENO CAVANILLAS A. Epidemiología descriptiva. En: G. Piédrola Gil et al (eds.) "Medicina Preventiva y Salud Pública", 8ª ed., Barcelona: Salvat, 1988, p. 95-104.
- GHODSE AH, TREGENZA G, LI M. Effect of fear of AIDS on sharing of injection equipment among drug abusers. *Br Med J* 1987; 295: 698-699.
- GINZBURG HM, FRENCH J, JACKSON J, HARTSOCK PI, MACDONALD MG, WEISS SH. Health education and knowledge assessment of HTLV III diseases among intravenous drug users. *Health Educ Q* 1986; 13: 373-382.
- GOMEZ OLMEDO M, FERNANDEZ SIERRA MA, DELGADO RODRIGUEZ M, GALVEZ VARGAS R. Infección por VIH en la población española. I. Meta-análisis cualitativo. *Med Clí (Barc)* 1990; 95:286-291.
- HAHN RA, ONORATO IM, JONES TS, DOUGHERTY J. Prevalence of HIV infection among intravenous drug users in the United States. *JAMA* 1989; 260: 2677-2684.
- HINGSON R, STRUNIN L, BERLIN B. Acquired immunodeficiency syndrome transmission: change in knowledge and behaviors among teenagers, Massachusetts Statewide Surveys, 1986 to 1988. *Pediatrics* 1990; 85: 24-29.
- JACOB C. Séropositivité et SIDA déclaré, analyse à partir d'une institution de soins pour toxicomanes. *Rétrovirus* 1989; TII: 40-44.
- KEGELES SM, ADLER NE, IRWIN CE JR. Sexually active adolescents and condoms: changes over one year in knowledge, attitudes and use. *Am J Public Health* 1988; 78: 460-461.
- KINGSLEY LA, DETELS R, KASLOW R. Risk factors for seroconversion to human immunodeficiency virus among male homosexuals. *Lancet* 1987; 1: 345-349.
- KLEIBER D, HECKMANN W, ANDRIOLE A. Recherche et prévention analyse à partir d'une échantillon stratifié. *Rétrovirus* 1989; TII: 74-77.
- KLEINBAUM DG, KUPPER LL, MORGENSTERN H. Epidemiologic Research. Belmont (CA): Lifetime Learning Publications, 1982.
- LANGE WR, SNYDER FR, LOZOVSKY D, KAISTHA V, KACZANIUK MA, JAFFE JH, AND THE ARC EPIDEMIOLOGY COLLABORATING GROUP. Geographic distribution of human immunodeficiency virus markers in parenteral drug abusers. *Am J Public Health* 1988; 78: 443-446.
- LEWIS BF, GALEA RP. A survey of perceptions of drug abusers concerning de acquired immunodeficiency syndrome *Health Matrix* 1986; 4: 14-16.
- LOPEZ-ABENTE ORTEGA G, MONGE JODRA V, RUBIO VALLADOLID G, PASCUAL ARRIAZU J. Factores de riesgo en la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana en adictos a las drogas por vía parenteral. *Med Clí (Barc)* 1988; 90: 769-771.
- MACKINTOSH D, MUNDEY L, FISHER G, MORGAN E. Condom usage by intravenous drug users. *Am J Public Health* 1986; 76: 1460.
- MARKS J, PARRY A. Syringe exchange program for drug addicts. *Lancet* 1987; 1: 691-692.
- MARMOUR M, DES JARLAIS DC, COHEN H, FRIEDMAN SR, BEATRICE ST, DUBIN N, EL-SADR W, MIDVAN D, YANCOVITZ S, MATHUR U, HOLZMAN R. Risk factors for infection with human immunodeficiency virus among intravenous drug abusers in New York City. *AIDS* 1987; 1: 39-44.
- MCCUSKER J, STODDARD AM, MAYER KH, ZAPKA J, MORRISON C, SALTZMAN SP. Effects of HIV antibody test knowledge on subsequent sexual behaviors in a cohort of homosexually active men. *Am J Public Health* 1988; 78: 462-467.

- McKEGANEY N, BARNARD M, WATSON H. HIV-related risk behaviour among a non-clinic sample of injecting drug users. *Br J Addict* 1989; 84: 1481-1490.
- McKUSICK L, WILEY JA, COOTES TJ, STALL R, SAIKA G. Reported changes in the sexual behavior of men at risk for AIDS. San Francisco, 1982-84- The Aids Behavioral Research Project. *Public Health Rep* 1985; 100: 622-629.
- MOSSAR, OSMOND D, BACHETTI P. Risk factors for AIDS and HIV seropositivity in homosexual men. *Am J Epidemiol* 1987; 125: 1035-1047.
- MOSS AR, BACHETTI P. Natural history of HIV infection. *AIDS* 1989; 3: 55-61.
- PASCUAL JM, RUBIO G, LOPEZ TRABADA JR, DE LAS HERAS FJ. 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* 1989; 16: 3-12.
- POTTS M, SHORT RV. Condoms for the prevention of HIV transmission: cultural dimensions. *AIDS* 1989; 3(suppl 1): S259-263.
- POWER R, HARTNOLL R, DAVIAUD E. Drug injecting, AIDS, and risk behaviour: potential for change and intervention strategies. *Br J Addict* 1988; 83: 649-654.
- RESNICK L, VERENK, SALAHUDDIN SZ, TONDREAU S, MARKHAN PD. Stability and inactivation of HLTV III/LAV under clinical and laboratory environments. *JAMA* 1986; 255: 1887-1891.
- SALLERAS SANMARTI L. Educación sanitaria: principios, técnicas y aplicaciones. Madrid: Díaz de Santos, 1985.
- SATO PA, CHIN J, MANN JM. Review of AIDS and HIV infection: global epidemiology and statistics. *AIDS* 1989; 3(suppl 1): S301-S307.
- SASSE H, SALMASO S, CONTI S, AND THE FIRST DRUG USER MULTICENTER STUDY GROUP. Risk behaviors for HIV-1 infection in italian drug users: report from a multicenter study. *J Acq Imm Def Syndr* 1989; 2: 486-496.
- SCHWARCZSK, RUTHERFORD GW. Acquired immunodeficiency syndrome in infants, children, and adolescents. *J Drug Issues* 1989; 19: 75-92.
- S.E.I.T. SISTEMA ESTATAL DE INFORMACION SOBRE TOXICOMANIAS. Informe año 1989. Ministerio de Sanidad y Consumo, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- SELWYN PA, FEINER C, COX CP, LIPSHUTZ C, COHEN RL. Knowledge about AIDS and high risk behaviour among intravenous drug users in New York city. *AIDS* 1987; 1: 247-254.
- SKIDMORE CA, ROBERTSON JR, ROBERTSON AA, ELTON RA. After the epidemic follow-up study of HIV seroprevalence and changing patterns of drug use. *Br Med J* 1990; 300: 219-223.
- STALL R, OSTROW DG. 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* 1989; 19: 57-73.
- TEMPESTA E, Di GIANNATONIO M, WEISERT A, GASALEGRO P, REZZA G. Psychologie et comportements dans le contexte du SIDA. *Rétrovirus* 1989; TII: 15-22.
- TURNER CF. Research on sexual behaviors that transmit HIV: progress and problems. *AIDS* 1989; 3(suppl 1): S63-S69.
- VOGT MW, WITT DJ, CRAVEN DE. Isolation patterns of the human immunodeficiency virus from cervical secretions during the menstrual cycle of women at risk for the acquired-immunodeficiency syndrome. *Ann Intern Med* 1987; 106: 380-382.
- WATTERS JK. Observations on the importance of social context in HIV transmission among intravenous drug users. *J Drug Issues* 1989; 19: 9-26.
- WEBB G, BURGESS H, SUTHERLAND S, STRANG J, McMANUS TJ. Prevalence of HIV among the infectable drug using population in South London and factors influencing its spread. Poster Session at III International Conference on AIDS, Washington D.C., 1987.
- WINKELSTEIN W, LYMAN D, BACHETTI P. Sexual practices and risk of infection by the human immunodeficiency virus. *JAMA* 1987; 257: 321-325.

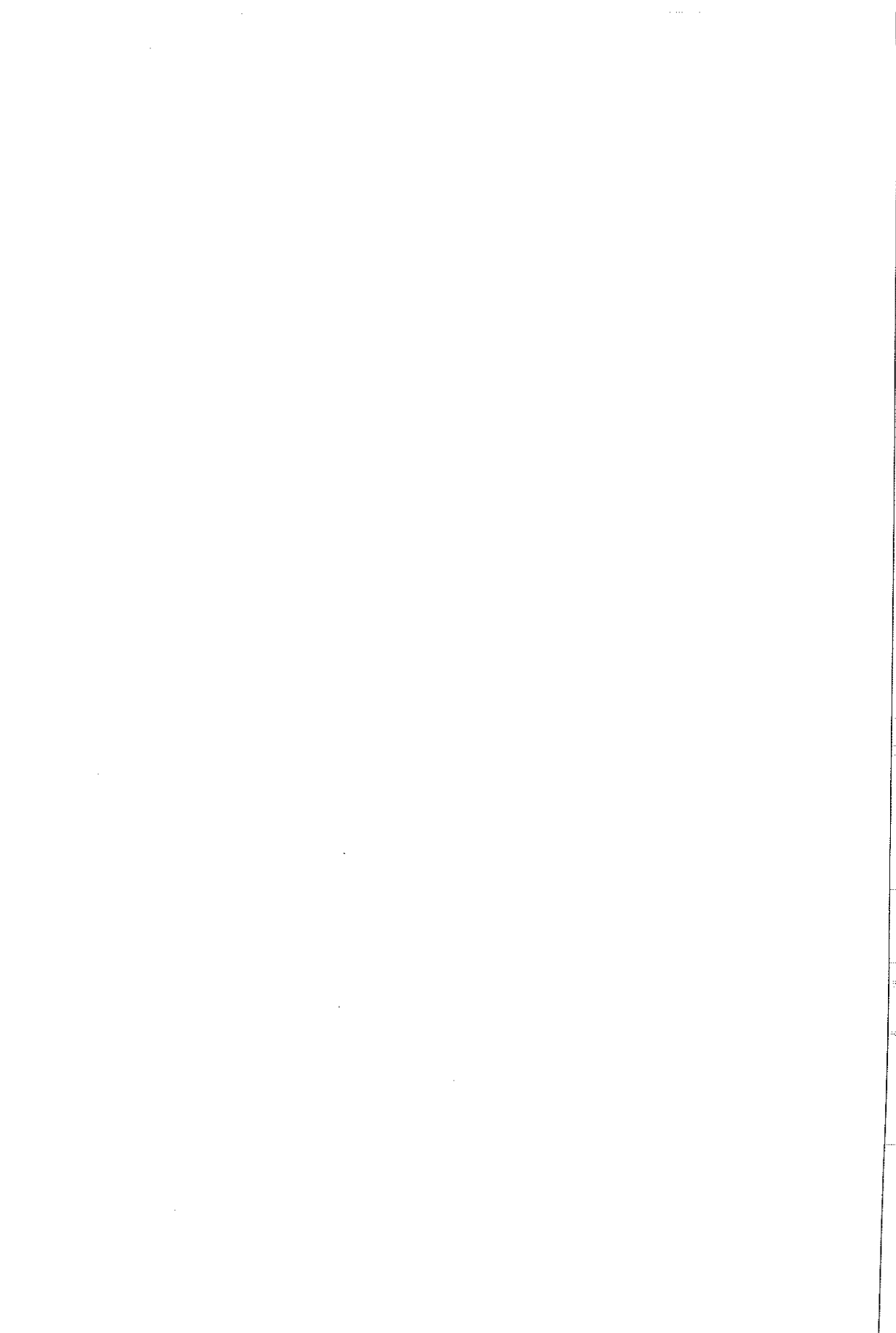




TABLA 1
DISTRIBUCION DE LA MUESTRA POR CENTRO Y COMUNIDAD
AUTONOMA

<i>CENTRO</i>	<i>N (%)</i>	<i>CENTRO</i>	<i>N (%)</i>
C.P.D. Almería	11 (0.9)	C. Bloc. Barcelona	51 (4.1)
C.P.D. Cádiz	3 (0.2)	C.A.S. Sants Barcelona ..	51 (4.1)
C.P.D. Córdoba	30 (2.4)	C.A.S. Garviment	51 (4.1)
C.P.D. Jaén	9 (0.7)	C.A.S. Barcelona	40 (3.2)
C.P.D. Huelva	30 (2.4)	S.O.P.T.T. Barcelona	10 (0.8)
Pro. Hom. Málaga	15 (1.2)	C.A.T. Hospitalet	12 (1.0)
C.P.D. Málaga	38 (3.1)	C.A.T. Tarragona	20 (1.6)
C.P.D. Sevilla	45 (3.6)	H. Prov. Lérida	10 (0.8)
Cruz Roja Sevilla	15 (1.2)	TOTAL CATALUÑA	245 (19.9)
TOTAL ANDALUCIA	195 (15.9)		
		U.S.M. Torrente	12 (1.0)
C.A.D. Zaragoza	13 (1.1)	D.S.M. Torrente	17 (1.4)
H.P.N.S.G. Zaragoza	24 (1.9)	D.M.T. Valencia	5 (0.4)
C.A.P.H. Zaragoza	11 (0.9)	U. Salud Gandía	15 (1.2)
C.Sal. Egea	3 (0.2)	D.M.T. Alicante	15 (1.2)
TOTAL ARAGON	51 (4.1)	S.T.M.H. Massama	3 (0.2)
		U.S.M. Manises	15 (1.2)
C.S.M.I Avilés	17 (1.4)	D.M.T. Elche	8 (0.6)
C.S.M.I Oviedo	11 (0.9)	TOTAL VALENCIA	90 (6.8)
C.S.M.II Oviedo	5 (0.4)		
C.S.M.I Gijón	3 (0.2)	Cedex Badajoz	11 (0.9)
C.S.M. Mieres	6 (0.5)	Cedex Mérida	5 (0.4)
TOTAL ASTURIAS	42 (3.3)	Cedex Cáceres	4 (0.3)
		TOTAL EXTREMADURA .	20 (1.7)

TABLA 1 (Continuación)

<i>CENTRO</i>	<i>N (%)</i>	<i>CENTRO</i>	<i>N (%)</i>
H.D.N. Palma Mallorca ...	7 (0.6)		
CC.DD. Palma Mallorca ..	11 (0.9)	U.A.D. La Coruña	18 (1.5)
F.P.H. Palma Mallorca	13 (1.1)	C.A.D. El Ferrol	7 (0.6)
C.S.S.N. Palma Mallorca	14 (1.1)	U.Asis. Santiago	7 (0.6)
TOTAL BALEARES	45 (3.6)	U.A. Villag. de Arosa	7 (0.6)
		C. Albor Vigo	22 (1.8)
P.R.T.T. Las Palmas	31 (2.5)	U.A.C. Vigo	18 (1.5)
C.A.T. Tenerife	28 (2.3)	TOTAL GALICIA	79 (6.3)
C.P.T.T. La Palma	20 (1.6)		
TOTAL CANARIAS	79 (6.4)	C.D.S. Blas Madrid	63 (5.1)
		C.Munic.Alcalá Henares .	5 (0.4)
Cent. Santander	12 (1.0)	A.S.S. Torrejón	18 (1.5)
Cent. Laredo	1 (0.1)	P.C. Coslada	9 (0.7)
TOTAL CANTABRIA	13 (1.1)	C.S.S.P Alcorcón	5 (0.4)
		C.P.T. Getafe	18 (1.5)
H.G.I. Guadalajara	3 (0.2)	P.T.C. Parla	4 (0.3)
H.P.P.S.J. Toledo	7 (0.6)	C. día Móstoles	21 (1.7)
C.R.S.P. Talavera	4 (0.3)	TOTAL MADRID	143 (11.5)
TOTAL CASTILLA-			
LA MANCHA	14 (1.1)	C.A.D. Murcia	27 (2.2)
		C.A.D. Cartagena	19 (1.5)
C.S.M.P.C. Burgos	3 (0.2)	TOTAL MURCIA	46 (3.7)
C.A.D.T. León	5 (0.4)		
C.S.M.I. Palencia	1 (0.1)	Cons. Uribe-Kost	4 (0.3)
C.A.D.T. Salamanca	7 (0.6)	Modulo Irala	27 (2.2)
C.S.M. Valladolid	5 (0.4)	Etorkintza	14 (1.1)
C.A.D.T. Zamora	6 (0.5)	D.A.K.	6 (0.5)
TOTAL CASTILLA LEON .	27 (2.1)	Proy. H. Donosti	41 (3.3)
		A.G.I.P.A.D. Donosti	10 (0.8)
C.S.M. Burlada	4 (0.3)	C.T.Nieves Vitoria	21 (1.7)
C.S.M. Pamplona	8 (0.6)	TOTAL PAIS VASCO	123 (10.1)
C.S.M. Tudela	4 (0.3)		
TOTAL NAVARRA	16 (1.3)	LA RIOJA	8 (0.6)

TABLA 2
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS
DE LA POBLACION PARTICIPANTE

<i>VARIABLE</i>	<i>N (%)</i>
SEXO	
Varón	1020 (82.7)
Mujer	212 (17.2)
NS/NC	1 (0.1)
EDAD	
>=14	4 (0.3)
15-19	103 (8.4)
20-24	452 (36.7)
25-29	474 (38.4)
30-34	162 (13.1)
35+	37 (3.0)
NS/NC	1 (0.1)
SITUACION LABORAL	
Estudiantes	58 (4.7)
Trabajadores	432 (35.0)
Parados	644 (52.2)
Otros	63 (5.1)
NS/NC	36 (2.9)
NIVEL DE ESTUDIOS	
Ninguno	109 (8.8)
Primarios	712 (57.7)
F.P.	182 (14.8)
BUP-COU	156 (12.7)
Med-Superiores	74 (6.0)

TABLA 3
AÑOS DE ANTIGUEDAD EN EL USO DE LA VIA
PARENTERAL

<i>AÑOS</i>	<i>n (%)</i>
-1	43 (3.3)
1-3	262 (21.2)
4-6	335 (27.2)
7-9	243 (19.7)
10-12	138 (11.2)
12+	46 (3.7)
NS/NC	168 (13.6)

TABLA 4
NUMERO DE DROGAS CONSUMIDAS
EN LOS ULTIMOS 6 MESES

<i>NUMERO DE DROGAS</i>	<i>n (%)</i>
Una	307 (24.9)
Dos	239 (19.4)
Tres	232 (18.8)
Cuatro	118 (9.6)
Cinco	33 (2.7)
Seis	11 (0.9)
Siete	6 (0.5)
NS/NC	287 (23.3)

TABLA 5
EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO DE LAS DROGAS (CUALQUIER VIA DE CONSUMO)

EDAD	HEROINA n (%)	BUPRENORFINA n (%)	METADONA n (%)	OTROS OPIACEOS n (%)	COCAINA n (%)	HEROINA+ COCAINA n (%)	HIPNOSE- DANTES n (%)
-14	138 (11.2)	14 (1.2)	11 (0.9)	37 (3.0)	88 (7.1)	34 (2.8)	104 (8.4)
15-19	543 (44.0)	100 (8.1)	65 (5.3)	112 (9.1)	384 (31.1)	278 (22.5)	196 (15.9)
20-24	382 (31.0)	214 (17.4)	87 (7.1)	113 (9.2)	309 (25.1)	340 (27.6)	161 (13.1)
25-29	101 (8.2)	142 (11.5)	30 (2.4)	30 (2.4)	100 (8.1)	116 (9.4)	84 (6.8)
30-34	22 (1.8)	45 (3.6)	18 (1.5)	4 (0.3)	24 (1.9)	29 (2.4)	16 (1.3)
35+	3 (0.2)	9 (0.7)	5 (0.4)	5 (0.4)	3 (0.2)	5 (0.4)	2 (0.2)
NS/NC	44 (3.6)	708 (57.4)	1017 (82.5)	932 (75.6)	325 (26.4)	431 (35.0)	670 (54.3)
EDAD MEDIA ..	19.2± 3.8	23.4± 5.2	22.1± 6.2	20.0± 5.8	19.9± 4.1	21.0± 4.3	19.6± 5.0

TABLA 6
FRECUENCIA DE USO PARENTERAL DE DROGAS EN LOS ULTIMOS SEIS MESES

EDAD	HEROINA n (%)	BUPRENORFINA n (%)	METADONA n (%)	OTROS OPIACEOS n (%)	COCAINA n (%)	HEROINA + COCAINA n (%)	HIPNOSE- DANTES n (%)
NUNCA	112 (9.1)	165 (13.4)	119 (9.7)	186 (15.1)	225 (18.2)	171 (13.9)	111 (9.0)
-4/MES	85 (6.9)	72 (5.8)	9 (0.7)	18 (1.5)	124 (10.1)	140 (11.4)	14 (1.1)
1/SEMANA	-	26 (2.1)	2 (0.2)	8 (0.6)	58 (4.7)	83 (6.7)	10 (0.8)
2-6/SEMANA ...	76 (6.2)	31 (2.5)	4 (0.3)	7 (0.6)	57 (4.6)	54 (4.4)	10 (0.8)
1/DIA	242 (19.6)	29 (2.4)	3 (0.2)	8 (0.6)	44 (3.6)	93 (7.5)	13 (1.1)
+1/DIA	518 (42.0)	89 (7.2)	7 (0.6)	24 (1.9)	97 (7.9)	149 (12.1)	19 (1.5)
NS/NC	200 (16.2)	821 (66.6)	1089 (88.3)	982 (79.6)	628 (50.9)	543 (44.0)	1056 (85.6)

TABLA 7
FRECUENCIA DE USO NO PARENTERAL DE DROGAS EN LOS ULTIMOS SEIS MESES

EDAD	HEROINA n (%)	BUPRENORFINA n (%)	METADONA n (%)	OTROS OPIACEOS n (%)	COCAINA n (%)	HEROINA+ COCAINA n (%)	HIPNOSE- DANTES n (%)
NUNCA.....	707 (57.3)	356 (28.9)	177 (14.4)	257 (20.8)	538 (43.6)	559 (45.3)	181 (14.7)
-4/MES	54 (4.4)	39 (3.2)	13 (1.1)	19 (1.5)	116 (9.4)	48 (3.9)	62 (5.0)
1/SEMANA.....	36 (2.9)	27 (2.2)	4 (0.3)	8 (0.6)	56 (4.5)	31 (2.5)	57 (4.6)
2-6/SEMANA...	46 (3.7)	11 (0.9)	7 (0.6)	10 (0.8)	41 (3.3)	32 (2.6)	32 (2.6)
1/DIA	110 (8.9)	26 (2.1)	22 (1.8)	8 (0.6)	33 (2.7)	18 (1.5)	111 (9.0)
+1/DIA	131 (10.6)	41 (3.3)	12 (1.0)	20 (1.6)	47 (3.8)	25 (2.0)	103 (8.4)
NS/NC	149 (12.1)	733 (59.4)	998 (80.9)	911 (73.9)	402 (32.6)	520 (42.2)	687 (55.7)

TABLA 8
FRECUENCIA DE USO DE DROGAS POR VIA PARENTERAL
EN LOS SEIS MESES ULTIMOS

<i>DROGA</i>	<i>NO</i> <i>n (%)</i>	<i>SI</i> <i>n (%)</i>
Algún opiáceo	292 (23.7)	941 (76.3)
Heroína o heroína+cocaína	300 (24.3)	933 (75.7)
Otros opiáceos	958 (77.7)	275 (22.3)
Cocaína o heroína+cocaína	656 (53.2)	577 (46.8)

TABLA 9
CARACTERISTICAS DEL USO DE DROGAS POR LA VIA PARENTERAL

<i>VARIABLE</i>	<i>1ª OPCION</i> <i>n (%)</i>	<i>2ª OPCION</i> <i>n (%)</i>
LUGAR DE INOCULACION		
Casa-otros	520 (55.0)	225 (23.8)
Calles-Parques	184 (19.5)	232 (24.6)
Coches	144 (15.2)	208 (22.0)
Otros	90 (9.5)	170 (18.0)
NS/NC	7 (0.7)	110 (11.6)
COMPAÑIA EN LA DROGADICCION		
Sólo	543 (57.5)	178 (18.8)
Pareja sexual	133 (14.1)	89 (9.4)
Amigos	262 (27.7)	429 (45.4)
Desconocidos	3 (0.3)	36 (3.8)
Otros	- (0.0)	16 (1.7)
NS/NC	4 (0.4)	197 (20.8)
COMPARTIR MATERIAL DE INYECCION		
Nadie	658 (69.6)	105 (11.1)
Pareja-Amigos	261 (27.6)	281 (29.7)
Cualquiera	16 (1.7)	60 (6.3)
NS/NC	10 (1.1)	499 (52.8)
TOTAL= 945		

TABLA 10
MATERIAL DE INYECCION NUEVO Y/O DESINFECTADO

	<i>TOTAL</i> <i>n (%)</i>	<i>USADO</i> <i>TRAS AMIGOS</i> <i>n (%)</i>	<i>USADO</i> <i>TRAS DESCONOC.</i> <i>n (%)</i>
NO	614 (65.0)		
Sin lavar	43 (7.0)	35 (5.7)	15 (2.4)
Lavada con agua	569 (92.7)	338 (55.0)	89 (14.5)
Jeringa hervida	66 (10.7)	39 (6.4)	16 (2.6)
Jeringa lavada con lejía ...	128 (20.8)	75 (12.2)	22 (3.6)
Con otros procedimientos	56 (9.1)	32 (5.8)	7 (1.1)
SI	325 (34.4)		
NS/NC	6 (0.6)		

TABLA 11
REUTILIZACION EN LOS ULTIMOS SEIS MESES
DE JERINGUILLAS USADAS POR OTROS

<i>NUMERO DE RESPUESTAS</i>	<i>n (%)</i>
No	213 (34.7)
Sí, sin lavar	36 (5.9)
Sí, lavada con agua	312 (50.8)
Sí, otros	14 (2.3)
NS/NC	39 (6.4)

TABLA 12
VARIABLES RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE DROGAS

	<i>1ª OPCION</i> <i>n (%)</i>	<i>2ª OPCION</i> <i>n (%)</i>
¿POR QUE NO USA MATERIAL NUEVO Y DESINFECTADO?		
Nada malo.....	67 (10.9)	30 (4.9)
Farmacia difícil.....	220 (35.8)	50 (8.1)
Mono.....	98 (16.0)	99 (16.1)
Prisa.....	106 (17.3)	141 (23.0)
Otras.....	70 (11.4)	141 (23.0)
NS/NC.....	53 (8.6)	153 (24.9)
¿TRAS USAR EL MATERIAL QUE HA HECHO?		
Dar al compañero.....	202 (21.4)	123 (13.0)
Tirar a la calle.....	364 (38.5)	251 (26.6)
Reutilizar limpiando.....	326 (34.5)	286 (30.3)
Otros.....	35 (3.7)	108 (11.4)
NS/NC.....	18 (1.9)	177 (18.7)
ORIGEN DEL AGUA DE LA INYECCION		
Grifo-fuente.....	546 (57.8)	181 (19.2)
Agua mineral.....	215 (22.8)	242 (25.6)
Destilada.....	166 (17.6)	346 (36.6)
Otros.....	11 (1.2)	39 (4.1)
NS/NC.....	7 (0.7)	137 (14.5)
¿PRACTICA EL BOMBEO?		
Nunca.....	51 (5.4)	
Pocas veces.....	88 (9.3)	
Mitad de las veces.....	33 (3.5)	
Más de la mitad.....	68 (7.2)	
Muchas veces.....	119 (12.6)	
Siempre.....	580 (61.4)	
NS/NC.....	6 (0.6)	
¿EL BOMBEO SUPONE MAS RIESGO?		
No.....	283 (29.9)	
Sí.....	463 (49.0)	
Puede ser.....	122 (12.9)	
NS/NC.....	77 (8.1)	
¿POR QUE NO SE HA INYECTADO EN LOS ULTIMOS 6 MESES?		
Molestia/miedo.....	146 (50.7)	48 (16.7)
Perjudica a la salud.....	69 (24.0)	52 (18.1)
Otros.....	45 (15.6)	103 (35.8)
NS/NC.....	28 (9.7)	85 (29.5)

TABLA 13
NUMERO DE TRATAMIENTOS INICIADOS POR LA DEPENDENCIA

TIPO DE TRATAMIENTO	NUMERO			
	NUNCA n (%)	1-3 VECES n (%)	4+ VECES n (%)	NS/NC n (%)
AMBULATORIO	502 (40.7)	635 (51.5)	79 (6.4)	17 (1.4)
HOSPITALARIO	927 (75.2)	270 (21.9)	12 (1.0)	24 (1.9)
LIBRE CON APOYO				
PSICOTERAPEUTICO ..	730 (59.2)	459 (37.2)	23 (1.9)	21 (1.7)
CON METADONA	998 (80.9)	189 (15.3)	17 (1.4)	29 (2.4)
CON NALTREXONA	1110 (90.0)	89 (7.2)	4 (0.3)	30 (2.4)
GRANJAS	962 (78.0)	228 (18.5)	17 (1.4)	26 (2.1)
OTROS TRATAMIENTOS	831 (67.4)	175 (14.2)	21 (1.7)	206 (16.7)
CUALQUIERA	-	1050 (85.1)	117 (9.5)	66 (5.4)

TABLA 14
RAZONES PARA INICIAR TRATAMIENTO

RAZON	1ª OPCION n (%)	2ª OPCION n (%)
Familiares	672 (54.5)	178 (14.4)
De pareja	142 (11.5)	176 (14.3)
Legales	20 (1.6)	53 (4.3)
Económicas	69 (5.6)	190 (15.4)
Salud	263 (21.3)	375 (30.4)
Disminuir dosis	22 (1.8)	46 (3.7)
Contagio SIDA	23 (1.9)	50 (4.1)
Contagiar amigo	6 (0.5)	38 (3.1)
NS/NC	16 (1.3)	127 (10.3)

TABLA 15
RELACIONES SEXUALES DE LOS USUARIOS DE DROGAS

<i>VARIABLE</i>	<i>n (%)</i>
Nº PAREJAS	
1	580 (47.0)
2	199 (16.1)
3-5	188 (15.2)
6+	76 (6.2)
NS/NC	190 (15.4)
SEXO DEL COMPAÑERO/A EN VARONES	
Hombres	34 (3.3)
Mujeres	805 (79.0)
Hombre-mujer	1 (0.1)
Casi siempre mujeres	11 (1.1)
Casi siempre hombres	8 (0.8)
NS/NC	160 (15.7)
SEXO DEL COMPAÑERO/A EN MUJERES	
Hombres	181 (84.6)
Mujeres	9 (4.2)
Hombre-mujer	3 (1.4)
Casi siempre hombres	5 (2.3)
NS/NC	16 (7.5)
Nº ACTOS SEXUALES EN EL MES PREVIO AL TTO.	
1-5	57 (4.6)
6-10	63 (5.1)
11-15	70 (5.7)
16-20	71 (5.8)
21+	60 (4.9)
NS/NC	912 (74.0)

TABLA 16
FRECUENCIA DEL TIPO DE ACTO SEXUAL EN VARONES

TIPO DE ACTO	FRECUENCIA				
	NUNCA n (%)	POCO n (%)	FRECUENTE n (%)	SIEMPRE n (%)	NS/NC n (%)
BOCA-PENE	402 (39.5)	215 (21.1)	188 (18.5)	35 (3.4)	178 (17.5)
BOCA-ANO	716 (70.1)	82 (8.0)	45 (4.4)	1 (0.1)	177 (17.3)
BOCA VAGINA ...	264 (25.9)	240 (23.6)	281 (27.6)	55 (5.4)	179 (17.6)
VAGINA-PENE	46 (4.5)	72 (7.1)	195 (19.1)	532 (52.2)	174 (17.1)
ANO-PENE	678 (66.5)	116 (11.4)	37 (3.6)	10 (1.0)	179 (17.6)
BOCA-VAGINA MENSTRUANDO	759 (74.4)	57 (5.6)	10 (1.0)	6 (0.6)	188 (18.4)
VAGINA-PENE MENSTRUANDO	498 (48.8)	217 (21.3)	85 (8.3)	37 (3.6)	183 (17.9)

TABLA 17
FRECUENCIA DEL TIPO DE ACTO SEXUAL EN MUJERES

TIPO DE ACTO	FRECUENCIA				
	NUNCA n (%)	POCO n (%)	FRECUENTE n (%)	SIEMPRE n (%)	NS/NC n (%)
BOCA-PENE	53 (24.9)	71 (33.3)	64 (30.0)	7 (3.3)	18 (8.5)
BOCA-ANO	153 (72.2)	23 (10.8)	18 (8.5)	0 (-)	18 (8.5)
BOCA VAGINA ...	89 (41.8)	35 (16.4)	64 (30.0)	7 (3.3)	18 (8.5)
VAGINA-PENE	6 (2.8)	13 (6.1)	60 (28.0)	117 (54.7)	18 (8.5)
ANO-PENE	158 (73.8)	27 (12.6)	10 (4.7)	1 (0.5)	18 (8.5)
BOCA-VAGINA MENSTRUANDO	172 (81.5)	16 (7.6)	5 (2.4)	0 (-)	18 (8.5)
VAGINA-PENE MENSTRUANDO	92 (43.4)	63 (29.7)	29 (13.7)	10 (4.7)	18 (8.5)

TABLA 18
USO DE MEDIDAS EN LAS RELACIONES SEXUALES

	<i>1ª OPCION</i> <i>n (%)</i>	<i>2ª OPCION</i> <i>n (%)</i>
¿USA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES?		
Preservativo	406 (32.9)	127 (10.3)
Evitar eyaculación	126 (10.2)	91 (7.4)
Otros	101 (8.2)	128 (10.4)
Ninguno anteriores.....	429 (34.8)	64 (5.2)
NS/NC	171 (13.9)	823 (66.7)
USO DEL PRESERVATIVO		
No gusta	518 (42.0)	50 (4.1)
Uso otro método	173 (14.0)	155 (12.6)
Lo uso siempre	196 (15.9)	20 (1.6)
Otros	113 (9.2)	281 (22.8)
NS/NC	233 (18.9)	727 (59.0)
¿POR QUE USA PRESERVATIVOS?		
No hijos	85 (40.5)	27 (12.9)
Miedo al contagio	85 (40.5)	51 (24.3)
Otras	32 (15.2)	57 (27.1)
NS/NC	8 (3.8)	75 (35.7)

TABLA 19
MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH
EN LA CONVIVENCIA DIARIA.

	<i>1ª OPCION</i> <i>n (%)</i>	<i>2ª OPCION</i> <i>n (%)</i>
No cuchillas de afeitar	766 (62.1)	70 (5.7)
No cepillo de dientes	185 (15.0)	744 (60.3)
No compartir vajilla	16 (1.3)	69 (5.6)
Todas las anteriores	109 (8.8)	11 (0.9)
Ninguna medida	134 (10.9)	15 (1.2)
NS/NC.....	23 (1.9)	324 (26.3)

TABLA 20
ORIGEN DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL SIDA

	<i>1ª OPCION</i> <i>n (%)</i>	<i>2ª OPCION</i> <i>n (%)</i>
Sistema sanitario	356 (28.9)	172 (13.9)
Programas de tratamiento	149 (12.1)	107 (8.7)
Medios de comunicación	505 (41.0)	320 (26.0)
Amigos/pareja sexual	135 (10.9)	370 (30.0)
Otros	71 (5.8)	45 (3.6)
NS/NC	17 (1.4)	219 (17.8)

TABLA 21
CONOCIMIENTOS ESPECIFICOS SOBRE LA TRANSMISION DEL VIH

<i>PREGUNTA</i>	<i>CORRECTA</i> <i>n (%)</i>	<i>INCORRECTA</i> <i>n (%)</i>	<i>NS/NC</i> <i>n (%)</i>
¿VIH en sangre y semen?	1109 (89.9)	79 (6.4)	45 (3.6)
¿Portadores parecen siempre enfermos?	832 (67.5)	343 (27.8)	58 (4.7)
¿Es cierta la vía sexual?	1165 (94.5)	42 (3.4)	26 (2.1)
¿Se transmite por compartir jeringuillas?	1203 (97.6)	21 (1.7)	9 (0.7)
¿Se transmite por vajilla y baños públicos?	998 (80.9)	168 (13.6)	67 (5.4)
¿Transmisión por 1 sólo acto sexual sin preservativo?	1074 (87.1)	106 (8.6)	53 (4.3)
¿Transmisión por uso de jeringuillas contaminadas?	1213 (98.4)	12 (1.0)	8 (0.6)
¿Cosas sencillas evitan latransmisión?	1139 (92.4)	52 (4.2)	42 (3.4)
¿Se puede estar en un cuarto con una persona con SIDA?	1004 (81.4)	197 (16.0)	32 (2.6)
¿Todos los VIH+ tienen la enfermedad?	936 (75.9)	236 (19.1)	61 (4.9)
¿El preservativo es bueno para prevenir el SIDA?	1194 (96.8)	20 (1.6)	19 (1.5)
¿Una mujer VIH+ embarazada lo transmite al hijo?	1117 (90.6)	35 (2.8)	81 (6.6)
¿Los tatuajes son una vía de transmisión del SIDA?	688 (55.8)	385 (31.2)	160 (13.0)

TABLA 22
NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LA TRANSMISION

<i>NUMERO DE RESPUESTAS CORRECTAS</i>	<i>n (%)</i>
-7	24 (2.0)
7	27 (2.2)
8	51 (4.1)
9	92 (7.5)
10	147 (11.9)
11	294 (23.8)
12	336 (27.3)
13	260 (21.1)
NS/NC	2 (0.2)

TABLA 23
CONOCIMIENTOS DE MEDIDAS DE PREVENCION DEL SIDA

	<i>1ª OPCION</i> <i>n (%)</i>	<i>2ª OPCION</i> <i>n (%)</i>
MEDIDAS QUE CONOCE EN LA CIUDAD		
Acceso a jeringuillas	102 (8.3)	23 (1.9)
Acceso a preservativos	520 (42.2)	163 (13.2)
Folletos	324 (26.3)	417 (33.8)
Proyectos	133 (10.8)	310 (25.1)
Otras	112 (9.1)	57 (4.6)
NS/NC	42 (3.4)	263 (21.3)
MEDIDAS QUE JUZGA MAS EFICACES		
Jeriguillas gratis	513 (41.6)	83 (6.7)
Máquinas de jeringuillas	178 (14.4)	94 (7.6)
Folletos	273 (22.1)	294 (23.8)
Programas de tratamiento	139 (11.3)	311 (25.2)
Otros	101 (8.2)	356 (28.9)
NS/NC	29 (2.4)	95 (7.7)
OPINION SOBRE LA CAUSA DEL CONTAGIO		
No conocen medidas	225 (18.2)	88 (7.1)
Jeringuillas caras	107 (8.7)	89 (7.2)
No interesa	636 (51.6)	209 (17.0)
Otras	241 (19.5)	645 (52.3)
NS/NC	24 (1.9)	202 (16.4)

TABLA 24
MODIFICACIONES DE LOS HABITOS TRAS INICIO DE TRATAMIENTO

	<i>1ª OPCION</i>	<i>2ª OPCION</i>
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Nada	273 (22.1)	21 (1.7)
Utilizar jeringuillas limpias	314 (25.5)	72 (5.8)
Utilizar preservativos	77 (6.2)	97 (7.9)
Precauciones con convivientes.....	220 (17.8)	250 (20.3)
Otras.....	7 (0.6)	44 (3.6)
No recibo tratamiento	251 (20.4)	34 (2.8)
NS/NC.....	91 (7.4)	715 (58.0)

TABLA 25
MODIFICACIONES DE LOS HABITOS TRAS EL RESULTADO
DE LA PRUEBA DE VIH

	<i>1ª OPCION</i> <i>n (%)</i>	<i>2ª OPCION</i> <i>n (%)</i>
CONSUMO INYECTADO DE DROGAS		
No	356 (45.6)	
Aumento de consumo	62 (7.9)	
Disminución de consumo	273 (35.0)	
NS/NC	90 (11.5)	
TOTAL	781 (100)	
FORMA O VIAS DE CONSUMO		
Abandono de inyección	66 (8.5)	9 (1.2)
Disminución de inyecciones	94 (12.0)	22 (2.8)
No compartir material iny.	97 (12.4)	34 (4.4)
Compartir menos material	42 (5.4)	35 (4.5)
Uso de material 1 sola vez	45 (5.8)	54 (6.9)
Desinfectar material inyec.	26 (3.3)	64 (6.9)
No modificación de hábiros	255 (32.7)	26 (3.3)
Otras	78 (10.0)	67 (8.6)
NS/NC	78 (10.0)	470 (60.2)
RELACIONES SEXUALES		
Menos relaciones	126 (16.1)	22 (2.8)
No modificación	386 (49.4)	32 (4.1)
Menos compañeros	38 (4.9)	31 (4.0)
Más preservativos	78 (10.0)	40 (5.1)
Siempre preservativos	60 (7.7)	36 (4.6)
Otras	31 (4.0)	70 (9.0)
NS/NC	62 (7.9)	550 (70.4)
CAMBIO DE VIDA		
Depresión	92 (11.8)	24 (3.1)
Ansiedad	18 (2.3)	33 (4.2)
Cuidar más la salud	169 (21.6)	97 (12.4)
Tratamiento médico	30 (3.8)	51 (10.2)
Tratam. para dejar drogas	71 (9.1)	80 (10.2)
Más equilibrio	35 (4.5)	43 (5.5)
Liberado de preocupaciones	169 (21.6)	85 (10.9)
Ningún cambio	155 (19.8)	52 (6.7)
Otros	7 (0.9)	39 (5.0)
NS/NC	35 (4.5)	277 (35.5)

TABLA 26
AÑO EN QUE LE COMUNICARON PRIMERA VEZ
EL RESULTADO POSITIVO Y POR ULTIMA VEZ
EL RESULTADO NEGATIVO

<i>AÑO</i>	<i>VIH+</i> <i>n (%)</i>	<i>VIH-</i> <i>n (%)</i>
1981	1 (0.1)	
1983	2 (0.1)	
1984	4 (0.4)	
1985	15 (1.5)	1 (0.1)
1986	18 (1.8)	14 (1.4)
1987	50 (5.1)	27 (2.8)
1988	68 (7.0)	90 (9.2)
1989	137 (14.0)	355 (36.4)
NS/NC	682 (69.9)	489 (50.1)
TOTAL	976 (100)	976 (100)

TABLA 27
RIESGO DE INFECCION POR VIH EN FUNCION DE CARACTERISTICAS
DEMOGRAFICAS

VARIABLE	VIH		OR (IC 95%)
	(+)	(-)	
SEXO			
Varón	267	375	1.1 (0.8-1.7)
Mujer	53	85	1*
EDAD			
35+	16	8	5.2 (1.9-14.0)
30-34	50	50	2.6 (1.3-5.0)
25-29	139	170	2.1 (1.2-3.8)
20-24	97	185	1.4 (0.8-2.4)
-19	19	49	1*
SITUACION LABORAL			
Parados	196	216	2.1 (1.5-2.8)
Otros	18	18	2.2 (1.1-4.5)
Estudiantes	14	17	1.8 (0.9-3.8)
Trabajadores	87	193	1*
NIVEL DE ESTUDIOS			
Ninguno	28	36	1.8 (0.7-4.2)
Primarios	205	265	1.8 (0.8-3.7)
Form. prof.	43	70	1.4 (0.6-3.9)
BUP-COU	34	65	1.2 (0.5-2.7)
Med-Superior	11	25	1*

* Grupo de referencia

TABLA 28
SEXO Y AÑOS DE ANTIGUEDAD EN LA VIA PARENTERAL

AÑOS DE ANTIGUEDAD EN EL USO VIA PARENTERAL	SEXO	
	VARON n (%)	MUJER n (%)
<1	27 (2.6)	15 (7.1)
1-3	217 (21.3)	45 (21.2)
4-6	289 (28.3)	46 (21.7)
7-9	198 (19.4)	44 (20.8)
10-12	121 (11.9)	17 (8.0)
>12	43 (4.2)	3 (1.4)
NS/NC	125 (12.3)	42 (19.8)
TOTAL	1020 (100)	212 (100)

$\chi^2= 26.50$, 6 g.l., $p<0.0005$

TABLA 29
CONSUMO DE HEROINA PARENTERAL EN LOS ULTIMOS SEIS MESES Y SEXO

HEROINA	SEXO	
	Varón n (%)	Mujer n (%)
Nunca	90 (8.8)	22 (10.4)
<=1/semana	75 (7.4)	10 (4.7)
2-6/semana	68 (6.7)	7 (3.3)
1/día	210 (20.6)	32 (15.2)
>1/día	426 (41.8)	91 (43.1)
NS/NC	151 (14.8)	49 (23.2)

$\chi^2= 15.76$, 5 g.l., $p<0.01$

TABLA 30
SEXO Y DESTINO DEL MATERIAL DE INYECCION

<i>DESTINO DEL MATERIAL</i>	<i>SEXO</i>	
	<i>VARON</i> <i>n (%)</i>	<i>MUJER</i> <i>n (%)</i>
Dar compañero	156 (19.6)	46 (31.5)
Tirar a la calle	321 (40.3)	42 (28.8)
Reutilizar/limpiar	282 (35.4)	43 (29.5)
Otros	26 (3.3)	8 (5.5)
NS/NC	12 (1.5)	7 (4.8)
TOTAL	797 (100)	146 (100)

$\chi^2 = 22.02$, 4 g.l., $p < 0.0001$

TABLA 31
SEXO Y NUMERO DE PAREJAS SEXUALES EN LOS ULTIMOS SEIS MESES

<i>NUMERO DE PAREJAS SEXUALES</i>	<i>SEXO</i>	
	<i>VARON</i> <i>n (%)</i>	<i>MUJER</i> <i>n (%)</i>
1	463 (45.4)	116 (55.0)
2	166 (16.3)	33 (15.6)
3-5	160 (15.7)	28 (13.3)
>5	59 (5.8)	16 (7.6)
NS/NC	172 (16.9)	18 (8.5)
TOTAL	1020 (100)	211 (100)

$\chi^2 = 12.92$, 4 g.l., $p < 0.025$

TABLA 32
SEXO Y USO DEL PRESERVATIVO

<i>USO DEL PRESERVATIVO</i>	<i>SEXO</i>	
	<i>VARON</i> <i>n (%)</i>	<i>MUJER</i> <i>n (%)</i>
No gusta	457 (44.8)	60 (28.4)
Usa otro método	121 (11.9)	52 (24.6)
Usa siempre.....	162 (15.9)	34 (16.1)
Otros	79 (7.7)	34 (16.1)
NS/NC.....	202 (19.8)	31 (14.7)
TOTAL	1021 (100)	211 (100)

$\chi^2 = 47.27$, 4 g.l., $p < 0.0001$

TABLA 33
NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y SEXO

<i>NIVEL DE CONOCIMIENTOS</i>	<i>SEXO</i>	
	<i>VARON</i> <i>n (%)</i>	<i>MUJER</i> <i>n (%)</i>
<7	15 (1.5)	10 (4.7)
7	20 (2.0)	7 (3.3)
8	46 (4.5)	5 (2.4)
9	81 (7.9)	11 (5.2)
10	129 (12.6)	19 (9.0)
11	242 (23.7)	52 (24.5)
12	276 (27.0)	61 (28.8)
13	213 (20.8)	47 (22.0)
TOTAL	1022 (100)	212 (100)

$\chi^2 = 19.01$, 7 g.l., $p < 0.01$

TABLA 34
SEXO Y RAZON DE NO INYECCION EN LOS ULTIMOS SEIS MESES

<i>RAZON DE NO INYECCION</i>	<i>SEXO</i>	
	<i>VARON n (%)</i>	<i>MUJER n (%)</i>
Molestia/miedo	110 (55.0)	37 (60.7)
Razones de salud	60 (30.0)	9 (14.8)
Otras	30 (15.0)	15 (24.5)
TOTAL	200 (100)	61 (100)

$\chi^2 = 6.89$, 2 g.l., $p < 0.05$

TABLA 35
EDAD Y AÑOS DE ANTIGUEDAD EN EL USO DE LA VIA PARENTERAL

<i>AÑOS DE ANTIGUEDAD EN EL USO VIA I.V.</i>	<i>EDAD</i>			
	<i><20 n (%)</i>	<i>20-24 n (%)</i>	<i>25-29 n (%)</i>	<i>>29 n (%)</i>
<1	9 (8.4)	17 (3.8)	12 (2.5)	3 (1.5)
1-3	60 (56.1)	128 (28.4)	58 (12.2)	16 (8.0)
4-6	13 (12.1)	179 (39.7)	115 (24.3)	28 (14.0)
7-9	2 (1.9)	76 (16.9)	130 (27.4)	35 (17.5)
10-12	0 (-)	5 (1.1)	83 (17.5)	51 (25.5)
>12	0 (-)	1 (0.2)	13 (2.7)	32 (16.0)
NS/NC	23 (21.5)	45 (10.0)	63 (13.3)	35 (17.5)
TOTAL	107 (100)	451 (100)	474 (100)	200 (100)

$\chi^2 = 421.01$, 18 g.l., $p < 0.0001$

TABLA 36
EDAD Y FRECUENCIA DE COMPARTIR EL MATERIAL DE INYECCION

EDAD	COMPARTE		
	NO n (%)	SI n (%)	TOTAL n (%)
< 20 años	45 (60.8)	29 (39.2)	74 (100)
20-24	230 (66.9)	114 (33.1)	344 (100)
25-29	276 (76.2)	86 (23.8)	362 (100)
>29	108 (73.5)	39 (26.5)	147 (100)

$\chi^2 = 20.21$, 3g.l., $p < 0.0001$

TABLA 37
EDAD Y REUTILIZACION DE JERINGUILLAS USADAS POR OTROS

EDAD	REUTILIZACION DE JERINGUILLAS		
	NO LAVARCEDIMIENTOS n (%)	SI, SIN n (%)	SI, OTROS PRO n (%)
<20	15 (7.0)	6 (17.2)	26 (8.0)
20-24	64 (29.9)	18 (51.4)	139 (42.9)
24-29	105 (49.1)	8 (22.9)	108 (33.3)
>29	30 (14.0)	3 (8.6)	51 (15.7)
TOTAL	214 (100)	35 (100)	324 (100)

$\chi^2 = 22.77$, 9 g.l., $p < 0.01$

TABLA 38
NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y EDAD

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	EDAD			
	<20 n (%)	20-24 n (%)	25-29 n (%)	>29 n (%)
<9	18 (16.8)	38 (8.4)	35 (7.3)	13 (6.5)
9	6 (5.6)	38 (8.4)	32 (6.7)	16 (8.0)
10	16 (15.0)	50 (11.1)	62 (13.1)	19 (9.5)
11	34 (31.8)	111 (24.6)	102 (21.5)	47 (23.4)
12	15 (14.0)	138 (30.5)	121 (25.5)	62 (30.8)
13	18 (16.8)	77 (17.0)	123 (25.9)	44 (20.9)
TOTAL	107 (100)	452 (100)	475 (100)	201 (100)

$\chi^2 = 34.86$, 15 g.l., $p < 0.005$

TABLA 39
EDAD Y RAZON DE NO INYECCION EN LOS ULTIMOS SEIS MESES

RAZON DE NO INYECCION	EDAD			
	<20 n (%)	20-24 n (%)	25-29 n (%)	>29 n (%)
Molestia/miedo	18 (66.7)	42 (51.8)	58 (56.9)	28 (59.6)
Razones de salud	1 (3.7)	22 (27.2)	27 (26.5)	17 (36.2)
Otras	8 (29.6)	17 (21.0)	17 (16.6)	2 (4.2)
TOTAL	27 (100)	81 (100)	102 (100)	47 (100)

$\chi^2 = 15.67$, 6 g.l., $p < 0.025$

TABLA 40
SITUACION LABORAL Y SI EL MATERIAL ES SIEMPRE NUEVO
Y/O DESINFECTADO

<i>SITUACION LABORAL</i>	<i>MATERIAL NUEVO/DESINFECTADO</i>		
	<i>NO</i> <i>n (%)</i>	<i>SI</i> <i>n (%)</i>	<i>TOTAL</i> <i>n (%)</i>
Estudiantes	20 (46.5)	23 (53.5)	43 (100)
Trabajadores	178 (60.1)	118 (39.9)	296 (100)
Parados	367 (69.5)	161 (30.5)	528 (100)
Otros	31 (66.0)	16 (34.0)	47 (100)

$\chi^2 = 14.30$, 3 g.l., $p < 0.005$

TABLA 41
SITUACION LABORAL Y CONSUMO DE HEROINA EN LOS ULTIMOS
SEIS MESES

<i>HEROINA</i>	<i>SITUACION LABORAL</i>			
	<i>ESTUDIANTES</i> <i>n (%) n (%)</i>		<i>TRABAJADORES</i> <i>n (%)</i>	<i>PARADOS</i> <i>n (%)</i>
Nunca	6 (10.3)	49 (11.4)	49 (7.6)	6 (9.5)
<=1/semana	8 (13.8)	28 (6.5)	43 (6.7)	1 (1.6)
2-6/semana	8 (10.3)	25 (5.8)	44 (6.8)	0 -
1/día	10 (17.2)	76 (17.6)	138 (21.4)	12 (19.0)
>1/día	18 (31.0)	162 (37.6)	293 (45.4)	32 (50.8)
NS/NC	10 (17.2)	91 (21.1)	78 (12.1)	12 (19.0)

$\chi^2 = 38.38$, 15 g.l., $p < 0.005$

TABLA 42
NUMERO DE DROGAS CONSUMIDAS POR VIA PARENTERAL
Y SITUACION LABORAL

NUMERO DE DROGAS	SITUACION LABORAL			
	ESTUDIANTES n (%)	TRABAJADORES n (%)	PARADOS n (%)	OTROS n (%)
1	25 (43.1)	103 (23.8)	153 (23.8)	16 (25.4)
2	5 (8.6)	75 (17.4)	142 (22.1)	13 (20.6)
3	7 (12.1)	72 (16.7)	133 (20.7)	13 (20.6)
4	4 (6.9)	38 (8.8)	70 (10.9)	4 (6.3)
>4	2 (3.4)	11 (2.6)	32 (4.9)	1 (1.6)
NS/NC	15 (25.9)	133 (30.8)	113 (17.6)	16 (25.4)
TOTAL	58 (100)	432 (100)	643 (100)	63 (100)

$\chi^2 = 45.49$, 15 g.l., $p < 0.0001$

TABLA 43
NIVEL DE ESTUDIOS Y FRECUENCIA DE COMPARTIR EL MATERIAL
DE INYECCION

NIVEL DE ESTUDIOS	COMPARTE		
	NO n (%)	SI n (%)	TOTAL n (%)
Ninguno	42 (56.0)	33 (44.0)	75 (100)
Primaria	381 (68.8)	173 (31.2)	554 (100)
F.P.	108 (75.5)	35 (24.5)	143 (100)
BUP-COU	89 (76.1)	28 (23.9)	117 (100)
Med/Superiores	37 (78.7)	10 (21.3)	47 (100)

$\chi^2 = 13.26$, 4 g.l., $p < 0.02$

TABLA 44
NIVEL DE ESTUDIOS Y REUTILIZACION DE JERINGUILLAS USADAS
POR OTROS

NIVEL DE ESTUDIOS	REUTILIZACION DE JERINGUILLAS			
	NO	SI, SIN LAVAR	SI, OTROS PROCEDIMIENTOS	TOTAL
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Ninguno	11 (21.2)	5 (9.6)	36 (69.7)	52 (100)
Primaria	114 (33.8)	20 (5.9)	203 (60.2)	337 (100)
FP	46 (51.7)	3 (3.4)	40 (44.9)	89 (100)
BUP/COU	30 (42.2)	7 (9.9)	34 (47.9)	71 (100)
Med/super.	12 (50.0)	1 (4.2)	11 (45.8)	24 (100)

$\chi^2 = 20.84$, 8 g.l., $p < 0.01$

TABLA 45
NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y NIVEL DE ESTUDIOS

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	NIVEL DE ESTUDIOS				
	NINGUNO n (%)	PRIMARIA n (%)	FP n (%)	BUP/COU n (%)	MED/SUPER n (%)
<8	4 (3.7)	34 (4.7)	6 (3.2)	7 (4.3)	2 (2.6)
8	6 (5.6)	38 (5.3)	4 (2.2)	1 (0.6)	3 (4.0)
9	14 (13.0)	52 (7.3)	19 (10.4)	6 (3.8)	2 (2.6)
10	18 (16.7)	84 (11.8)	17 (9.3)	15 (9.6)	12 (16.0)
11	28 (25.9)	188 (26.3)	37 (20.3)	31 (19.7)	10 (13.3)
12	24 (22.2)	179 (25.1)	57 (31.3)	55 (35.0)	22 (29.3)
13	14 (13.0)	139 (19.4)	42 (23.1)	42 (26.8)	24 (32.0)
TOTAL	108 (100)	714 (100)	182 (100)	157 (100)	75 (100)

$\chi^2 = 52.83$, 24 g.l., $p < 0.001$

TABLA 46
NIVEL DE ESTUDIOS Y AÑOS DE ANTIGUEDAD EN EL USO DE LA VIA PARENTERAL

AÑOS DE ANT. EN EL USO VIA PARENTERAL	NIVEL DE ESTUDIOS				
	NINGUNO n (%)	PRIMARIA n (%)	FP n (%)	BUPI/COU n (%)	MED/SUPER. n (%)
<4	28 (26.2)	163 (22.9)	55 (30.1)	41 (26.5)	16 (21.7)
4-6	30 (28.0)	221 (31.0)	40 (21.9)	37 (23.9)	8 (10.8)
7-9	22 (20.6)	149 (20.9)	35 (19.1)	21 (13.5)	15 (20.3)
>9	11 (10.2)	98 (13.8)	28 (16.3)	32 (20.1)	15 (20.3)
NS/NC.....	16 (15.0)	81 (11.4)	25 (13.7)	25 (16.1)	20 (27.0)
TOTAL	107 (100)	712 (100)	183 (100)	155 (100)	74 (100)

$\chi^2 = 42.11, 16 \text{ g.l.}, p < 0.0005$

TABLA 47
AÑOS DE ANTIGUEDAD EN LA VIA PARENTERAL Y VIH

ANTIGUEDAD	VIH		OR (IC 95%)
	(+)	(-)	
13+ años	18	8	3.4 (1.0-11.5)
10-12	58	33	2.6 (0.8-7.1)
7-9	93	66	2.1 (0.8-5.5)
4-6	92	138	1.0 (0.4-2.5)
1-3	45	134	0.5 (0.2-1.3)
-1	8	12	1*

* Grupo de referencia

TABLA 48
NUMERO DE TRATAMIENTOS AMBULATORIOS Y AÑOS
DE ANTIGUEDAD EN EL USO DE LA VIA PARENTERAL

<i>AÑOS DE ANTIGUEDAD EN EL USO VIA I.V.</i>	<i>Nº DE TRATAMIENTOS</i>		
	<i>NINGUNO n (%)</i>	<i>1-3 n (%)</i>	<i>>3 n (%)</i>
<4	130 (25.9)	162 (25.6)	7 (8.9)
4-6	126 (25.1)	172 (27.1)	34 (43.0)
7-9	85 (16.9)	133 (21.0)	21 (26.6)
>9	69 (15.8)	110 (15.8)	15 (19.0)
NS/NC	92 (18.3)	67 (10.6)	2 (2.5)
TOTAL	502 (100)	634 (100)	79 (100)

$\chi^2 = 43.99$, 8 g.l., $p < 0.0001$

TABLA 49
NUMERO DE TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y AÑOS
DE ANTIGUEDAD EN EL USO DE LA VIA PARENTERAL

<i>AÑOS DE ANTIGUEDAD EN EL USO VIA I.V.</i>	<i>Nº DE TRATAMIENTOS</i>	
	<i>NINGUNO n (%)</i>	<i>ALGUNO n (%)</i>
<4	253 (27.3)	45 (16.0)
4-6	250 (27.0)	80 (28.5)
7-9	170 (18.3)	148 (24.2)
>9	112 (12.1)	71 (25.3)
NS/NC	142 (15.3)	17 (6.0)
TOTAL	927 (100)	281 (100)

$\chi^2 = 84.89$, 4 g.l., $p < 0.0001$

TABLA 50
NUMERO DE PROGRAMAS LIBRES CON APOYO PSICOTERAPEUTICO
Y AÑOS DE ANTIGUEDAD EN EL USO DE LA VIA PARENTERAL

<i>AÑOS DE ANTIGUEDAD EN EL USO VIA I.V.</i>	<i>Nº DE TRATAMIENTOS</i>	
	<i>NINGUNO n (%)</i>	<i>ALGUNO n (%)</i>
<4	195 (26.7)	102 (21.2)
4-6	199 (27.3)	132 (27.4)
7-9	144 (19.7)	93 (19.3)
>9	112 (15.3)	73 (15.1)
NS/NC.....	80 (11.0)	82 (17.0)
TOTAL	730 (100)	482 (100)

$\chi^2= 11.65, \quad 4 \text{ g.l.}, p<0.025$

TABLA 51
NUMERO DE TRATAMIENTOS CON METADONA Y AÑOS
DE ANTIGUEDAD EN EL USO DE LA VIA PARENTERAL

<i>AÑOS DE ANTIGUEDAD EN EL USO VIA I.V.</i>	<i>Nº DE TRATAMIENTOS</i>	
	<i>NINGUNO n (%)</i>	<i>ALGUNO n (%)</i>
<4	267 (26.7)	29 (13.9)
4-6	278 (27.8)	52 (25.0)
7-9	181 (18.1)	55 (26.4)
10-12	92 (9.2)	47 (22.6)
>12	33 (3.3)	13 (6.3)
NS/NC.....	148 (14.8)	12 (5.8)
TOTAL	999 (100)	208 (100)

$\chi^2= 59.67, \quad 6 \text{ g.l.}, p<0.0001$

TABLA 52
NUMERO DE TRATAMIENTOS CON NALTREXONA Y AÑOS
DE ANTIGUEDAD EN EL USO DE LA VIA PARENTERAL

<i>AÑOS DE ANTIGUEDAD EN EL USO VIA I.V.</i>	<i>Nº DE TRATAMIENTOS</i>	
	<i>NINGUNO n (%)</i>	<i>ALGUNO n (%)</i>
<1	40 (3.6)	2 (2.2)
1-3	239 (21.5)	16 (17.2)
4-6	309 (27.8)	20 (21.5)
7-9	209 (18.8)	26 (28.0)
10-12	119 (10.7)	19 (20.4)
> 12	42 (3.8)	3 (3.2)
NS/NC	153 (13.8)	7 (7.5)
TOTAL	1111 (100)	93 (100)

$\chi^2 = 16.52, \quad 7 \text{ g.l.}, \quad p < 0.025$

TABLA 53
NUMERO DE TRATAMIENTOS EN COMUNIDADES TERAPEUTICAS
Y AÑOS DE ANTIGUEDAD EN EL USO DE LA VIA PARENTERAL

<i>AÑOS DE ANTIGUEDAD EN EL USO VIA I.V.</i>	<i>Nº DE TRATAMIENTOS</i>	
	<i>NINGUNO n (%)</i>	<i>ALGUNO n (%)</i>
<1	39 (4.0)	2 (0.8)
1-3	231 (24.0)	24 (9.7)
4-6	257 (26.7)	73 (29.6)
7-9	164 (17.0)	75 (30.4)
10-12	86 (8.9)	53 (21.5)
> 12	32 (3.3)	14 (5.7)
NS/NC	154 (16.0)	6 (2.4)
TOTAL	963 (100)	247 (100)

$\chi^2 = 100.42, \quad 6 \text{ g.l.}, \quad p < 0.0001$

TABLA 54
NUMERO DE OTROS TRATAMIENTOS INICIADOS Y AÑOS DE ANTIGUEDAD EN EL USO DE LA VIA PARENTERAL

<i>AÑOS DE ANTIGUEDAD EN EL USO VIA I.V.</i>	<i>Nº DE TRATAMIENTOS</i>	
	<i>NINGUNO n (%)</i>	<i>ALGUNO n (%)</i>
<1	32 (3.9)	8 (4.1)
1-3	180 (21.7)	36 (18.7)
4-6	231 (27.8)	56 (29.0)
7-9	166 (20.0)	34 (17.6)
10-12	77 (9.3)	31 (16.1)
>12	27 (3.2)	11 (5.7)
NS/NC.....	118 (14.2)	17 (8.8)
TOTAL	831 (100)	193 (100)

$\chi^2= 14.80$ 6 g.l., $p<0.05$

TABLA 55
NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y AÑOS DE ANTIGUEDAD EN EL USO DE LA VIA PARENTERAL

<i>NIVEL DE CONOCIMIENTOS</i>	<i>AÑOS DE ANTIGUEDAD</i>				<i>NS/NC n (%)</i>
	<i><4 n (%)</i>	<i>4-6 n (%)</i>	<i>7-9 n (%)</i>	<i>>9 n (%)</i>	
<8	16 (5.3)	9 (2.7)	10 (4.1)	4 (2.9)	12 (7.1)
8	17 (5.6)	15 (4.5)	7 (2.9)	0 (0.0)	10 (6.0)
9	26 (8.5)	23 (6.9)	14 (5.6)	11 (7.9)	11 (6.6)
10	40 (13.1)	41 (12.3)	24 (9.9)	10 (7.1)	30 (18.0)
11	81 (26.6)	76 (22.7)	51 (21.1)	30 (21.6)	47 (28.1)
12	59 (19.4)	108 (32.3)	76 (31.4)	44 (31.6)	34 (20.3)
13	65 (21.4)	62 (18.6)	60 (24.8)	40 (28.8)	23 (13.8)
TOTAL	304 (100)	334 (100)	242 (100)	139 (100)	167 (100)

$\chi^2= 58.40$, 24 g.l., $p<0.0001$

TABLA 56
PROBABILIDAD QUE CREE TENER DE ADQUIRIR EL SIDA Y AÑOS
DE ANTIGUEDAD EN EL USO DE LA VIA PARENTERAL

AÑOS DE ANTIGUEDAD EN EL USO VIA PARENTERAL	PROBABILIDAD				TOTAL n (%)
	NADA n (%)	ALGO n (%)	PROB/SEGURO n (%)	NS/NC n (%)	
<4	75 (37.9)	86 (43.4)	12 (10.6)	25 (12.6)	198 (100)
4-6	69 (34.5)	83 (41.5)	21 (10.5)	27 (13.5)	200 (100)
7-9	43 (37.7)	47 (41.2)	9 (7.9)	15 (13.1)	114 (100)
>9	25 (34.2)	26 (35.6)	8 (10.9)	14 (19.1)	73 (100)
NS/NC	59 (65.5)	22 (24.4)	6 (6.7)	3 (3.3)	90 (100)

$\chi^2 = 35.06$, 12 g.l., $p < 0.0001$

TABLA 57
ANTIGUEDAD EN LA VIA PARENTERAL Y SI EL MATERIAL
DE INYECCION ES NUEVO Y/O DESINFECTADO

ANTIGUEDAD EN LA VIA PARENTERAL (años)	MATERIAL NUEVO/DESINFECTADO		TOTAL n (%)
	NO n (%)	SI n (%)	
<1	25 (62.5)	15 (37.5)	40 (100)
1-3	148 (63.5)	85 (36.5)	233 (100)
4-6	199 (69.6)	87 (30.4)	286 (100)
7-9	146 (69.5)	64 (40.5)	210 (100)
10-12	78 (59.1)	54 (40.9)	132 (100)
>12	18 (48.6)	19 (51.4)	37 (100)

$\chi^2 = 11.22$, 5 g.l., $p < 0.05$

TABLA 58
AÑOS DE ANTIGUEDAD EN LA VIA PARENTERAL Y DESTINO DEL MATERIAL

AÑOS DE ANTIGUEDAD	DESTINO DEL MATERIAL			
	DAR AL COMPAÑERO n (%)	REUTILIZAR LIMPIAR n (%)	OTROS n (%)	TOTAL n (%)
<1	2 (5.0)	18 (45.0)	20 (50.0)	40 (100)
1-3	70 (31.1)	67 (29.8)	88 (39.1)	225 (100)
4-6	66 (23.3)	96 (33.9)	121 (42.8)	283 (100)
7-9	42 (20.0)	81 (38.6)	87 (41.4)	210 (100)
10-12	15 (11.4)	50 (37.8)	67 (50.8)	132 (100)
>12	7 (19.4)	15 (41.7)	14 (38.9)	36 (100)

$\chi^2 = 28.83$, 10 g.l., $p < 0.005$

TABLA 59
AÑOS DE ANTIGUEDAD EN LA VIA PARENTERAL Y USO DEL PRESERVATIVO

USO DEL PRESERVATIVO	AÑOS DE ANTIGUEDAD VIA PARENTERAL				
	<4 n (%)	4-6 n (%)	7-9 n (%)	>9 n (%)	NS/NC n (%)
No gusta	122 (40.1)	161(48.1)	100 (41.2)	65 (35.1)	69 (41.6)
Usa otro método	47 (15.5)	41 (12.2)	27 (11.1)	20 (10.8)	37 (22.3)
Usa siempre	36 (11.8)	51 (15.2)	49 (20.2)	37 (20.0)	23 (13.9)
Otros	34 (11.2)	26 (7.8)	18 (7.4)	19 (10.3)	16 (9.6)
NS/NC	65 (21.4)	56 (16.7)	49 (20.2)	44 (23.8)	21 (12.7)
TOTAL	304 (100)	335 (100)	243 (100)	185 (100)	166 (100)

$\chi^2 = 36.82$, 16 g.l., $p < 0.005$

TABLA 60
MEDIDAS CONSIDERADAS COMO MAS EFICACES Y AÑOS DE ANTIGUEDAD EN EL USO DE LA VIA PARENTERAL

AÑOS DE ANTIGUEDAD EN EL USO VIA I.V.	MEDIDAS						TOTAL n (%)
	JERINGUILLAS GRATIS n (%)	MAQUINAS DE JERINGUILLAS n (%)	FOLLETOS n (%)	PROGRAMAS n (%)	OTROS n (%)		
<4	135 (45.4)	42 (14.1)	55 (18.5)	37 (12.5)	28 (9.4)	297 (100)	
4-6	151 (45.6)	63 (19.0)	59 (17.8)	35 (10.6)	23 (6.9)	331 (100)	
7-9	96 (40.5)	41 (17.3)	57 (24.0)	23 (9.7)	20 (8.4)	237 (100)	
>9	76 (42.5)	12 (6.7)	53 (29.6)	24 (13.4)	14 (7.8)	179 (100)	
NS/NC	55 (34.6)	20 (12.6)	49 (30.8)	19 (11.9)	16 (10.0)	159 (100)	

$\chi^2 = 40.60, 20 \text{ g.l.}, p < 0.005$

TABLA 61
AÑOS DE ANTIGUEDAD EN LA VIA PARENTERAL Y CONSUMO
DE HEROINA EN LOS ULTIMOS SEIS MESES

<i>HEROINA</i>	<i>AÑOS DE ANTIGUEDAD</i>			
	<i><4 n (%)</i>	<i>4-6 n (%)</i>	<i>7-9 n (%)</i>	<i>>9 n (%)</i>
Nunca	20 (6.9)	39 (12.3)	28 (12.0)	13 (7.3)
<=1/semana	33 (11.5)	21 (6.6)	15 (6.4)	15 (8.4)
2-6/semana	20 (6.9)	27 (8.5)	13 (5.6)	14 (7.8)
1/día	76 (26.4)	68 (21.5)	46 (19.7)	32 (17.9)
>1/día	139 (48.3)	142 (44.8)	132 (56.4)	105 (58.7)
TOTAL	288 (100)	317 (100)	234 (100)	179 (100)

$\chi^2 = 27.48$, 12 g.l., $p < 0.01$

TABLA 62
AÑOS DE ANTIGUEDAD EN EL USO DE LA VIA PARENTAL Y NUMERO DE PAREJAS SEXUALES
EN LOS ULTIMOS SEIS MESES

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	AÑOS DE ANTIGUEDAD VIA PARENTAL						NS/NC n (%)
	<1 n (%)	1-3 n (%)	4-6 n (%)	7-9 n (%)	10-12 n (%)	>12 n (%)	
1.....	18 (42.9)	131 (49.8)	168 (50.1)	101 (41.7)	57 (41.3)	15 (32.6)	90 (54.2)
2.....	10 (23.8)	40 (15.2)	59 (17.6)	48 (19.8)	17 (12.3)	5 (10.9)	19 (11.4)
3-5.....	4 (9.5)	30 (11.4)	46 (13.7)	42 (17.4)	25 (18.1)	8 (17.4)	33 (19.9)
>5.....	5 (11.9)	14 (5.3)	14 (4.2)	14 (5.8)	11 (8.0)	6 (13.0)	11 (6.6)
NS/NC.....	5 (11.9)	48 (18.3)	48 (14.3)	37 (15.3)	28 (20.3)	12 (26.1)	13 (7.8)
TOTAL.....	42 (100)	263 (100)	335 (100)	242 (100)	138 (100)	46 (100)	166 (100)

$\chi^2 = 46.68, 24 \text{ g.l.}, p < 0.005$

TABLA 63
EDAD DE PRIMER USO VIA PARENTERAL Y RIESGO DE VIH+

VARIABLE	VIH		OR (IC 95%)
	(+)	(-)	
HEROINA			
<15	37	37	1.8 (0.9-3.5)
15-19	141	174	1.3 (0.8-2.1)
20-24	103	134	1.2 (0.7-2.0)
>24	31	49	1*
BUPRENORFINA			
<15	2	6	0.2 (0.0-1.2)
15-19	15	36	0.3 (0.1-0.7)
20-24	46	75	0.4 (0.2-0.9)
25-29	32	39	0.5 (0.2-1.2)
>29	18	11	1*
OTROS OPIACEOS			
<15	8	4	2.0 (0.4-9.8)
15-19	32	23	1.4 (0.4-4.5)
20-24	27	28	1.0 (0.3-3.1)
>24	7	7	1*
COCAINA			
<15	16	14	1.1 (0.5-2.6)
15-19	74	97	0.7 (0.4-1.3)
20-24	66	97	0.7 (0.4-1.2)
>24	37	36	1*
HEROINA+COCAINA			
<15	13	8	1.3 (0.4-4.6)
15-19	71	97	0.6 (0.2-1.5)
20-24	88	114	0.6 (0.3-1.6)
25-29	26	41	0.5 (0.2-1.4)
>29	11	9	1*
HIPNOSEDANTES			
<15	4	9	0.4 (0.1-2.0)
15-19	15	23	0.7 (0.2-2.1)
20-24	10	15	0.7 (0.2-2.4)
>24	8	8	1*

* Grupo de referencia

TABLA 64
FRECUENCIA DE USO DE LA VIA PARENTERAL EN LOS ULTIMOS SEIS MESES Y RIESGO DE INFECCION POR VIH

VARIABLE	VIH		OR (IC 95%)
	(+)	(-)	
HEROINA			
> 1/día	165	167	1.2 (0.7-1.9)
1/día	59	98	0.7 (0.4-1.2)
2-6/semana	26	25	1.2 (0.6-2.5)
<2/semana	23	44	0.6 (0.3-1.2)
Nunca	34	40	1*
BUPRENORFINA			
> 1/día	31	37	1.0 (0.5-1.9)
1/día	10	15	0.8 (0.3-1.9)
2-6/semana	5	21	0.3 (0.1-0.8)
<2/semana	21	46	0.5 (0.3-1.0)
Nunca	46	55	1*
OTROS OPIACEOS			
> 1/día	7	7	1.2 (0.4-3.7)
<=1/día	11	15	0.9 (0.4-2.1)
Nunca	56	68	1*
COCAINA			
> 1/día	29	35	0.9 (0.5-1.6)
1/día	15	15	1.1 (0.5-2.3)
2-6/semana	14	26	0.6 (0.3-1.2)
<2/semana	50	91	0.6 (0.4-0.9)
Nunca	73	78	1*
HEROINA+COCAINA			
> 1/día	48	55	0.9 (0.5-1.5)
1/día	23	28	0.8 (0.4-1.6)
2-6/semana	18	16	1.2 (0.5-2.5)
<2/semana	53	106	0.5 (0.3-0.8)
Nunca	60	62	1*
HIPNOSEDANTES			
>= 1/día	8	14	1.0 (0.4-2.6)
<1/día	8	16	0.8 (0.3-2.2)
Nunca	32	54	1*

* Grupo de referencia

TABLA 65
CONSUMO DE HEROINA EN LOS ULTIMOS SEIS MESES Y MATERIAL
NUEVO/DESINFECTADO

<i>HEROINA</i>	<i>MATERIAL NUEVO/DESINFECTADO</i>	
	<i>NO</i> <i>n (%)</i>	<i>SI</i> <i>n (%)</i>
Nunca	9 (56.2)	7 (43.7)
<=1/semana	40 (47.0)	45 (53.0)
2-6/semana	51 (66.2)	26 (33.8)
1/día	140 (58.6)	99 (41.4)
>1/día	369 (71.8)	145 (28.2)
NS/NC	5 (62.5)	3 (37.5)

$\chi^2 = 27.47$, 5 g.l., $p < 0.0001$

TABLA 66
NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES Y CONSUMO DE HEROINA
EN LOS ULTIMOS SEIS MESES

<i>HEROINA</i>	<i>NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES</i>				
	<i>UNA</i> <i>n (%)</i>	<i>DOS</i> <i>n (%)</i>	<i>3-5</i> <i>n (%)</i>	<i>>5</i> <i>n (%)</i>	<i>NS/NC</i> <i>n (%)</i>
Nunca	49 (8.5)	13 (6.5)	24 (12.8)	9 (12.0)	17 (8.9)
<=1/semana	35 (6.0)	15 (7.5)	15 (8.0)	6 (8.0)	14 (7.3)
2-6/semana	23 (4.0)	10 (5.0)	19 (10.1)	5 (6.7)	19 (9.9)
1/día	127 (21.9)	40 (20.0)	26 (13.8)	11 (14.7)	37 (19.3)
>1/día	239 (41.3)	98 (49.0)	72 (38.3)	33 (44.0)	77 (40.1)
NS/NC	106 (18.3)	24 (12.0)	33 (17.0)	11 (14.7)	28 (14.6)
TOTAL	579 (100)	200 (100)	188 (100)	75 (100)	192 (100)

$\chi^2 = 33.78$, 20 g.l., $p < 0.05$

TABLA 67
USO DEL PRESERVATIVO Y CONSUMO DE HEROINA EN LOS ULTIMOS SEIS MESES

<i>HEROINA</i>	<i>USO DEL PRESERVATIVO</i>				
	<i>NO GUSTA</i> <i>n (%)</i>	<i>USO OTRO MET.</i> <i>n (%)</i>	<i>SIEMPRE</i> <i>n (%)</i>	<i>OTROS</i> <i>n (%)</i>	<i>NS/NC</i> <i>n (%)</i>
Nunca	44 (8.5)	12 (6.9)	19 (9.7)	6 (5.3)	31 (13.2)
<=1/semana	32 (6.2)	9 (5.2)	12 (6.1)	13 (11.5)	20 (8.5)
2-6/semana	20 (3.9)	12 (6.9)	22 (11.2)	8 (7.1)	15 (6.4)
1/día	99 (19.1)	43 (24.7)	35 (17.9)	13 (11.5)	52 (22.1)
> 1/día	243 (46.9)	61 (35.1)	79 (40.3)	52 (46.0)	84 (35.7)
NS/NC	80 (15.4)	37 (21.3)	29 (14.8)	21 (18.6)	33 (14.0)
TOTAL	518 (100)	174 (100)	196 (100)	113 (100)	235 (100)

$\chi^2 = 44.97, 20 \text{ g.l.}, p < 0.001$

TABLA 68
NIVEL DE CONOCIMIENTO Y CONSUMO DE HEROINA PARENTERAL EN LOS ULTIMOS 6 MESES

HEROINA	NIVEL DE CONOCIMIENTO						
	<9 n (%)	9 n (%)	10 n (%)	11 n (%)	12 n (%)	13 n (%)	
Nunca	9 (8.6)	11 (11.8)	9 (6.1)	25 (8.5)	34 (10.1)	25 (9.7)	
<=1/semana	10 (9.6)	7 (7.5)	6 (4.1)	21 (7.1)	26 (7.7)	15 (5.8)	
2-6/semana	2 (1.9)	8 (8.6)	7 (4.8)	20 (6.8)	23 (6.8)	16 (6.2)	
1/día	15 (14.4)	17 (18.3)	31 (21.1)	50 (17.0)	69 (20.5)	60 (23.2)	
>1/día	40 (38.5)	32 (34.4)	64 (43.5)	123 (41.8)	147 (43.6)	112 (43.2)	
NS/NC	28 (26.9)	18 (19.4)	30 (20.4)	55 (18.7)	38 (11.3)	31 (12.0)	
TOTAL	104 (100)	93 (100)	147 (100)	294 (100)	337 (100)	259 (100)	

χ²= 48.78, 30 g.l., p<0.05

TABLA 69
PROBABILIDAD QUE CREE DE CONTRAER LA INFECCION POR VIH
Y CONSUMO DE HEROINA EN LOS ULTIMOS SEIS MESES

<i>HEROINA</i>	<i>PROBABILIDAD DE TENER EL SIDA</i>			
	<i>NADA</i> <i>n (%)</i>	<i>ALGO</i> <i>n (%)</i>	<i>PROBABLE/SEGURO</i> <i>n (%)</i>	<i>NS/NC</i> <i>n (%)</i>
Nunca	28 (45.9)	23 (37.7)	1 (1.6)	9 (14.7)
<=1/semana	14 (32.5)	14 (32.5)	6 (13.0)	9 (20.0)
2-6/semana	15 (40.5)	13 (35.1)	5 (13.5)	4 (10.8)
1/día	57 (41.0)	52 (37.4)	11 (7.9)	19 (13.6)
> 1/día	88 (24.7)	130 (45.9)	27 (9.5)	38 (13.4)
NS/NC	70 (63.1)	30 (27.0)	6 (5.4)	5 (4.5)

$\chi^2 = 46.25$, 15 g.l., $p < 0.001$

TABLA 70
MEDIDAS MAS EFICACES PARA LOS PACIENTES PARA PREVENIR EL SIDA Y CONSUMO DE HEROINA
EN LOS ULTIMOS SEIS MESES

HEROINA	MEDIDAS MAS EFICACES						TOTAL n (%)
	JERINGUILLAS GRATUITAS n (%)	MAQUINAS DE JERINGUILLAS n (%)	FOLLETOS n (%)	PROGRAMAS n (%)	OTROS n (%)		
Nunca	41 (38.3)	18 (16.8)	20 (18.6)	15 (14.0)	13 (12.1)	107 (100)	
<=1/semana	34 (40.5)	10 (11.9)	24 (28.6)	5 (5.9)	11 (13.1)	84 (100)	
2-6/semana	35 (46.0)	13 (17.1)	15 (19.7)	8 (10.5)	5 (6.6)	76 (100)	
1/día	118 (49.6)	42 (17.6)	37 (15.5)	19 (7.9)	22 (9.2)	238 (100)	
>1/día	223 (43.6)	74 (14.5)	115 (22.5)	68 (13.3)	31 (6.0)	511 (100)	
NS/NC	62 (32.6)	22 (11.6)	62 (32.6)	24 (12.6)	20 (10.5)	128 (100)	

$\chi^2 = 43.63, 20 \text{ g.l.}, p < 0.005$

TABLA 71
OPINION DE LOS PACIENTES SOBRE LAS CAUSAS
DE LA TRANSMISION DE LA INFECCION POR VIH Y CONSUMO
DE HEROINA EN LOS ULTIMOS SEIS MESES

<i>HEROINA</i>	<i>OPINION</i>				<i>TOTAL</i> <i>n (%)</i>
	<i>NO CONOCEN</i> <i>LAS MEDIDAS</i> <i>n (%)</i>	<i>JERINGUILLAS</i> <i>CARAS</i> <i>n (%)</i>	<i>DESINTERES</i> <i>n (%)</i>	<i>OTRAS</i> <i>n (%)</i>	
Nunca	17 (14.0)	5 (4.1)	71 (58.7)	18 (23.1)	111 (100)
<=1/semana	23 (27.1)	6 (7.0)	37 (43.5)	19 (22.3)	85 (100)
2-6/semana.....	15 (19.7)	2 (2.7)	37 (48.7)	22 (28.9)	73 (100)
1/día.....	42 (17.8)	24 (10.2)	116 (49.1)	54 (22.9)	236 (100)
>1/día.....	82 (16.0)	53 (10.4)	286 (56.0)	90 (17.6)	511 (100)
NS/NC.....	46 (24.2)	18 (9.5)	89 (46.8)	37 (19.5)	190 (100)

$\chi^2 = 30.53$, 15 g.l., $p < 0.025$

TABLA 72
MEDIDAS QUE CONOCE EN LA CIUDAD PARA PREVENIR EL SIDA Y CONSUMO DE HEROINA
EN LOS ULTIMOS SEIS MESES

HEROINA	MEDIDAS QUE CONOCE (1ª OPCION)							TOTAL n (%)
	Jeringuillas n (%)	Preservativos n (%)	Folletos n (%)	Programas n (%)	Otros n (%)	NS/NC n (%)		
Nunca	5 (4.5)	59 (52.7)	26 (23.2)	8 (7.1)	10 (8.9)	4 (3.6)	112 (100)	
<=1/semana ...	10 (11.6)	30 (34.9)	23 (26.7)	8 (9.3)	9 (10.5)	6 (7.0)	86 (100)	
2-6/semana	8 (10.4)	24 (31.2)	20 (26.0)	11 (14.3)	10 (13.0)	4 (5.1)	77 (100)	
1/día	25 (10.4)	83 (34.4)	71 (29.5)	22 (9.1)	35 (14.5)	5 (2.1)	241 (100)	
> 1/día	30 (5.8)	245 (47.2)	139 (26.8)	59 (11.4)	34 (6.5)	12 (2.3)	419 (100)	
NS/NC	25 (12.4)	80 (39.8)	46 (22.9)	26 (12.9)	14 (7.0)	10 (5.0)	201 (100)	

$\chi^2 = 54.89$, 25 g.l., $p < 0.001$

TABLA 73
FRECUENCIA DE USO DE HEROINA PARENTERAL Y MODIFICACION DE CONDUCTA TRAS TRATAMIENTO

MODIFICACION DE CONDUCTA	FRECUENCIA DE USO DE HEROINA I.V.						NS/NC n (%)
	NUNCA n (%)	<1/SEMANA n (%)	2-6/SEMANA n (%)	1/DIA n (%)	>1/DIA n (%)		
Nada	24 (21.6)	12 (14.3)	11 (14.5)	56 (23.2)	107 (20.6)	63 (31.7)	
Uso jeringuil.	22 (19.8)	23 (27.4)	21 (27.6)	71 (29.5)	165 (31.8)	11 (5.5)	
Uso preservat.	18 (16.2)	9 (10.7)	11 (14.5)	3 (1.2)	29 (5.6)	7 (3.5)	
Med. conviven.	21 (18.9)	21 (25.0)	11 (14.5)	35 (14.5)	94 (18.1)	37 (18.6)	
Otras	8 (7.2)	5 (6.0)	6 (7.9)	18 (7.4)	31 (7.0)	30 (15.1)	
No recibe tto.	18 (16.2)	14 (16.7)	16 (21.1)	58 (24.1)	93 (17.9)	51 (25.6)	
TOTAL	111 (100)	84 (100)	76 (100)	241 (100)	519 (100)	199 (100)	

χ²= 124.17, 25 g.l., p<0.0001

TABLA 74
FRECUENCIA DE USO DE HEROINA PARENTERAL Y MODIFICACION DE CONDUCTA EN EL CONSUMO TRAS EL TRATAMIENTO

<i>MODIFICACION DE CONDUCTA</i>	<i>FRECUENCIA DE USO DE HEROINA PARENTERAL</i>			
	<i>NUNCA n (%)</i>	<i><1/DIA n (%)</i>	<i>1/DIA n (%)</i>	<i>>1/DIA n (%)</i>
Abandono vía parenteral	19 (23.8)	8 (7.4)	14 (9.0)	16 (4.7)
Reducción nº inyecciones	8 (10.0)	23 (21.3)	26 (16.7)	35 (10.2)
No comparte material	7 (8.8)	15 (13.9)	20 (18.8)	52 (15.1)
Comparte menos material	1 (1.3)	6 (5.6)	9 (5.8)	25 (7.3)
Usa sólo material estéril	2 (2.5)	7 (6.5)	9 (5.8)	27 (7.8)
Técnicas de desinfección	2 (2.5)	5 (4.6)	2 (1.3)	17 (4.9)
No modifica	20 (25.0)	32 (29.6)	44 (28.2)	122 (35.5)
Otras	14 (17.5)	6 (7.4)	15 (9.6)	25 (7.3)
NS/NC	7 (8.8)	6 (5.6)	17 (10.9)	25 (7.3)
TOTAL	80 (100)	108 (100)	156 (100)	344 (100)

$\chi^2= 67.28, 24 \text{ g.l.}, p<0.0001$

TABLA 75
INYECCION DE OTROS OPIACEOS EN LOS ULTIMOS SEIS MESES Y DESTINO DEL MATERIAL DE INYECCION

<i>DESTINO DEL MATERIAL</i>	<i>INYECCION DE OTROS OPIACEOS</i>	
	<i>NO n (%)</i>	<i>SI n (%)</i>
Dar compañero	147 (22.3)	55 (20.4)
Tírar a la calle	279 (42.4)	85 (31.6)
Reutilizar/limpiar	210 (31.9)	116 (43.1)
Otros	22 (3.3)	13 (4.8)
TOTAL	658 (100)	269 (100)

$\chi^2= 13.93, 3 \text{ g.l.}, p<0.005$

TABLA 76
INYECCION DE COCAINA EN LOS ULTIMOS SEIS MESES Y DESTINO DEL MATERIAL DE INYECCION

<i>DESTINO DEL MATERIAL</i>	<i>INYECCION DE COCAINA</i>	
	<i>NO n (%)</i>	<i>SI n (%)</i>
Dar compañero	120 (21.7)	82 (21.9)
Tirar a la calle	240 (43.6)	124 (33.1)
Reutilizar/limpiar	178 (32.3)	148 (39.5)
Otros	13 (2.4)	21 (5.5)
TOTAL	551 (100)	375 (100)

$\chi^2= 15.88, \quad 3 \text{ g.l.}, p<0.005$

TABLA 77
INYECCION DE COCAINA O HEROINA+COCAINA EN LOS ULTIMOS SEIS MESES Y DESTINO DEL MATERIAL DE INYECCION

<i>DESTINO DEL MATERIAL</i>	<i>INYECCION DE COCA O HERO+COCA</i>	
	<i>NO n (%)</i>	<i>SI n (%)</i>
Dar compañero	75 (20.8)	126 (22.2)
Tirar a la calle	171 (47.6)	193 (34.2)
Reutilizar/limpiar	107 (29.7)	219 (38.7)
Otros	7 (1.9)	28 (4.9)
TOTAL	360 (100)	566 (100)

$\chi^2= 20.54, \quad 3 \text{ g.l.}, p<0.0005$

TABLA 78
INYECCION DE HEROINA+COCAINA EN LOS ULTIMOS SEIS MESES
Y DESTINO DEL MATERIAL DE INYECCION

<i>DESTINO DEL MATERIAL</i>	<i>INYECCION DE COCA+HEROINA</i>	
	<i>NO</i> <i>n (%)</i>	<i>SI</i> <i>n (%)</i>
Dar compañero	93 (22.4)	109 (21.4)
Tirar a la calle	182 (43.9)	182 (35.6)
Reutilizar/limpiar	127 (30.6)	199 (38.9)
Otros	13 (3.1)	21 (4.1)
TOTAL	415 (100)	511 (100)

$\chi^2 = 9.20, \quad 3 \text{ g.l.}, \quad p < 0.05$

TABLA 79
NUMERO DE DROGAS CONSUMIDAS POR VIA PARENTERAL
EN LOS ULTIMOS SEIS MESES Y RIESGO DE INFECCION POR VIH

<i>Nº DE DROGAS</i>	<i>VIH</i>		<i>OR (IC 95%)</i>
	<i>(+)</i>	<i>(-)</i>	
>5	6	6	0.9 (0.3-2.8)
5	9	14	0.6 (0.2-1.4)
4	31	58	0.5 (0.3-0.8)
3	66	95	0.6 (0.4-0.9)
2	64	86	0.7 (0.4-1.0)
1	103	91	1*

* Grupo de referencia

TABLA 80
NUMERO DE DROGAS CONSUMIDAS POR VIA PARENTERAL
Y FRECUENCIA DE COMPARTIR EL MATERIAL DE INYECCION

NUMERO DE DROGAS POR VIA PARENTERAL	COMPARTE		TOTAL n (%)
	NO n (%)	SI n (%)	
Una	234 (77.0)	70 (23.0)	304 (100)
Dos	178 (75.1)	59 (24.9)	237 (100)
Tres	154 (67.2)	75 (32.8)	229 (100)
Cuatro	65 (56.5)	50 (43.5)	115 (100)
Cinco	18 (56.3)	14 (43.7)	32 (100)
>Cinco	7 (43.8)	9 (56.2)	16 (100)

$\chi^2 = 29.02$, 5 g.l., $p < 0.0001$

TABLA 81
NUMERO DE DROGAS CONSUMIDAS POR VIA PARENTERAL
Y REUTILIZACION DE JERINGUILLAS USADAS POR OTROS

NUMERO DE DROGAS	REUTILIZACION				TOTAL n (%)
	NO n (%)	SI, SIN LAVAR n (%)	SI, OTROS n (%)	NS/NC n (%)	
1	86 (45.3)	8 (4.2)	84 (44.2)	12 (6.3)	190 (100)
2	46 (31.5)	13 (8.9)	79 (54.1)	8 (5.5)	146 (100)
3	52 (32.1)	6 (3.7)	95 (58.6)	9 (5.6)	162 (100)
4	21 (26.2)	7 (8.8)	45 (56.3)	7 (8.8)	80 (100)
>4	8 (21.6)	2 (5.4)	23 (62.2)	4 (10.8)	37 (100)

$\chi^2 = 22.65$, 12 g.l., $p < 0.05$

TABLA 82
NUMERO DE DROGAS CONSUMIDAS POR VIA PARENTERAL Y NUMERO DE PAREJAS SEXUALES
EN LOS ULTIMOS SEIS MESES

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	NUMERO DE DROGAS CONSUMIDAS					NS/NC n (%)
	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	>4 n (%)	
1	129 (41.9)	115 (48.3)	117 (50.2)	54 (45.8)	20 (39.2)	146 (50.7)
2	65 (21.1)	43 (18.1)	29 (12.4)	25 (21.2)	4 (7.8)	33 (11.5)
3-5	38 (12.3)	24 (10.1)	39 (16.7)	26 (22.0)	10 (19.6)	52 (18.1)
>5	21 (6.8)	11 (4.6)	18 (7.7)	5 (4.2)	5 (9.8)	17 (5.9)
NS/NC	55 (17.9)	45 (18.9)	30 (12.9)	8 (6.8)	12 (23.5)	40 (13.9)
TOTAL	308 (100)	238 (100)	233 (100)	118 (100)	51 (100)	288 (100)

$\chi^2 = 47.16$, 20 g.l., $p < 0.001$

TABLA 83
NUMERO DE DROGAS CONSUMIDAS POR VIA PARENTERAL
Y PROBABILIDAD QUE CREE TENER DE CONTRAER EL SIDA

NUMERO DE DROGAS	PROBABILIDAD				TOTAL N (%)
	NADA n (%)	ALGO n (%)	PROB/SEGURO n (%)	NS/NC n (%)	
1	54 (36.0)	55 (36.1)	17 (11.3)	24 (16.0)	150 (100)
2	49 (35.3)	62 (44.6)	11 (7.9)	17 (12.2)	139 (100)
3	43 (33.3)	59 (45.7)	12 (9.3)	15 (11.6)	129 (100)
4	28 (35.9)	29 (37.2)	8 (10.3)	13 (16.7)	78 (100)
>4	6 (22.2)	10 (37.0)	3 (11.1)	8 (29.6)	27 (100)
NS/NC.....	91 (59.5)	47 (30.7)	6 (3.9)	9 (5.9)	153 (100)

$\chi^2 = 49.02$, 15 g.l., $p < 0.0001$

TABLA 84
NUMERO DE DROGAS CONSUMIDAS POR VIA PARENTERAL Y MEDIDAS QUE SE CONOCEN EN LA CIUDAD
PARA PREVENIR EL SIDA

	MEDIDAS QUE SE CONOCEN							TOTAL n (%)
	ACCESO A JERINGUILLAS n (%)	ACCESO A PRESERV. n (%)	FOLLETOS n (%)	PROGRAMAS n (%)	OTRAS n (%)	NS/NC n (%)		
1.....	28 (9.1)	160 (52.3)	61 (19.9)	27 (8.8)	22 (7.2)	8 (2.6)	306 (100)	
2.....	20 (8.4)	83 (34.7)	74 (31.0)	32 (13.4)	22 (9.2)	8 (3.3)	239 (100)	
3.....	20 (8.7)	90 (39.0)	64 (27.7)	28 (12.1)	22 (9.5)	7 (3.0)	231 (100)	
4.....	4 (3.4)	40 (34.2)	41 (35.0)	11 (9.4)	17 (14.5)	4 (3.4)	117 (100)	
>4.....	1 (2.0)	15 (30.0)	23 (46.0)	3 (6.0)	7 (14.0)	1 (2.0)	50 (100)	
NS/NC.....	29 (10.1)	132 (45.8)	61 (21.2)	32 (11.1)	22 (7.6)	12 (4.1)	288 (100)	

$\chi^2 = 55.94$, 25 g.l., $p < 0.0005$

TABLA 85
FORMAS DE UTILIZACION DE LOS MATERIALES DE INYECCION
(ULTIMOS 6 MESES) Y RIESGO DE INFECCION POR VIH

VARIABLE	VIH		OR (IC 95%)
	(+)	(-)	
MAT. ESTERIL			
No siempre	199	207	1.8 (1.3-2.5)
Siempre	75	140	1*
USADA ANTES POR OTROS (GENERAL)			
SÍ, sin lavar	10	18	0.8 (0.3-1.8)
SÍ, lava con agua	118	92	1.8 (1.1-2.7)
SÍ, desinfectada	2	4	0.7 (0.1-3.9)
Nunca	57	79	1*
USADA ANTES POR PAREJA O AMIGOS			
Alguna vez	129	114	1.5 (1.0-2.2)
Nunca	71	94	1*
USADA ANTES POR DESCONOCIDOS			
Alguna vez	47	25	2.2 (1.3-3.8)
Nunca	153	182	1*

* Grupo de referencia

TABLA 86
MATERIAL NUEVO O DESINFECTADO Y FRECUENCIA DE COMPARTIR
EL MATERIAL DE INYECCION

MATERIAL NUEVO O DESINFECTADO	COMPARTE			TOTAL n (%)
	NO n (%)	SI		
		PAREJA/AMIGO n (%)	CUALQUIERA n (%)	
NO	399 (65.3)	201 (32.9)	11 (1.8)	611 (100)
SI	257 (80.3)	59 (18.4)	4 (1.3)	320 (100)

$\chi^2 = 22.83$, 2 g.l., $p < 0.0001$

TABLA 87
SI EL MATERIAL ES NUEVO Y/O DESINFECTADO Y DESTINO
DEL MATERIAL DE INYECCION

<i>DESTINO DEL MATERIAL</i>	<i>MATERIAL NUEVO/DESINFECTADO</i>	
	<i>NO n (%)</i>	<i>SI n (%)</i>
Dar compañero	151 (24.7)	51 (16.3)
Tirar a la calle	193 (31.5)	171 (54.8)
Reutilizar/limpiar	251 (41.0)	72 (23.1)
Otros	17 (2.8)	18 (5.8)
TOTAL	612 (100)	312 (100)

$\chi^2= 58.86, 3 \text{ g.l.}, p<0.0001$

TABLA 88
MEDIDAS QUE CONOCE EN LA CIUDAD PARA PREVENIR EL SIDA Y SI
EL MATERIAL DE INOCULACION ES NUEVO Y/O DESINFECTADO

<i>MEDIDAS QUE CONOCE</i>	<i>MATERIAL NUEVO/DESINFECTADO</i>	
	<i>NO n (%)</i>	<i>SI n (%)</i>
Acceso a jeringuillas	51 (8.3)	22 (6.6)
Acceso a preservativos	275 (44.7)	112 (33.6)
Folletos	162 (26.3)	99 (29.7)
Programas de tto.....	55 (8.9)	47 (14.1)
Otras	57 (9.2)	39 (11.7)
NS/NC.....	15 (2.4)	14 (4.2)
Total	615 (100)	333 (100)

$\chi^2= 15.73, 5 \text{ g.l.}, p<0.01$

TABLA 89
QUE PROBABILIDAD CREE QUE TIENE DE CONTRAER EL SIDA Y SI
EL MATERIAL ES SIEMPRE NUEVO Y/O DESINFECTADO

<i>PROBABILIDAD DE CONTRAER EL SIDA</i>	<i>MATERIAL NUEVO/DESINFECTADO</i>	
	<i>NO n (%)</i>	<i>SI n (%)</i>
Nada	94 (28.7)	84 (43.3)
Algo	149 (45.6)	67 (34.5)
Probable/Seguro	39 (11.9)	12 (6.2)
NS/NC.....	45 (13.7)	31 (16.0)
Total	327 (100)	194 (100)

$\chi^2= 15.63$, 3 g.l., $p<0.005$

TABLA 90
REUSO DE JERINGUILLAS USADAS POR OTROS Y FRECUENCIA
DE COMPARTIR EL MATERIAL DE INYECCION

<i>REUSO DE JERINGUILLAS USADAS POR OTROS</i>	<i>COMPORTE</i>		
	<i>NO n (%)</i>	<i>SI n (%)</i>	<i>TOTAL n (%)</i>
No	194 (91.9)	17 (8.1)	211 (100)
Sí, sin lavar.....	6 (16.7)	30 (83.3)	36 (100)
Sí, lavada con agua	153 (49.0)	159 (51.0)	312 (100)
Sí, con otros proced.....	9 (69.2)	4 (30.8)	13 (100)

$\chi^2= 135.71$, 3 g.l., $p<0.00001$

TABLA 91
COMPARTIR EL MATERIAL Y DESTINO DEL MATERIAL DE INYECCION

<i>DESTINO DEL MATERIAL</i>	<i>COMPARTIR</i>	
	<i>NO n (%)</i>	<i>SI n (%)</i>
Dar compañero	112 (17.0)	89 (32.0)
Tirar a la calle	284 (43.2)	78 (28.1)
Reutilizar/limpiar	225 (34.2)	98 (35.3)
Otros	24 (3.6)	11 (4.0)
NS/NC	13 (2.0)	2 (0.7)
TOTAL	658 (100)	278 (100)

$\chi^2 = 31.90$, 3 g.l., $p < 0.0001$

TABLA 92
**NUMERO DE PAREJAS SEXUALES Y FRECUENCIA DE COMPARTIR
EL MATERIAL DE INYECCION**

<i>NUMERO DE PAREJAS</i>	<i>COMPORTE</i>		
	<i>NO n (%)</i>	<i>SI n (%)</i>	<i>TOTAL n (%)</i>
Una	311 (72.5)	118 (27.5)	429 (100)
Dos	127 (77.4)	37 (22.6)	164 (100)
3-5	86 (64.5)	47 (35.5)	133 (100)
>5	37 (62.7)	22 (37.3)	59 (100)
NS/NC	96 (64.4)	53 (35.6)	149 (100)

$\chi^2 = 192.13$, 4 g.l., $p < 0.00001$

TABLA 93
COMPARTIR Y USO DEL PRESERVATIVO

<i>USO DEL PRESERVATIVO</i>	<i>COMPARTE</i>		
	<i>NO n (%)</i>	<i>SI n (%)</i>	<i>TOTAL n (%)</i>
No gusta	48 (65.8)	25 (34.2)	73 (100)
Usa otro método	289 (74.5)	98 (25.5)	387 (100)
Usa siempre	180 (70.3)	76 (29.7)	256 (100)
Otros	73 (72.3)	28 (27.7)	101 (100)
NS/NC	51 (57.3)	38 (42.7)	89 (100)

$\chi^2 = 11.68$, 4 g.l., $p < 0.025$

TABLA 94
**QUE PROBABILIDAD CREE QUE TIENE DE CONTRAER EL SIDA
Y FRECUENCIA DE COMPARTIR EL MATERIAL DE INYECCION**

<i>PROBABILIDAD DE CONTRAER SIDA</i>	<i>COMPARTE</i>	
	<i>NO n (%)</i>	<i>SI n (%)</i>
Nada	140 (38.7)	35 (23.0)
Algo	141 (39.1)	73 (48.0)
Prob/Seguro	37 (10.2)	13 (8.5)
NS/NC	43 (11.9)	31 (20.4)
Total	361 (100)	152 (100)

$\chi^2 = 15.50$, 3 g.l., $p < 0.005$

TABLA 95
MEDIDAS QUE CONOCE EN LA CIUDAD PARA PREVENIR EL SIDA
Y FRECUENCIA DE COMPARTIR EL MATERIAL DE INYECCION

<i>MEDIDAS QUE CONOCE</i>	<i>COMPARTE</i>	
	<i>NO n (%)</i>	<i>SI n (%)</i>
Acceso a jeringuillas	48 (7.5)	25 (9.4)
Acceso a preservativos	289 (45.0)	98 (36.9)
Folletos	180 (28.0)	76 (28.0)
Programas de tto.	73 (11.3)	28 (10.5)
Otras	51 (7.9)	38 (7.9)
Total	641 (100)	265 (100)

$\chi^2 = 11.68$, 4 g.l., $p < 0.025$

TABLA 96
MEDIDAS QUE LE PARECEN MAS EFICACES PARA PREVENIR EL SIDA
Y FRECUENCIA DE COMPARTIR EL MATERIAL DE INYECCION

<i>MEDIDAS QUE JUZGA MAS EFICACES</i>	<i>COMPARTE</i>	
	<i>NO n (%)</i>	<i>SI n (%)</i>
Jeringuillas gratis	277 (67.6)	133 (32.4)
Máquinas jeringuillas	105 (72.4)	40 (27.6)
Folletos	150 (76.9)	45 (23.1)
Programas de tto.	64 (62.1)	39 (37.9)
Otras	51 (73.9)	18 (26.1)
Total	647 (100)	275 (100)

$\chi^2 = 9.57$, 4 g.l., $p < 0.05$

TABLA 97
NUMERO DE TRATAMIENTOS AMBULATORIOS Y FRECUENCIA
DE COMPARTIR EL MATERIAL DE INYECCION

	COMPARTE			TOTAL n (%)
	NO n (%)	SI		
		PAREJA/AMIGO n (%)	CUALQUIERA n (%)	
<i>DESINTOXICACION AMBULATORIA</i>				
Nunca	249 (70.1)	104 (29.3)	2 (0.6)	355 (100)
1-3 veces	355 (71.0)	136 (27.2)	9 (1.8)	500 (100)
>3 veces	47 (68.1)	18 (26.1)	4 (5.8)	69 (100)

$\chi^2 = 10.45$, 4 g.l., $p < 0.05$

TABLA 98
NUMERO DE TRATAMIENTOS CON METADONA Y FRECUENCIA
DE COMPARTIR EL MATERIAL DE INYECCION

	COMPARTE			TOTAL n (%)
	NO n (%)	SI		
		PAREJA/AMIGO n (%)	CUALQUIERA n (%)	
<i>TRATAMIENTO CON METADONA</i>				
Nunca	532 (71.7)	198 (26.7)	12 (1.6)	742 (100)
1-3 veces	107 (67.3)	50 (31.4)	2 (1.3)	159 (100)
>3 veces	7 (41.2)	8 (47.1)	2 (11.8)	69 (100)

$\chi^2 = 15.88$, 4 g.l., $p < 0.005$

TABLA 99
COMPARTIR MATERIAL Y MODIFICACION DE CONDUCTA
EN EL CONSUMO TRAS EL TRATAMIENTO

<i>MODIFICACION DE CONDUCTA</i>	<i>COMPARTIR MATERIAL</i>	
	<i>NO</i> <i>n (%)</i>	<i>SI</i> <i>n (%)</i>
Abandono vía i.v.	27 (6.4)	12 (6.3)
Reducción nº inyecciones	51 (12.1)	32 (16.7)
No comparte material	67 (15.9)	23 (12.0)
Comparte menos material	18 (4.3)	23 (12.0)
Usa sólo material estéril	32 (7.6)	14 (7.3)
Técnicas de desinfección.....	19 (4.5)	4 (2.1)
No modifica	141 (33.4)	59 (30.7)
Otras	38 (9.0)	9 (4.7)
NS/NC	29 (6.9)	16 (8.3)
TOTAL	422 (100)	192 (100)

$\chi^2 = 21.15$, 8 g.l., $p < 0.01$

TABLA 100
NUMERO DE PAREJAS EN LOS ULTIMOS SEIS MESES Y RIESGO
DE INFECCION POR VIH

<i>Nº DE PAREJAS</i>	<i>VIH</i>		<i>OR (IC 95%)</i>
	<i>(+)</i>	<i>(-)</i>	
>5	21	27	1.5 (0.8-2.7)
3-5	52	69	1.4 (0.9-2.2)
2	65	66	1.9 (1.2-2.8)
1	120	226	1*

* Grupo de referencia

TABLA 101
TIPO DE RELACION EN MUJERES Y NUMERO DE PAREJAS SEXUALES
EN LOS ULTIMOS SEIS MESES

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	TIPO DE RELACION	
	HETEROSEXUAL n (%)	OTRAS n (%)
1	111 (62.4)	5 (35.7)
2	33 (18.5)	0 (-)
3-5	22 (12.4)	5 (35.7)
>5	12 (6.7)	4 (28.6)
TOTAL	178 (100)	14 (100)

$\chi^2 = 16.58$, 3 g.l., $p < 0.001$

TABLA 102
RELACIONES ANO-PENE EN VARONES Y NUMERO DE PAREJAS
SEXUALES EN LOS ULTIMOS SEIS MESES

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	RELACIONES ANO-PENE			
	NUNCA n (%)	POCAS n (%)	FRECUENTE SIEMPRE n (%)	TOTAL n (%)
1	382 (85.5)	49 (11.0)	16 (3.6)	447 (100)
2	129 (81.1)	24 (15.1)	6 (3.8)	159 (100)
3-5	106 (68.8)	31 (20.1)	17 (11.0)	154 (100)
>5	41 (69.5)	11 (18.6)	7 (11.9)	59 (100)

$\chi^2 = 29.40$, 6 g.l., $p < 0.0005$

TABLA 103
RELACION ANO-PENE EN MÚJERES Y NUMERO DE PAREJAS
SEXUALES EN LOS ULTIMOS SEIS MESES

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	RELACION ANO-PENE		
	NUNCA n (%)	OTRAS n (%)	TOTAL n (%)
1	98 (86.7)	15 (13.3)	113 (100)
2	25 (78.1)	7 (21.9)	32 (100)
3-5	18 (66.7)	9 (33.3)	27 (100)
>5	12 (70.6)	5 (29.4)	17 (100)

$\chi^2 = 7.37$, 3 g.l., $p < 0.05$

TABLA 104
RELACIONES BOCA-PENE EN VARONES Y NUMERO DE PAREJAS
SEXUALES EN LOS ULTIMOS SEIS MESES

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	RELACIONES BOCA-PENE				TOTAL n (%)
	NUNCA n (%)	POCAS n (%)	FRECUENTE n (%)	SIEMPRE n (%)	
1	232 (52.1)	115 (25.8)	82 (18.4)	16 (3.6)	445 (100)
2	67 (41.9)	48 (30.0)	38 (23.7)	7 (4.4)	160 (100)
3-5	56 (36.6)	37 (24.1)	49 (32.0)	11 (7.1)	153 (100)
>5	27 (45.7)	15 (25.4)	17 (28.8)	0 (-)	59 (100)

$\chi^2 = 24.75$, 9 g.l., $p < 0.005$

TABLA 105
RELACIONES VAGINA-PENE EN VARONES Y NUMERO DE PAREJAS SEXUALES EN LOS ULTIMOS SEIS MESES

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	RELACIONES VAGINA-PENE				TOTAL n (%)
	NUNCA n (%)	POCAS n (%)	FRECUENTE n (%)	SIEMPRE n (%)	
1	18 (4.0)	44 (9.8)	106 (23.6)	282 (62.7)	450 (100)
2	9 (5.6)	12 (7.4)	45 (27.9)	95 (59.0)	161 (100)
>2	2 (0.9)	13 (6.1)	45 (21.1)	153 (71.8)	213 (100)

$\chi^2 = 13.40$, 6 g.l., $p < 0.05$

TABLA 106
USO DEL PRESERVATIVO Y NUMERO DE PAREJAS SEXUALES EN LOS ULTIMOS SEIS MESES

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	USO DEL PRESERVATIVO						TOTAL n (%)
	NO GUSTA n (%)	USA OTRO METODO n (%)	SIEMPRE n (%)	OTROS n (%)	NS/NC n (%)		
1	270 (46.5)	116 (20.0)	91 (15.7)	48 (8.2)	55 (9.5)	580 (100)	
2	90 (45.2)	26 (13.0)	31 (15.6)	29 (14.6)	23 (11.6)	199 (100)	
3-5	87 (46.3)	21 (11.1)	36 (19.1)	22 (11.7)	22 (11.7)	188 (100)	
>5	39 (51.3)	5 (6.6)	20 (26.3)	8 (10.5)	4 (10.5)	76 (100)	
NS/NC	32 (16.8)	4 (2.1)	18 (9.5)	6 (3.2)	130 (3.2)	190 (100)	

χ²= 390.86, 16 g.l., p<0.0001

TABLA 107
PROBABILIDAD QUE CREE DE CONTRAER EL SIDA Y NUMERO
DE PAREJAS SEXUALES EN LOS ULTIMOS SEIS MESES

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	PROBABILIDAD				TOTAL n (%)
	NADA n (%)	ALGO n (%)	PROBABLE/SEGURO n (%)	NS/NC n (%)	
1	161 (47.5)	129 (38.0)	18 (5.3)	31 (9.1)	339 (100)
2	33 (30.6)	43 (39.8)	12 (11.1)	20 (18.5)	108 (100)
3-5	24 (24.7)	48 (49.5)	13 (13.4)	12 (12.4)	97 (100)
>5	13 (34.2)	7 (18.4)	7 (18.4)	11 (28.9)	38 (100)
NS/NC.....	41 (44.1)	35 (37.6)	7 (7.5)	10 (10.7)	93 (100)

$\chi^2 = 47.38$, 12 g.l., $p < 0.0001$

TABLA 108
MEDIDAS QUE JUZGA MAS EFICACES PARA PREVENIR EL SIDA EN DROGADICTOS Y NUMERO DE PAREJAS SEXUALES EN LOS ULTIMOS SEIS MESES

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	MEDIDAS QUE JUZGA MAS EFICACES						TOTAL N (%)
	JERINGUILLAS GRATIS n (%)	MAQUINAS DE JERINGUILLAS n (%)	FOLLETOS n (%)	PROGRAMAS n (%)	OTRAS n (%)		
1	250 (44.2)	80 (14.1)	128 (22.6)	70 (12.4)	38 (6.7)	566 (100)	
2	69 (35.7)	42 (21.8)	46 (23.8)	18 (9.3)	18 (9.3)	193 (100)	
3-5	85 (46.7)	29 (15.9)	36 (19.8)	13 (7.1)	19 (10.4)	182 (100)	
>5	36 (48.7)	8 (10.8)	16 (21.6)	10 (13.5)	4 (5.4)	74 (100)	
NS/NC	73 (39.0)	18 (9.6)	47 (25.1)	28 (15.0)	21 (11.2)	187 (100)	

$\chi^2 = 28.53, 16 \text{ g.l.}, p < 0.05$

TABLA 109
NUMERO DE PAREJAS SEXUALES Y MODIFICACION DE CONDUCTA SEXUAL TRAS EL CONOCIMIENTO
DE LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA

MODIFICACION DE CONDUCTA	NUMERO DE PAREJAS					NS/NC n (%)
	1 n (%)	2 n (%)	3-5 n (%)	>5 n (%)		
Menos relaciones	58 (16.0)	10 (9.1)	11 (8.6)	8 (16.3)	40 (29.6)	
No modifica	199 (55.0)	53 (48.2)	64 (50.0)	24 (49.0)	46 (34.1)	
Menos compañeros	15 (4.1)	11 (10.0)	9 (7.0)	1 (2.0)	3 (2.2)	
Más preservativos	38 (10.5)	15 (13.6)	14 (10.9)	5 (10.2)	6 (4.4)	
Siempre preservativos	21 (5.8)	14 (12.7)	17 (13.3)	4 (8.2)	5 (3.7)	
Otras	31 (8.6)	7 (6.3)	13 (10.2)	7 (14.3)	35 (25.9)	
TOTAL	362 (100)	110 (100)	128 (100)	49 (100)	135 (100)	

$\chi^2 = 90.08$, 20 g.l., $p < 0.0001$

TABLA 110
RELACIONES SEXUALES EN LOS VARONES Y RIESGO DE INFECCION
POR VIH

VARIABLE	VIH		OR (IC 95%)
	(+)	(-)	
SEXO DE LA PAREJA			
Bi y homosexuales	12	19	0.9 (0.4-1.9)
Heterosexuales	201	290	1*
RELACION BOCA-PENE			
Siempre	6	16	0.5 (0.2-1.4)
Frecuente	38	56	1.0 (0.6-1.6)
Pocas veces	60	75	1.1 (0.8-1.7)
Nunca	111	158	1*
RELACION BOCA-ANO			
Siempre/frecuente	9	15	0.9 (0.4-2.1)
Pocas veces	14	22	0.9 (0.4-1.8)
Nunca	193	269	1*
RELACION BOCA-VAGINA			
Siempre	12	27	0.5 (0.3-1.2)
Frecuente	70	83	1.0 (0.7-1.6)
Pocas veces	56	103	0.7 (0.4-1.0)
Nunca	76	94	1*
RELACION VAGINA-PENE			
Siempre	123	183	0.5 (0.3-1.1)
Frecuente	58	80	0.6 (0.3-1.2)
Pocas veces	16	30	0.4 (0.2-1.0)
Nunca	18	14	1*
RELACION ANO-PENE			
Siempre/frecuente	16	11	2.2 (1.0-4.9)
Pocas veces	35	44	1.2 (0.8-2.0)
Nunca	163	251	1*

* Grupo de referencia

TABLA 111
TIPO DE RELACION SEXUAL EN VARONES Y USO DEL PRESERVATIVO

<i>USO DEL PRESERVATIVO</i>	<i>TIPO DE RELACION SEXUAL</i>	
	<i>HETEROSEXUAL</i> <i>n (%)</i>	<i>OTRAS</i> <i>n (%)</i>
No gusta	397 (49.3)	37 (68.5)
Usa otro método	116 (14.4)	2 (3.7)
Usa siempre	145 (18.0)	2 (3.7)
Otros	70 (8.7)	5 (9.3)
NS/NC	77 (9.6)	8 (14.8)
TOTAL	805 (100)	54 (100)

$\chi^2 = 15.40$, 4 g.l., $p < 0.005$

TABLA 112
RELACION BOCA-PENE EN VARONES Y USO DEL PRESERVATIVO

<i>USO DEL PRESERVATIVO</i>	<i>RELACION BOCA-PENE</i>			
	<i>NUNCA</i> <i>n (%)</i>	<i>POCAS</i> <i>n (%)</i>	<i>FRECUENTE</i> <i>n (%)</i>	<i>NS/NC</i> <i>n (%)</i>
No gusta	212 (52.7)	107 (49.8)	103 (45.8)	34 (19.1)
Usa otro método	46 (11.4)	25 (11.6)	43 (19.1)	6 (3.4)
Usa siempre	80 (19.9)	45 (20.9)	26 (11.6)	11 (6.2)
Otros	28 (7.0)	20 (9.3)	24 (10.7)	8 (4.5)
NS/NC	36 (9.0)	28 (8.4)	29 (12.8)	119 (66.9)
TOTAL	402 (100)	215 (100)	225 (100)	178 (100)

$\chi^2 = 323.24$, 12 g.l., $p < 0.0001$

TABLA 113
RELACION VAGINA-PENE EN VARONES Y USO DEL PRESERVATIVO

<i>USO DEL PRESERVATIVO</i>	<i>RELACION VAGINA-PENE</i>				
	<i>NUNCA n (%)</i>	<i>POCAS n (%)</i>	<i>FRECUENTE n (%)</i>	<i>SIEMPRE n (%)</i>	<i>NS/NC n (%)</i>
No gusta	21 (45.7)	33 (45.8)	110 (56.7)	261 (49.1)	32 (18.5)
Otro método	2 (4.3)	6 (8.3)	28 (14.4)	78 (14.7)	5 (2.9)
Usa siempre	7 (15.2)	14 (19.4)	29 (14.9)	100 (18.8)	11 (6.4)
Otros	7 (15.2)	8 (11.1)	17 (8.8)	40 (7.5)	7 (4.0)
NS/NC.....	9 (19.6)	11 (15.3)	10 (5.2)	53 (10.0)	118 (68.2)
TOTAL	46 (100)	72 (100)	194 (100)	532 (100)	173 (100)

$\chi^2 = 328.57$, 16 g.l., $p < 0.0001$

TABLA 114
RELACION ANO-PENE EN VARONES Y USO DEL PRESERVATIVO

<i>USO DEL PRESERVATIVO</i>	<i>RELACION ANO-PENE</i>			
	<i>NUNCA n (%)</i>	<i>POCAS n (%)</i>	<i>FRECUENTE n (%)</i>	<i>NS/NC n (%)</i>
No gusta	334 (49.3)	58 (50.4)	29 (61.7)	35 (19.6)
Usa otro método .	93 (13.7)	15 (13.0)	5 (10.6)	7 (3.9)
Usa siempre.....	129 (19.0)	17 (14.8)	4 (8.5)	11 (6.1)
Otros	53 (7.8)	11 (9.6)	9 (19.2)	7 (3.9)
NS/NC.....	69 (10.2)	14 (12.2)	0 (-)	119 (66.5)
TOTAL	678 (100)	115 (100)	47 (100)	179 (100)

$\chi^2 = 313.51$, 12 g.l., $p < 0.0001$

TABLA 115
RELACION BOCA-VAGINA EN VARONES Y USO DEL PRESERVATIVO

USO DEL PRESERVATIVO	RELACION BOCA-VAGINA		
	NUNCA n (%)	OTRAS n (%)	NS/NC n (%)
No gusta	371 (48.9)	45 (61.7)	41 (21.9)
Usa otro método	104 (13.7)	9 (12.3)	7 (3.7)
Usa siempre	139 (18.3)	9 (12.3)	13 (7.0)
Otros	64 (8.4)	8 (11.0)	7 (3.7)
NS/NC	81 (10.7)	2 (2.7)	119 (63.6)
TOTAL	759 (100)	73 (100)	187 (100)

$\chi^2 = 284.70$, 8 g.l., $p < 0.0001$

TABLA 116
RELACIONES SEXUALES DURANTE LA MENSTRUACION
EN LOS VARONES Y RIESGO DE INFECCION POR VIH

VARIABLE	VIH		OR (IC 95%)
	(+)	(-)	
RELACION BOCA-VAGINA			
Siempre/frecuente	4	7	0.8 (0.2-2.7)
Pocas veces	15	25	0.8 (0.4-1.6)
Nunca	196	272	1*
RELACION VAGINA-PENE			
Siempre	14	11	1.8 (0.8-4.1)
Frecuente	21	35	0.9 (0.5-1.5)
Pocas veces	47	71	0.9 (0.6-1.5)
Nunca	132	189	1*

* Grupo de referencia

TABLA 117
RELACION VAGINA-PENE EN MENSTRUACION EN VARONES Y USO DEL PRESERVATIVO

<i>USO DEL PRESERVATIVO</i>	<i>RELACION VAGINA-PENE</i>			
	<i>NUNCA n (%)</i>	<i>POCAS n (%)</i>	<i>FRECUENTE n (%)</i>	<i>NS/NC n (%)</i>
No gusta	229 (45.9)	115 (53.0)	75 (62.0)	37 (20.3)
Usa otro método .	71 (14.2)	31 (14.3)	12 (9.9)	6 (3.3)
Usa siempre	107 (21.4)	23 (10.6)	20 (16.5)	13 (7.1)
Otros	48 (9.6)	16 (7.4)	8 (6.6)	7 (3.8)
NS/NC	44 (8.8)	32 (14.7)	6 (5.0)	119 (65.4)
TOTAL	499 (100)	217 (100)	121 (100)	182 (100)

$\chi^2 = 317.68$, 12 g.l., $p < 0.0001$

TABLA 118
RELACIONES SEXUALES EN LAS MUJERES Y RIESGO DE INFECCION
POR VIH

VARIABLE	VIH		OR (IC 95%)
	(+)	(-)	
SEXO DE LA PAREJA			
Bi y homosexuales	6	4	2.6 (0.7-9.7)
Heterosexuales	44	76	1*
RELACION BOCA-PENE			
Siempre	2	3	0.9 (0.1-6.3)
Frecuente	15	24	0.9 (0.3-2.2)
Pocas veces	15	33	0.6 (0.3-1.6)
Nunca	15	21	1*
RELACION BOCA-ANO			
Frecuente	3	6	0.8 (0.2-3.5)
Pocas veces	6	9	1.1 (0.4-3.4)
Nunca	39	65	1*
RELACION BOCA-VAGINA			
Siempre	2	2	1.5 (0.2-11.2)
Frecuente	12	24	0.7 (0.3-1.7)
Pocas veces	9	17	0.8 (0.3-2.0)
Nunca	25	37	1*
RELACION VAGINA-PENE			
Siempre	27	42	0.5 (0.1-1.9)
Frecuente	15	33	0.4 (0.1-1.4)
Pocas veces/nunca	6	5	1*
RELACION ANO-PENE			
Frecuente/Pocas	13	12	2.1 (0.9-5.2)
Nunca	35	69	1*

* Grupo de referencia

TABLA 119
RELACIONES SEXUALES DURANTE LA MENSTRUACION
EN LAS MUJERES Y RIESGO DE INFECCION POR VIH

<i>VARIABLE</i>	<i>VIH</i>		<i>OR (IC 95%)</i>
	(+)	(-)	
RELACION BOCA-VAGINA			
Frecuente/poco	7	5	2.6 (0.8-8.8)
Nunca	40	75	1*
RELACION VAGINA-PENE			
Siempre/frecuente.....	4	18	0.3 (0.1-0.9)
Pocas veces	16	28	0.7 (0.3-1.6)
Nunca	27	35	1*

* Grupo de referencia

TABLA 120
USO DEL PRESEVATIVO Y RIESGO DE INFECCION POR VIH

VARIABLE	VIH		OR (IC 95%)
	(+)	(-)	
MEDIDAS (1ª OPCION)			
Nada	99	178	0.5 (0.4-0.7)
Otras	9	38	0.2 (0.1-0.5)
Interruptus	30	50	0.5 (0.3-0.8)
Preservativo	135	122	1*
MEDIDAS (2ª OPCION)			
Nada	12	27	0.3 (0.1-0.7)
Otras	32	41	0.5 (0.3-1.0)
Interruptus	25	36	0.5 (0.2-0.9)
Preservativo	46	32	1*
USA PRESERVATIVO			
No gusta	131	188	0.6 (0.4-0.9)
Otros métodos	25	81	0.3 (0.2-0.5)
Otros	28	39	0.6 (0.4-1.2)
Siempre	74	66	1*
RAZON USO PRESERVATIVO (1ª OPCION)			
Miedo contagio	50	14	8.5 (3.8-18.8)
Otras	7	11	1.5 (0.5-4.5)
No hijos	19	45	1*
RAZON USO PRESERVATIVO (2ª OPCION)			
Miedo contagio	24	16	0.5 (0.1-2.1)
Otras	17	27	0.2 (0.0-0.9)
No hijos	9	3	1*

* Grupo de referencia

TABLA 121
USO DEL PRESERVATIVO Y DESTINO DEL MATERIAL DE INYECCION

<i>DESTINO DEL MATERIAL</i>	<i>USO DEL PRESERVATIVO</i>				
	<i>NO GUSTA</i> <i>n (%)</i>	<i>USO OTRO MET.</i> <i>n (%)</i>	<i>SIEMPRE</i> <i>n (%)</i>	<i>OTROS</i> <i>n (%)</i>	<i>NS/NC</i> <i>n (%)</i>
Dar compañero ..	99 (25.2)	23 (18.7)	21 (14.1)	20 (23.5)	39 (22.0)
Tirar a la calle	141 (35.9)	56 (45.5)	55 (36.9)	36 (42.4)	76 (42.9)
Reutilizar/limpiar.	137 (34.9)	43 (35.0)	69 (46.3)	22 (25.9)	55 (31.1)
Otros	16 (4.0)	1 (0.8)	4 (2.7)	7 (8.2)	7 (4.0)
TOTAL	393 (100)	123 (100)	149 (100)	85 (100)	177 (100)

$\chi^2 = 26.31$, 12 g.l., $p < 0.01$

TABLA 122
RELACION SEXUAL POR MOTIVOS ECONOMICOS EN MUJERES Y USO DEL PRESERVATIVO

<i>USO DEL PRESERVATIVO</i>	<i>RELACION SEXUAL POR MOTIVOS ECONOMICOS</i>	
	<i>NO</i> <i>n (%)</i>	<i>SI</i> <i>n (%)</i>
No gusta	55 (36.9)	4 (13.8)
Usa otro método	42 (28.2)	10 (34.5)
Usa siempre	23 (15.4)	11 (37.9)
Otros	29 (19.5)	4 (13.8)
TOTAL	168 (100)	29 (100)

$\chi^2 = 12.65$, 3 g.l., $p < 0.01$

TABLA 123
NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y USO DEL PRESERVATIVO

NIVEL DE CONOCIMIENTO	USO DEL PRESERVATIVO						TOTAL n (%)
	NO GUSTA n (%)	USA OTRO METODO n (%)	SIEMPRE n (%)	OTROS n (%)	NS/NC n (%)		
<8 PUNTOS	23 (43.4)	8 (15.1)	3 (5.7)	7 (13.2)	12 (22.6)	53 (100)	
8	26 (51.0)	2 (3.9)	7 (13.7)	2 (3.9)	14 (27.5)	51 (100)	
9	34 (37.0)	16 (17.4)	12 (13.0)	9 (9.8)	21 (22.8)	92 (100)	
10	74 (50.3)	29 (19.7)	16 (10.9)	6 (4.1)	22 (15.0)	147 (100)	
11	132 (44.9)	40 (13.6)	42 (14.3)	32 (10.9)	48 (16.3)	294 (100)	
12	139 (41.4)	46 (13.7)	60 (17.9)	27 (8.0)	64 (19.0)	336 (100)	
13	91 (34.9)	33 (12.6)	56 (21.5)	29 (11.1)	52 (19.9)	261 (100)	

$\chi^2 = 43.59$, 24 g.l., $p < 0.01$

TABLA 124
USO DEL PRESERVATIVO Y MODIFICACION DE CONDUCTA SEXUAL
TRAS EL CONOCIMIENTO DE LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA

<i>MODIFICACION DE CONDUCTA</i>	<i>USO DEL PRESERVATIVO</i>				
	<i>NO GUSTA</i> <i>n (%)</i>	<i>USA OTRO METODO</i> <i>n (%)</i>	<i>SIEMPRE</i> <i>n (%)</i>	<i>OTROS</i> <i>n (%)</i>	<i>NS/NC</i> <i>n (%)</i>
Menos relaciones ..	52 (16.3)	17 (16.7)	20 (14.6)	6 (9.2)	30 (19.5)
No modifica.....	192 (60.0)	62 (60.8)	37 (27.0)	34 (52.3)	61 (39.6)
Menos compañeros	16 (5.0)	2 (2.0)	6 (4.4)	4 (6.2)	10 (6.5)
Más preservativos..	25 (7.8)	8 (7.8)	28 (20.4)	8 (12.3)	8 (5.2)
Siempre preserv.....	7 (2.2)	0 (-)	37 (27.0)	3 (4.6)	13 (8.4)
Otras	28 (8.7)	13 (12.7)	9 (6.6)	10 (15.4)	32 (21.7)
TOTAL.....	320 (100)	102 (100)	137 (100)	65 (100)	154 (100)

$\chi^2 = 158.55$, 20 g.l., $p < 0.0001$

TABLA 125
CONOCIMIENTOS SOBRE EL SIDA Y ESTADO SEROLOGICO FRENTE
AL VIH

VARIABLE	VIH		OR (IC 95%)
	(+)	(-)	
¿VIH en sangre y semen?	F	13 39	0.4 (0.2-0.8) 1*
	V	302 399	
¿Portadores parecen siempre enfermos?	V	81 137	0.8 (0.5-1.0) 1*
	F	228 292	
¿Es cierta la vía sexual?	F	9 16	0.8 (0.3-1.8) 1*
	V	306 432	
¿Se transmite por compartir jeringuillas?	F	3 10	0.4 (0.1-1.6) 1*
	V	316 447	
¿Se transmite por vajilla y baños públicos?	V	43 78	0.8 (0.5-1.1) 1*
	F	265 362	
¿Transmisión por 1 sólo acto sexual sin preservativo?	F	23 45	0.7 (0.4-1.2) 1*
	V	285 392	
¿Transmisión por uso de jeringuillas contaminadas?	F	4 5	1.1 (0.3-4.3) 1*
	V	314 451	
¿Cosas sencillas evitan la transmisión?	F	14 19	1.1 (0.5-2.2) 1*
	V	296 427	
¿No debe estar en un cuarto con una persona con SIDA?	V	49 81	0.9 (0.6-1.3) 1*
	F	261 370	
¿No todos los VIH+ tienen la enfermedad?	F	60 108	0.8 (0.5-1.1) 1*
	V	244 333	
¿El preservativo es bueno para prevenir el SIDA?	F	2 8	0.3 (0.1-1.6) 1*
	V	316 438	
¿Una mujer VIH+ embarazada lo transmite al hijo?	F	8 18	0.6 (0.3-1.5) 1*
	V	294 414	
¿Los tatuajes no son una vía de transmisión del SIDA?	V	106 139	1.1 (0.8-1.5) 1*
	F	174 254	

V: verdadero; F: falso; * Grupo de referencia

TABLA 126
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL SIDA Y ESTADO SEROLOGICO
FRENTE AL VIH

<i>NIVEL DE CONOCIMIENTO</i>	<i>VIH</i>		<i>OR (IC 95%)</i>
	<i>(+)</i>	<i>(-)</i>	
<8 puntos.....	7	25	0.3 (0.1-0.8)
8	13	23	0.6 (0.3-1.3)
9	25	44	0.6 (0.4-1.1)
10	33	63	0.6 (0.3-1.0)
11	82	109	0.8 (0.6-1.3)
12	86	114	0.8 (0.6-1.3)
13	75	84	1*

* Grupo de referencia

TABLA 127
NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y OPINION SOBRE SU NIVEL
DE CONOCIMIENTOS

<i>NIVEL DE CONOCIMIENTOS</i>	<i>OPINION</i>	
	<i>INSUFICIENTE</i> <i>n (%)</i>	<i>SUFICIENTE</i> <i>n (%)</i>
<8	35 (72.9)	13 (27.1)
8	32 (62.7)	19 (37.2)
9	48 (52.7)	43 (47.2)
10	98 (68.5)	45 (31.5)
11	152 (53.0)	135 (47.0)
12	136 (40.6)	199 (59.4)
13	74 (28.5)	186 (71.5)

$\chi^2 = 90.62$, 6 g.l., $p < 0.0001$

TABLA 128
NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y EL LUGAR QUE MAS HA CONTRIBUIDO A LOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL SIDA

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	LUGAR QUE MAS HA CONTRIBUIDO						TOTAL n (%)
	SISTEMA SANITARIO n (%)	PROGRAMAS TRATAMIENTO n (%)	MEDIOS DE COMUNICACION n (%)	AMIGO/PAREJA n (%)	OTROS n (%)		
<8	10 (2.9)	4 (2.8)	18 (2.6)	8 (6.0)	8 (11.2)	48 (100)	
8	12 (3.4)	3 (2.0)	22 (4.4)	8 (6.0)	5 (6.9)	50 (100)	
9	22 (6.2)	3 (2.0)	38 (7.5)	19 (14.2)	6 (8.3)	88 (100)	
10	39 (10.9)	11 (7.4)	68 (13.5)	18 (13.4)	12 (16.7)	148 (100)	
11	81 (22.7)	32 (21.5)	128 (25.3)	37 (27.6)	15 (20.8)	293 (100)	
12	105 (29.4)	58 (38.9)	126 (25.0)	30 (22.4)	12 (16.7)	331 (100)	
13	88 (24.6)	38 (25.5)	105 (20.6)	14 (10.4)	14 (19.4)	259 (100)	

$\chi^2 = 64.07, 24 \text{ g.l.}, p < 0.0001$

TABLA 129
NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y MEDIDAS QUE CONOCE EN LA CIUDAD PARA PREVENIR EL SIDA

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	MEDIDAS QUE CONOCE						TOTAL n (%)
	ACCESO A JERIGUILLAS n (%)	ACCESO A PRESERVATIVOS n (%)	FOLLETOS n (%)	PROGRAMAS n (%)	OTRAS n (%)		
<8	7 (14.2)	18 (36.7)	9 (18.3)	3 (6.1)	12 (24.5)	49 (100)	
8	11 (22.0)	15 (30.0)	10 (20.0)	8 (16.0)	6 (12.0)	50 (100)	
9	8 (9.0)	37 (42.0)	22 (25.0)	11 (12.5)	10 (11.4)	88 (100)	
10	19 (13.1)	66 (45.5)	33 (22.8)	14 (9.7)	13 (9.0)	145 (100)	
11	19 (6.6)	118 (41.0)	87 (30.2)	34 (11.8)	30 (10.4)	288 (100)	
12	23 (7.2)	142 (44.4)	98 (30.6)	36 (11.2)	21 (6.6)	320 (100)	
13	17 (6.6)	124 (48.4)	66 (25.8)	29 (11.3)	20 (7.8)	256 (100)	

$\chi^2 = 48.64$, 24 g.l., $p < 0.0001$

TABLA 130
NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y PUESTA EN MARCHA DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN A DIARIO

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	MEDIDAS DE PREVENCIÓN						TOTAL n (%)
	NO CUCHILLAS DE AFEITAR n (%)	NO CEPILLO DE DIENTES n (%)	NO VAJILLA n (%)	TODAS n (%)	NINGUNA n (%)		
<8	20 (40.0)	13 (26.0)	1 (2.0)	3 (6.0)	13 (26.0)	48 (100)	
8	24 (47.0)	4 (7.8)	0 (-)	7 (13.7)	16 (31.4)	51 (100)	
9	49 (54.4)	9 (10.0)	0 (-)	12 (13.3)	20 (22.2)	90 (100)	
10	94 (65.7)	19 (13.3)	0 (-)	15 (10.5)	15 (10.5)	143 (100)	
11	172 (59.7)	53 (18.4)	5 (1.7)	21 (7.3)	37 (12.8)	288 (100)	
12	225 (68.1)	51 (15.4)	5 (1.5)	27 (8.1)	22 (6.7)	330 (100)	
13	182 (69.7)	36 (13.8)	5 (1.9)	25 (9.6)	13 (5.0)	261 (100)	

$\chi^2 = 86.77$, 24 g.l., $p < 0.0001$

TABLA 131
VALORACION SUBJETIVA DE LAS MEDIDAS DE INTERVENCION
Y ESTADO SEROLOGICO DE VIH

VARIABLE	VIH		OR (IC 95%)
	(+)	(-)	
MEDIDAS CONOCIDAS EN SU CIUDAD			
1ª OPCION			
Reparto jeringuillas	26	42	0.8 (0.3-1.8)
Reparto/máquinas preserv.	123	183	0.8 (0.4-1.8)
Folletos divulgación	89	130	0.8 (0.4-1.8)
Programas de tratamiento	37	42	1.1 (0.5-2.5)
Otras	31	48	0.8 (0.3-1.9)
No sabe/No contesta	13	16	1*
MEDIDAS CONOCIDAS EN SU CIUDAD			
2ª OPCION			
Reparto jeringuillas	3	16	0.3 (0.1-1.0)
Reparto/máquinas preserv.	45	46	1.5 (0.9-2.5)
Folletos divulgación	115	153	1.1 (0.8-1.7)
Programas de tratamiento	74	108	1.0 (0.7-1.6)
Otras	12	30	0.6 (0.3-1.3)
No sabe/No contesta	71	108	1*
MEDIDAS MAS EFICACES			
1ª OPCION			
Jeringuillas gratis	131	187	1.2 (0.5-2.7)
Máquinas jeringuillas	38	68	0.9 (0.4-2.3)
Folletos divulgación	74	99	1.2 (0.5-3.0)
Programas de tratamiento	45	54	1.4 (0.6-3.5)
Otras	24	38	1.1 (0.4-2.0)
No sabe/No contesta	9	15	1*
MEDIDAS MAS EFICACES			
2ª OPCION			
Jeringuillas gratis	25	33	1.0 (0.5-2.0)
Máquinas jeringuillas	31	33	1.2 (0.6-2.4)
Folletos divulgación	78	116	0.9 (0.5-1.5)
Programas de tratamiento	71	106	0.9 (0.5-1.5)
Otras	87	138	0.8 (0.5-1.4)
No sabe/No contesta	29	37	1*

* Grupo de referencia

TABLA 132
OPINION DE LOS USUARIOS DE DROGAS SOBRE LA FRECUENCIA DEL CONTAGIO DE SIDA Y RESULTADO SEROLOGICO FRENTE A VIH

OPINION	VIH		OR (IC 95%)
	(+)	(-)	
1 ^a OPCION			
No conocen medidas.....	58	86	0.9 (0.6-1.3)
Jeringuillas caras.....	15	32	0.6 (0.3-1.2)
Otras razones.....	68	99	0.9 (0.6-1.3)
No interesa.....	177	237	1*
2 ^a OPCION			
No conocen medidas.....	34	32	2.1 (1.1-3.9)
Jeringuillas caras.....	11	35	0.6 (0.3-1.4)
Otras razones.....	179	242	1.5 (1.0-2.3)
No interesa.....	40	80	1*

* Grupo de referencia

TABLA 133
MEDIDAS DE PREVENCION EN LA CONVIVENCIA DIARIA Y RIESGO DE INFECCION POR VIH

CONDUCTA	VIH		OR (IC 95%)
	(+)	(-)	
No comparte cuchillas máquinas de afeitar.....	217	265	2.8 (1.6-4.7)
No comparte cepillo de dientes.....	43	73	2.0 (1.1-3.7)
No comparte vajilla.....	6	4	5.1 (1.4-25.2)
Todas las anteriores.....	33	42	2.7 (1.4-5.2)
Ninguna.....	20	68	1*

* Grupo de referencia

TABLA 134
MODIFICACION DE CONDUCTA TRAS EL TRATAMIENTO Y RESULTADO
SEROLOGICO FRENTE AL VIH

OPINION	VIH		OR (IC 95%)
	(+)	(-)	
1ª OPCION			
No recibe tratamiento	43	85	1.3 (0.8-2.1)
Medidas en convivencia	78	79	2.5 (1.6-2.0)
Uso de preservativos	34	15	5.8 (2.9-11.7)
Jeringuillas estériles	98	116	2.2 (1.4-3.3)
Otras	2	2	2.6 (0.4-18.8)
Nada	47	121	1*
2ª OPCION			
No recibe tratamiento	8	16	1.3 (0.3-6.1)
Medidas en convivencia	93	81	1.7 (0.5-6.3)
Uso de preservativos	39	32	1.8 (0.5-7.0)
Jeringuillas estériles	25	26	1.4 (0.4-5.7)
Otras	12	19	0.9 (0.2-4.1)
Nada	4	6	1*

* Grupo de referencia

TABLA 135
SITUACION LABORAL Y MODIFICACION DE CONDUCTA TRAS
EL TRATAMIENTO

MODIFICACION DE CONDUCTA	SITUACION LABORAL			
	ESTUDIANTES n (%)	TRABAJADORES n (%)	PARADOS n (%)	OTRAS n (%)
Nada	10 (17.5)	88 (20.4)	146 (22.7)	20 (31.3)
Uso jeringuillas	24 (42.1)	102 (23.6)	165 (25.7)	14 (21.9)
Uso preservativos	3 (5.3)	24 (5.6)	47 (7.3)	2 (3.1)
Medidas convivient.	4 (7.0)	70 (16.2)	120 (18.7)	14 (21.9)
Otras	4 (7.0)	44 (10.2)	43 (6.7)	5 (7.8)
No recibe tto.	12 (21.1)	104 (24.1)	122 (19.0)	9 (14.1)
TOTAL	57 (100)	432 (100)	643 (100)	64 (100)

$\chi^2 = 27.19$, 15 g.l., $p < 0.05$

TABLA 136
NUMERO DE TRATAMIENTOS INICIADOS Y MODIFICACION
DE CONDUCTA TRAS TRATAMIENTO

MODIFICACION DE CONDUCTA	NUMERO DE TRATAMIENTOS				
	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	>4 n (%)
Nada	128 (21.8)	87 (29.5)	34 (20.1)	8 (12.1)	8 (15.3)
Usa jeringuillas ..	113 (19.3)	86 (29.2)	58 (34.3)	28 (42.4)	21 (40.4)
Usa preservativo	31 (5.3)	17 (5.8)	20 (11.8)	5 (7.6)	5 (9.6)
Medidas conviv.	92 (15.7)	50 (16.9)	38 (22.5)	19 (28.8)	16 (30.8)
Otras	43 (7.3)	23 (7.8)	12 (7.1)	5 (7.6)	2 (3.8)
No recibe tto.	179 (30.5)	32 (10.8)	7 (4.1)	1 (1.5)	0 (-)
TOTAL	586 (100)	295 (100)	169 (100)	66 (100)	52 (100)

$\chi^2 = 156.96$, 20 g.l., $p < 0.0001$

TABLA 137
MODIFICACION DE CONSUMO DE DROGAS TRAS RESULTADOS
SEROLOGICOS FRENTE AL VIH

<i>VARIABLE</i>	<i>VIH</i>		<i>OR (IC 95%)</i>
	(+)	(-)	
FRECUENCIA DE CONSUMO			
Aumento	28	13	3.7 (1.8-7.6)
Disminución	109	115	1.6 (1.1-2.4)
No	95	165	1*
HABITO DE CONSUMO (1ª OPCION)			
Deja vía i.v.	22	34	1.3 (0.7-2.4)
Disminuye via i.v.	50	37	2.7 (1.6-4.6)
Deja de compartir	43	26	3.3 (1.9-5.9)
Disminuye compartir	18	11	3.3 (1.5-7.4)
Uso material estéril	9	24	0.8 (0.3-1.7)
Desinfecta material	12	8	3.0 (1.2-7.8)
No modifica	59	119	1*
HABITO DE CONSUMO (2ª OPCION)			
Deja vía i.v.	2	4	1.5 (0.2-10.8)
Disminuye via i.v.	12	7	5.1 (1.3-20.4)
Deja de compartir	18	14	3.9 (1.1-13.2)
Disminuye compartir	20	10	6.0 (1.7-21.3)
Uso material estéril	26	19	4.1 (1.3-13.3)
Desinfecta material	32	20	4.8 (1.5-15.3)
No modifica	5	15	1*

* Grupo de referencia

TABLA 138
MODIFICACION DE PRACTICAS SEXUALES TRAS CONOCER
EL RESULTADO DE LA SEROLOGIA FRENTE A VIH

HABITOS SEXUALES	VIH		OR (IC 95%)
	(+)	(-)	
1ª OPCION			
Menos parejas	17	12	3.5 (1.6-7.7)
Menos actos sexuales	63	37	4.2 (2.6-6.9)
Más preservativos	29	32	2.3 (1.3-4.0)
Siempre preservativo	38	8	11.8 (5.3-26.5)
Otras	8	16	1.2 (0.5-3.0)
No modifica	81	202	1*
2ª OPCION			
Menos parejas	17	8	3.1 (0.9-10.1)
Menos actos sexuales	14	7	2.9 (0.8-10.0)
Más preservativos	16	19	1.2 (0.4-3.6)
Siempre preservativo	24	5	6.9 (1.9-25.1)
Otras	24	25	1.4 (0.5-3.8)
No modifica	9	13	1*

* Grupo de referencia

TABLA 139
SITUACION LABORAL Y MODIFICACION DE CONDUCTA SEXUAL TRAS
EL CONOCIMIENTO DE LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA

MODIFICACION DE CONDUCTA	SITUACION LABORAL			
	ESTUDIANTES n (%)	TRABAJADORES n (%)	PARADOS n (%)	OTROS n (%)
Menos relaciones	4 (12.5)	29 (10.8)	79 (19.0)	5 (10.9)
No modifica	15 (46.9)	148 (55.2)	191 (45.9)	26 (56.5)
Menos compañeros	5 (15.6)	18 (6.7)	14 (3.4)	2 (4.3)
Más preservativos	3 (9.4)	28 (10.4)	43 (10.3)	3 (6.5)
Siempre preservativos ..	4 (12.5)	17 (6.3)	34 (8.2)	5 (10.9)
Otras	1 (3.1)	28 (10.4)	53 (13.2)	5 (10.9)
TOTAL	32 (100)	268 (100)	416 (100)	46 (100)

$\chi^2 = 27.70$, 15 g.l., $p < 0.025$

TABLA 140
MODIFICACION DE ACTITUDES VITALES TRAS LA REALIZACION
DE LA PRUEBA FRENTE AL VIH EN RELACION AL RESULTADO
SEROLOGICO

ESTADO VITAL	VIH		OR (IC 95%)
	(+)	(-)	
1ª OPCION			
Depresión	68	4	47.6 (16.0-141)
Ansiedad	12	2	18.6 (3.6-79.5)
Mayor cuidado salud	68	66	2.9 (1.7-4.9)
Tratamiento médico	14	11	3.6 (1.5-8.7)
Tratamiento adicción	30	25	3.4 (1.7-6.6)
Más equilibrio	1	25	0.1 (0.0-0.9)
Libre de preocupac.	15	104	0.4 (0.2-0.8)
Ningún cambio	30	84	1*
2ª OPCION			
Depresión	19	0	179.4 (9.7-3313)
Ansiedad	24	1	116.6 (13.5-1110)
Mayor cuidado salud	47	25	9.1 (3.5-23.5)
Tratamiento médico	26	20	6.3 (2.3-17.2)
Tratamiento adicción	35	25	6.8 (2.6-17.8)
Más equilibrio	16	18	4.3 (1.5-12.4)
Libre de preocupac.	5	54	0.4 (0.1-1.5)
Ningún cambio	7	34	1*

* Grupo de referencia

TABLA 141
VARIABLES EN RELACION CON EL TRATAMIENTO Y EL ESTADO
SEROLOGICO DE VIH

<i>VARIABLES</i>	<i>VIH</i>		<i>OR (IC 95%)</i>
	(+)	(-)	
RAZON DE INICIO DE TRATAMIENTO			
Salud	82	85	1.5 (1.1-2.1)
Contagio de SIDA	9	14	1.0 (0.4-2.4)
Otros	230	362	1*
RECHAZADO PARA EL TRATAMIENTO			
Sí	23	34	1.0 (0.6-1.7)
No	281	418	1*
DESISTIR EN LISTA DE ESPERA			
Sí	82	127	1.0 (0.7-1.3)
No	220	324	1*
EXPULSADO EN EL TRATAMIENTO			
Sí	22	27	1.2 (0.7-2.3)
No	278	425	1*

* Grupo de referencia

TABLA 142
NUMERO DE VECES QUE HA INICIADO DISTINTOS TIPOS
DE TRATAMIENTO Y ESTADO SEROLOGICO FRENTE AL VIH

TIPO DE TRATAMIENTO	VIH		OR (IC 95%)
	(+)	(-)	
AMBULATORIO			
>3	26	32	1.4 (0.8-2.5)
1-3	181	224	1.4 (1.1-1.9)
Nunca	111	197	1*
HOSPITALARIO			
>3	6	2	4.9 (1.0-24.5)
1-3	93	89	1.7 (1.2-3.4)
Nunca	219	358	1*
LIBRE CON APOYO PSICOT.			
>3	8	10	1.1 (0.4-2.8)
1-3	105	169	0.8 (0.6-1.1)
Nunca	203	271	1*
METADONA			
>3	7	6	1.7 (0.6-5.1)
1-3	54	68	1.2 (0.8-1.7)
Nunca	256	373	1*
NALTREXONA			
>=1	33	34	1.4 (0.9-2.3)
Nunca	282	413	1*
COMUNIDAD TERAPEUTICA			
>3	8	5	2.6 (0.8-8.1)
1-3	79	74	1.7 (1.2-2.5)
Nunca	228	371	1*
OTROS TRATAMIENTOS			
>3	8	5	2.5 (0.8-7.7)
1-3	62	70	1.4 (0.9-2.0)
Nunca	194	303	1*

* Grupo de referencia

ANEXO 1

DISTRIBUCION DE LAS MUESTRAS PREVISTA Y REALIZADA, CON LOS ERRORES ESTANDAR Y MUESTRALES
CORRESPONDIENTES

C. AUTONOMA	N.º PREV (1)	N.º REA (2)	% REALIZ. POBL. 2.º Y 3.º ERR. EST. (1)ERR. EST.(2)	ERR. PREV. ERR. REAL	ERRORES ESTANDAR		ERRORES MUESTRALES	
					ERR. PREV.	ERR. REAL	ERR. PREV.	ERR. REAL
ANDALUCIA	150	130	86,67	1.259	3,83	4,15	7,51	8,14
ARAGON	95	95	100,00	319	4,30	4,30	8,43	8,43
ASTURIAS.....	95	44	46,32	266	4,11	6,89	8,06	13,50
BALEARES	100	81	81,00	281	4,01	4,69	7,87	9,19
CANARIAS	100	98	98,00	506	4,48	4,54	8,78	8,89
CANTABRIA.....	40	20	50,00	85	5,75	9,78	11,27	19,16
CASTILLA-LA MANCHA.....	40	18	45,00	81	5,62	10,39	11,02	20,37
CASTILLA-LEON	44	39	88,64	165	6,45	7,00	12,65	13,71
CATALUÑA	165	121	73,33	1.574	3,68	4,37	7,22	8,56
EXTREMADURA	100	49	49,00	155	2,98	5,91	5,84	11,58
GALICIA	120	115	95,83	545	4,03	4,14	7,90	8,12
MADRID	148	81	54,73	912	3,76	5,30	7,37	10,39
MURCIA.....	60	60	100,00	294	5,76	5,76	11,29	11,29
NAVARRA.....	40	20	50,00	102	6,16	10,02	12,08	19,65
PAIS VASCO	161	87	54,04	798	3,52	5,06	6,90	9,92
RIOJA	25	8	32,00	48	6,92	16,14	13,57	31,63
VALENCIA	167	167	100,00	518	3,18	3,18	6,24	6,24
TOTAL	1.650	1.233	74,73	7.908	1,09	1,31	2,15	2,56



ANEXO 2
CUESTIONARIO EMPLEADO

**ESTUDIO DE LAS PRACTICAS DE RIESGO RELACIONADAS CON LA INFECCION
POR EL VIRUS DEL SIDA Y PREVALENCIA DEL MISMO**

E/210
Mayo, 89

- Nº Cuestionario**
1. C. Autónoma
2. Provincia
3. Municipio
4. Centro

I. DATOS DEMOGRAFICOS

6. Sexo

1. Hombre
2. Mujer

7. Edad

--	--	--

8. Situación laboral

01. Estudia
02. Estudia y busca trabajo
03. Estudia y trabaja
04. Trabaja por cuenta propia
05. Trabaja por cuenta ajena
06. Busca el primer empleo
07. En paro sin seguro
08. En paro con seguro
09. No hace nada ni le interesa
10. En la mili
11. Ama de casa
12. Otra
00. NS/NC

9. Nivel de estudios

1. Ninguno o menos de primarios
2. Primarios - EGB
3. Formación Profesional
4. BUP-COU
5. Medios
6. Superiores
0. NS/NC

10. ¿Con quién vive Vd. actualmente?

1. Solo
2. Familia
3. Amigos
4. Pareja estable
5. Otros
0. NS/NC

II. CONSUMO

11-38. Respecto al consumo de estas drogas que le voy a indicar, dígame lo siguiente:

	Edad de inicio en el consumo	Edad en que usó inyectado por 1ª vez	Frecuencia de uso no inyectado	Frecuencia de uso inyectado
			En los últimos 6 meses	
11-14. Heroína .	11	12	13	14
15-18. Buprenorfina	15	16	17	18
19-22. Metadona	19	20	21	22
23-26. Otros Opiáceos (Morfina, Codeína, Etilmorfina)	23	24	25	26
27-30. Cocaína .	27	28	29	30
31-34. Heroína + Cocaína .	31	32	33	34
35-38. Hipnosedantes ...	35	36	37	38

Entrevistador: Citar una a una las drogas y sollicitar los cuatro datos de la cabecera para cada una. Para los dos últimos mostrar tarjeta A.

(*)

En las casillas de la edad se pondrá "00" cuando no se han iniciado en el consumo o no hizo uso inyectado

Código de frecuencia de uso

1. Nunca
2. Menos de cuatro veces al mes
3. Aproximadas. una vez por semana
4. Aproximadas. dos-seis veces/semana
5. Aproximadas. una vez al día
6. Más de una vez al día
7. No pertinente
0. NS/NC

III. HABITOS DE CONSUMO

A) Uso inyectado

Entrevistador: Este apartado debe ser contestado sólo por aquellas personas que han utilizado la vía parenteral (uso inyectado) en los últimos 6 meses, independientemente de que además hayan utilizado otras vías.

Quienes no se han inyectado en ningún caso en los últimos 6 meses pasan a P. 74-75.

39-40. Entre los siguientes lugares señale aquéllos en los que se inyecta con mayor frecuencia:
(Anotar dos respuestas por orden de preferencia)

1. Su propia casa
2. Casas de otros (amigos, parientes, vendedor de drogas)
3. Edificios abandonados, derruidos
4. Servicios de bares, restaurantes, salas de fiestas, lugares públicos
5. Calles, parques
6. En el coche (suyo o de otros)
7. En algún sitio en donde a cambio de drogas o dinero le proporcionen un lugar para inyectarse
8. Otros Especificar: _____
0. NS/NC

41-42. Señale en compañía de quien se inyecta con más frecuencia:
(Anotar dos respuestas por orden de preferencia)

1. Con nadie. Lo hace solo
2. Con su pareja sexual
3. Con amigos, o compañeros
4. Con desconocidos
5. Otros
0. NS/NC

43-44. Señale las personas con las que comparte más frecuentemente el material de inyección
(Anotar dos respuestas)

1. Con nadie
2. Con su pareja sexual
3. Con amigos o con compañeros
4. Con cualquiera aunque no sea conocido
5. Otros
0. NS/NC

45. El material que usa para inyectarse es siempre nuevo (de la farmacia) o correctamente desinfectado?

1. No
2. Sí → Pasar a P.68-69
0. NS/NC

La siguiente batería de preguntas 46 a 65 y se hará tan sólo a los que NO usen siempre material estéril.

46-65. En relación con el uso de jeringa (aguja y émbolo), indique aquellas prácticas que haya utilizado usualmente en los últimos seis meses (Leérsele)

Práctica	Sin lavar	Lavado con agua	Hervida	Lavada con lejía, alcohol u otro desinfect.	Otros procedimientos
46-50. Reutilizada sólo por él mismo	46	47	48	49	50
51-55. Reutilizada después de usada por la pareja o amigos .	51	52	53	54	55
56-60. Reutilizada después de usada por desconocidos o encontrada en la calle	56	57	58	59	60
61-65. Alquilada después de usada por otros	61	62	63	64	65

Códigos de respuesta: 1. NO/ 2. SI/ 0. NS/NC

Entrevistador: Leer una a una las cuatro procedencias recogidas y anotar para todas, las prácticas llevadas a cabo. Tener en cuenta que en una misma procedencia pueden concurrir todas las prácticas propuestas.

66-67. ¿Me puede decir por qué utiliza (siempre o en ocasiones) jeringuillas ya usadas y no desinfectadas? (Elegir dos opciones por orden de importancia)

1. Porque me da igual utilizar, sin desinfectar, las jeringas que han usado otros
2. Porque no veo nada malo en ello
3. Porque no puedo conseguir las jeringuillas estériles (las que venden en la farmacia)
4. Porque me parece muy caro comprar una jeringuilla cada vez que me inyecto
5. Porque no sé como debo hacer para desinfectarlas
6. Porque no tengo lejía o alcohol
7. Porque cuando me inyecto estoy con el mono y me da igual
8. Porque habitualmente compro antes la heroína y luego tengo prisa por ponérmela
9. Otros
0. NS/NC

De nuevo a todos los que hagan uso inyectado

68-69. En los últimos 6 meses ¿dígame si ha hecho las cosas siguientes con sus utensilios para inyectarse (agujas, émbolos...) después de usarlos (Señalar las dos cosas que más hace, empezando por la que realice con mayor frecuencia)

1. Dárselas o dejárselas a un compañero sexual
2. Dárselas o dejárselas a amigos o compañeros
3. Tirarlas en la calle, alcantarillas, papeletas
4. Venderlas sin haberlas limpiado
5. Venderlas o darlas tras haberlas limpiado
6. Reutilizarlas Vd. mismo sin limpiarlas
7. Reutilizarlas Vd. mismo tras limpiarlas
8. Otro
0. NS/NC

70-71. ¿De dónde obtiene Vd. el agua que utiliza para inyectarse? (Señale dos respuestas por orden de frecuencia)

1. Del grifo o fuente
2. Agua mineral
3. Agua estancada
4. Suero fisiológico
5. Agua destilada
6. Utilizo el agua que uso o usamos para limpiar el material
7. Otros.
0. NS/NC

72. ¿Realiza Vd. la práctica de bombeo mientras se inyecta?

(Entrevistador: Mostrar la Tarjeta B)

1. Nunca
2. Pocas veces
3. Aproximadamente la mitad de las veces
4. Bastantes veces más de la mitad
5. Muchas veces
6. Siempre
0. NS/NC

73. ¿Le parece que la práctica del bombeo añade algún riesgo al hecho de inyectarse?

1. No
2. SI
3. Puede ser
0. NS/NC

B) Uso no inyectado

Entrevistador: La siguiente pregunta se formula sólo a los que, en los últimos 6 meses, no han utilizado la vía parenteral (inyectado)

74-75. Señale las dos razones fundamentales por orden preferente por las cuales no se ha inyectado en los últimos 6 meses

01. Porque le parece molesto
02. Porque le da miedo inyectarse
03. Porque perjudica a su salud
04. Porque tiene miedo de contagiarse el SIDA
05. Porque supe que era positivo al virus del SIDA
06. Porque supe que era negativo al virus del SIDA
07. Porque a su pareja no le gusta
08. Porque sus amigos no lo hacen
09. Porque ha cambiado de droga
10. Otros. Especificar _____
00. NS/NC

IV. TRATAMIENTOS.PREVIOS

A TODOS LOS ENTREVISTADOS

76-82. Desde que Vd. comenzó en el consumo de heroína u otros opiáceos y/o cocaína ¿qué tipos y cuántas veces ha iniciado un tratamiento para dejar la droga, incluyendo el actual?

- 76. Desintoxicación ambulatoria
77. Desintoxicación hospitalaria
78. Programas libres de drogas con apoyo psicoterapéutico
79. Programas de mantenimiento con metadona u otros agonistas opiáceos
80. Programas de mantenimiento con naltrexona
81. Granjas o comunidades terapéuticas
82. Otros. Especificar

Entrevistador: Citar uno a uno los diferentes tipos de tratamiento y recoger si lo iniciaron alguna vez y cuantas en caso afirmativo. Para ello mostrar la tarjeta C al entrevistado.

Códigos de respuesta

- 1. Nunca
2. De 1 a 3 veces
3. 4 o más veces
0. NS/NC

83-84. De entre las posibles razones que le muestro en la tarjeta; dígame las dos que más han influido en Vd., a la hora de decidirse a iniciar el tratamiento actual

Entrevistador: Mostrar Tarjeta D

- 1. Familiares
2. De pareja
3. Legales
4. Económicas
5. Evidencia del deterioro de su salud
6. Necesidad de disminuir dosis
7. Temor a contagiarse de SIDA
8. Temor a contagiarse a sus amigos compañeros y/o familiares
0. NS/NC

85-87. ¿Le ha ocurrido alguna vez en el último año una o más de las circunstancias siguientes?

- 85. Le han rechazado para iniciar tratamiento de su drogodependencia
86. Ha desistido Vd. de iniciar tratamiento para dejar la droga mientras estaba Vd. a la espera del mismo
87. Ha sido expulsado o dado de alta disciplinariamente durante algún tratamiento para dejar la droga

- 1. No
2. Sí
0. NS/NC

V. HABITOS SEXUALES

Todas las preguntas se referirán a los últimos 6 meses, excepto P.90

88. ¿Con cuántas personas, ha mantenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses?

Nú. [] [] [] []

Entrevistador: Si espontáneamente no referiere ningún número, se le propondrán algunos intervalos aproximativos: 2, 3, 5 más de 5.

89. De las posibles relaciones sexuales que le muestro en esta tarjeta, dígame cuáles de ellas ha mantenido en los últimos 6 meses

Entrevistador: Mostrar Tarjeta E

- 1. Siempre hombres
2. Siempre mujeres
3. A veces hombres, a veces mujeres
4. Casi siempre mujeres, ocasionalmente hombres
5. Casi siempre hombres, ocasionalmente mujeres

90. Aproximadamente, ¿qué número de relaciones sexuales ha tenido Vd. durante el mes previo al inicio del tratamiento?

[] [] (00: NS/NC)

91-97. En las ocasiones en las que ha mantenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses; ¿con qué frecuencia (de forma aproximada) ha realizado las siguientes prácticas sexuales?

(Entrevistador: Mostrar Tarjeta B)

91. Relaciones boca-pene
92. Relaciones boca-ano
93. Relaciones boca-vagina.
94. Relaciones vagina-pene
95. Relaciones ano-pene
96. Relac.boca-vagina durante la menstruación
97. Relac.vagina-pene durante la menstruación

1. Nunca
2. Pocas veces
3. Aproximadamente la mitad de las veces
4. Bastantes veces más de la mitad
5. Muchas veces
6. Siempre
0. NS/NC

98-99. ¿Utiliza en sus relaciones sexuales alguna de las siguientes medidas (Señale las "dos" opciones por orden más frecuentes)
(Leer los ítems)

1. Preservativo en las relaciones vagina-pene
2. Preservativo en las relaciones vagina-pene durante la menstruación
3. Preservativo en las relaciones ano-pene
4. Evitar la eyaculación intravaginal, intrarectal o intrabucal
5. Otros
6. Ninguno de los anteriores
0. NS/NC

100-101. ¿Utiliza siempre o por norma el preservativo? En caso negativo, ¿por qué?
(Señale dos razones)

01. No me gusta
02. Porque utilizo otros métodos anticonceptivos
03. Estoy intentando tener un hijo
04. Porque es muy caro
05. Porque cuando estoy colocado no me acuerdo de mi pareja
06. Porque me parece incómodo plantearse a mi pareja
07. Porque a mi pareja no le gusta o no me lo permite
08. Porque creo que yo no puedo transmitir el SIDA
09. Porque no creo que pueda contraer el SIDA de mi pareja
10. Porque no quiere hacer pensar a su pareja que sospecha que ella pueda tener el SIDA
11. Otras
12. Si lo utilizo siempre o por norma--- P.102-103
00. NS/NC

La pregunta siguiente sólo a quiénes lo utilizan siempre. Ítem 12 de P.100-101

102-103. ¿Por qué utiliza preservativos?
(Señale dos razones)

1. Me gusta utilizarlos
2. Porque no quiero tener un hijo
3. Porque mis parejas no quieren tener un hijo
4. Porque a mi pareja le gusta
5. Porque mi pareja me obliga
6. Porque tiene miedo a que su pareja le transmita el SIDA
7. Porque tiene miedo de transmitirle el SIDA a su pareja
8. Otras
9. Nunca los utilizo
0. NS/NC

A TODOS

104. ¿Ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual en los últimos 6 meses?

1. No
2. Sí
3. Creo que sí, pero no he ido al médico
0. NS/NC

105. En los últimos 6 meses ha mantenido algún tipo de relación sexual por motivos económicos?

1. No
2. Sí
0. NS/NC

VI. HABITOS DE CONVIVENCIA

106-107. En su convivencia diaria ¿toma Vd. alguna de las siguientes medidas de prevención?
(Señalar las dos más frecuentes)

1. No comparte las cuchillas o maquinillas de afeitar
2. No comparte el cepillo de dientes
3. No comparte platos y cubiertos
4. Otras. Especificar: _____
5. Todas
6. Ninguna
0. NS/NC

VII. INFORMACION SOBRE VIH

108. ¿Considera que los conocimientos que Vd. tiene sobre el SIDA y la transmisión de esta enfermedad son?:

1. Muy deficientes
2. Insuficientes
3. Suficientes
0. NS/NC

109-110. Los siguientes lugares que se mencionan ofrecen información sobre el SIDA y su prevención. Selecciona, entre ellos, por orden de importancia los "dos" que considera que han contribuido más a lo que Vd. sabe sobre el SIDA (Leérselos)

1. El médico de cabecera, Centro de Salud o Ambulatorios
2. Hospitales
3. Programas de tratamiento para su adicción
4. La Farmacia
5. Lugares o teléfonos específicos de su Comunidad para informarse sobre el SIDA
6. Medios de Comunicación
7. Amigos, pareja, familia
8. Ninguno
0. NS/NC

111-123. Según sus conocimientos responda como verdadero o falso a las siguientes frases

111. Cuando una persona se contagia por el Virus del SIDA, lo tiene en sangre y semen
112. La gente que es portadora del Virus del SIDA siempre parece enferma
113. El VIH puede transmitirse de una mujer infectada a un hombre durante las relaciones sexuales
114. Es fácil contagiarse por el VIH o Virus del SIDA si se comparten jeringuillas para inyectarse drogas
115. El VIH puede transmitirse por los platos, los cubiertos y los baños públicos
116. Podemos contagiarnos con el Virus del SIDA teniendo relaciones sexuales sin preservativo aunque sea una sola vez
117. Compartir jeringuillas contaminadas es una de las formas por las que se transmite el VIH
118. Hay algunas cosas sencillas que todo el mundo puede hacer para protegerse del Virus del SIDA
119. Una persona debe evitar estar en la misma habitación con otra infectada por el Virus del SIDA
120. No todo el mundo infectado por VIH tiene la enfermedad (SIDA)
121. Usar el preservativo o condón es una buena manera de prevenir la infección por el VIH
122. Si una mujer contagiada por el Virus del SIDA queda embarazada, su hijo puede nacer contagiado
123. A través de la técnica del tatuaje no puede transmitirse el Virus del SIDA

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Verdadero 2. Falso 0. NS/NC |
|--|

VIII. SEROLOGIA DE VIH

124. ¿Se ha sometido a un examen de sangre para detectar anticuerpos del Virus que causa el SIDA?

1. Sí
2. No ha tenido ocasión
3. Rehusó
4. Está citado para realizarlo
0. NS/NC

125. ¿Se le solicitó consentimiento para la realización de las pruebas arriba mencionadas? En caso afirmativo, ¿de qué forma? (En el supuesto de que la prueba se haya realizado en más de una ocasión, referir la pregunta a la primera)

1. De palabra
2. Escrito
3. No se me solicitó
0. NS/NC

Entrevistador: Las siguientes preguntas, desde la 126 hasta la 130, tan sólo se les formula a quienes SI se han sometido a la prueba del SIDA (ítem 1 de la P.124). Quienes no tuvieron aún ocasión, rehusaron hacersela o están citados (ítem 2, 3 y 4 de la P.124) pasa a la P.131-132.

126. ¿Le han sido comunicados los resultados de la prueba? (referir a la última prueba)

1. No ha querido conocerlos
2. Me encuentro a la espera de los resultados
3. Me han comunicado que era V.I.H. negativo
4. Me han comunicado que era V.I.H. positivo
5. Otras
0. NS/NC

127. Si es VIH positivo: Primera o única fecha en la que fue informado que era V.I.H. positivo

Mes		Año

128. Si es negativo: Última fecha en la que fue realizada la prueba

Mes		Año

129. ¿Recuerda Vd. el nombre del centro y ciudad donde le fueron comunicados los resultados de las dos preguntas anteriores?. Si es afirmativo, dígame el centro y la ciudad donde se encuentra

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. No 2. Sí 0. NS/NC |
|--|

Nombre Centro

Ciudad

La siguiente pregunta NO se planteará a aquellas personas con serología positiva al V.I.H. (Ítem 4 P.126) y SI a todos los demás

130. ¿Qué probabilidad cree que tiene Vd. de contraer la infección por el virus del SIDA?

1. Ninguna probabilidad
2. Alguna probabilidad
3. Gran probabilidad
4. Es seguro que la voy a contraer
0. NS/NC

IX. MODIFICACION DE HABITOS

A) Influencia de tratamientos previos en la modificación de los hábitos

131-132. El hecho de haber recibido anteriormente tratamientos para la adicción ¿ha modificado de alguna forma su conducta para prevenir la transmisión del virus del SIDA?

(Leer las respuestas)

Señalar las dos opciones más importantes: Las opciones hacen referencia a modificaciones en los hábitos, bien sean transitorias o definitivas.

1. Nada
2. Utilizó con más frecuencia jeringuillas estériles o limpias (desinfectadas)
3. Utilizó con más frecuencia preservativos
4. Tomó más medidas de precaución en la convivencia diaria
5. Otras: _____
6. No he recibido anteriormente tratamiento alguno
0. NS/NC

B) Conocimiento de la serología de V.I.H. y modificación en el consumo, en las prácticas de consumo, prácticas sexuales y de convivencia

Este apartado será contestado por todas aquellas personas a las que se haya realizado la prueba del SIDA y conozca sus resultados (Ítems 3 y 4 de la P.126). Todos los demás casos pasan a la P.140-141

133. Aparte del inicio del tratamiento, el conocer los resultados de la prueba del SIDA ¿ha modificado en alguna medida el consumo inyectado de drogas?

1. No
2. He aumentado el consumo
3. He disminuído el consumo
0. NS/NC

134-135. Desde que conoce los resultados de la prueba del SIDA ¿ha modificado en alguna medida la forma o vías de consumo? (Señalar "Las dos opciones más importantes" por orden)

1. Dejé de usar la vía inyectada
2. Disminuí el uso de la vía inyectada
3. Dejé de compartir el material de inyección
4. Compartí con menos frecuencia el material de inyección
5. Utilizo una sola vez el material estéril que compro en la farmacia
6. Comencé a utilizar técnicas de desinfección
7. No modifiqué los hábitos en ningún sentido
8. Otras.
0. NS/NC

136-137. Desde que conoce los resultados de la prueba del SIDA, ¿ha modificado de alguna manera sus prácticas sexuales? (Señale las dos más importantes)

01. He dejado de tener relaciones sexuales
02. He disminuído la frecuencia de las relaciones sexuales
03. He aumentado la frecuencia de las relaciones sexuales
04. He disminuído el número de compañeros sexuales
05. He aumentado el número de compañeros sexuales
06. Utilizo preservativos con más frecuencia
07. Utilizo preservativos con menos frecuencia
08. Utilizo siempre preservativos
09. No las ha modificado
10. Otros.
00. NS/NC

138-139. ¿Cree Vd. que su vida ha cambiado desde que se hizo la prueba del SIDA, en alguno de los siguientes aspectos? (Señale los dos más importantes)

1. Me volví más deprimido (en forma grave)
2. Me volví ansioso
3. Empecé a cuidar más mi salud
4. Empecé a recibir tratamiento médico
5. Solicité tratamiento para dejar la droga
6. Estoy más equilibrado
7. Me liberé de una gran preocupación
8. No cambió nada para mí
9. Otros.
0. NS/NC

X. DEMANDA SUBJETIVA DE INTERVENCIONES

A TODOS LOS ENTREVISTADOS

140-141. Cite "dos" medidas de las que a continuación se enumeran que, Vd. conoce que se hayan desarrollado en esta ciudad, en relación con la prevención del SIDA entre las personas adictas a drogas (Leer las medidas)

01. Reparto gratuito de jeringuillas nuevas o a cambio de jeringuillas usadas
02. Máquinas expendedoras de jeringuillas
03. Máquinas expendedoras de preservativos
04. Reparto gratuito de preservativos
05. Reparto de lejía u otro desinfectante para limpiar el material de inyección
06. Adiestramiento o consejos prácticos de como limpiar el material de inyección
07. Reparto de folletos donde se indica qué medidas debe tomar una persona que se inyecta drogas para prevenir el contagio del SIDA
08. Programas de tratamiento para dejar las drogas: desintoxicaciones, programas libres de drogas, metadona, naltrexona...
09. Ninguna
10. Otras.
00. NS/NC

142-143. Cite aquellas "dos" medidas que, le parecen más eficaces para que la gente adicta a drogas deje de infectarse por el Virus del SIDA (Leerlas)

01. Reparto gratuito de jeringuillas nuevas o a cambio de jeringuillas usadas
02. Máquinas expendedoras de jeringuillas
03. Máquinas expendedoras de preservativos
04. Reparto gratuito de preservativos
05. Reparto de lejía u otro desinfectante para limpiar el material de inyección
06. Adiestramiento o consejos prácticos de como limpiar el material de inyección
07. Reparto de folletos donde se indica qué medidas debe tomar una persona que se inyecta drogas para prevenir el contagio del SIDA
08. Programas de tratamiento para dejar las drogas: desintoxicaciones, programas libres de drogas, metadona, naltrexona...
09. Legalizar la droga y su venta
10. Ninguna
11. Otras.
00. NS/NC

144-145. ¿Por qué cree Vd. que es tan frecuente la infección por el Virus del SIDA entre las personas que se inyectan drogas?
(Señalar las "dos" más importantes por orden)

1. Porque no conocen las medidas preventivas para evitar el contagio
2. Porque aunque las conocen es muy caro conseguir las agujas y jeringuillas estériles
3. Porque aunque las conocen es muy caro conseguir el material de desinfección para limpiar las agujas y jeringuillas
4. Porque aunque las conocen y pueden conseguir los medios, en general no les interesa molestarse
5. Porque nadie piensa que se vaya a contagiar
6. Otras
0. NS/NC

