

ATENCIÓN PRIMARIA E INFECCIÓN POR VIH/SIDA

A. GUTIÉRREZ LEÓN; J. A. LACOSTE MARÍN; C. T. PITTI GONZÁLEZ
Consejería de Sanidad, Gobierno de Canarias

Resumen

En este artículo se hace un análisis de la situación actual referente a la asistencia a los enfermos VIH/sida y su relación con el desarrollo de la Atención Primaria de Salud. Se evalúan necesidades y objetivos que debe cubrir la Atención Primaria (AP) en relación a la infección por VIH, y el papel que el psicólogo debe jugar dentro del equipo multiprofesional.

Palabras clave: Asistencia primaria, VIH, sida, psicología.

Abstract

In this article we realize an analysis of the actual situation about the attendance to the HIV/AIDS patients, and his relation with the Primary Care Team. It's evaluated the priorities and the objectives that the Primary Care must cover in the HIV infection, and the role of the psychologist inside the multidisciplinary team.

Key words: Primary care, HIV, AIDS, psychology.

Introducción: atención primaria, psicología y sida

En el último decenio han surgido dos hechos de gran trascendencia en el campo de la actuación psicológica, con incidencia decisiva en el papel que el psicólogo debe realizar como agente promotor de la salud. Por un lado, el desarrollo de un primer nivel de atención sanitaria, tan científico como los servicios especializados, más humano, que responda a las necesidades de salud de la población e integrado con el resto del sistema nacional de salud. Por otro lado, la aparición del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, como enfermedad que conlleva asociada una fuerte carga psicológica, tanto en la dimensión preventiva como en la faceta asistencial.

De la definición de Atención Primaria de Salud, establecida en la Conferencia de Alma-Ata, emanan los principios característicos que la constituyen: esencial, participativa, universal y pertinente. Pero ¿cómo incluir bajo esta perspectiva el problema de la infección por el VIH/sida? ¿Qué papel pueden y/o deben jugar los psicólogos desde los equipos de atención primaria? ¿Realidad o ficción?

En el contexto actual, el modelo de asistencia al enfermo de sida o con anticuerpos anti-VIH es preferentemente el hospitalario. La mayoría de pacientes son atendidos en las consultas externas de los

complejos hospitalarios; y ello, a pesar de que muchos de ellos refieren patologías banales y/o burocráticas. Durante el año 1990 fueron atendidos 1.527 enfermos de sida en los hospitales catalanes; sin embargo, aproximadamente el 50 por 100 de las consultas externas hospitalarias VIH/sida podrían ser compartidas con la Atención Primaria (AP) (Vall, 1993). La realidad, sin embargo, es que el 58,5 por 100 de los médicos de asistencia primaria nunca ha tenido contacto con un paciente con VIH (Huguet, Bou, Argimon y Escarabill, 1990).

Asimismo, el sida ha puesto de manifiesto las carencias de un sistema sanitario excesivamente basado en el médico y en el hospital. Además, con el sida se ha revelado la auténtica dimensión integral de las enfermedades: la necesidad de combinar la asistencia médico-biológica con la psicológica.

El papel de la atención primaria

Ante una enfermedad, como actualmente lo es el sida, para la cual no disponemos de remedio, las actuaciones sanitarias han de dirigirse más hacia el cuidado que hacia la curación, poniendo gran énfasis en los aspectos preventivos. Partiendo de esta realidad, y si la aceptamos, comprenderemos la evi-

dente necesidad de redirigir la atención de los pacientes con VIH/sida hacia los niveles primarios de la atención sanitaria. Incluso el Council on Ethical and Judicial Affairs de la American Medical Association (1988) lo ha llegado a «recomendar».

Por otra parte, durante años el sida cursa como una enfermedad asintomática, o como mucho el paciente se queja de patologías banales. Los portadores asintomáticos progresan a sida entre un 30 y un 70 por 100 en ocho años (Medina, Crespo, Costa y Fuertes, 1992), lo cual indica que aun así seguirá existiendo un importante número de personas infectadas susceptibles de ser atendidas en AP. El paciente, durante ese período de tiempo, únicamente necesita evaluaciones periódicas, apoyo psicológico, consejo y asesoramiento sobre las medidas preventivas (Agud y cols., 1993). Sólo al final, cuando su sistema inmunitario es muy deficitario y presenta múltiples infecciones oportunistas, requerirá un tratamiento hospitalario. Se ha estimado que entre el 80 y el 95 por 100 del tiempo que transcurre desde que un paciente es diagnosticado hasta que fallece lo pasa fuera de la responsabilidad del hospital (Bucknall, 1986; Working Party of the Royal College of General Practitioners, 1988). Además, cuando la muerte está próxima y ya prácticamente nada se puede conseguir con nuestro arsenal terapéutico, lo más aconsejable —siempre que sea posible— es que el paciente sea atendido en su domicilio.

Con la inclusión de la asistencia a los enfermos por VIH/sida en AP también se consigue uno de los objetivos de carácter social más importantes: normalizar la enfermedad y contextualizar a este tipo de pacientes dentro del marco sanitario habitual. Evitamos así las situaciones de discriminación positiva a que generalmente están sometidos y consideramos su atención como una patología relevante pero no excluyente. Con ello, también conseguimos que los pacientes mantengan una relación más directa y cercana con los profesionales de la salud al retomar la prototípica labor del «médico de cabecera».

La asistencia dentro de la AP es más globalizada, al incluir la atención a los aspectos médicos, psicológicos, sociales, etc., pues se parte de la existencia de equipos multiprofesionales.

Por otra parte, como afirma E. González López (1993), el sida está colapsando el sistema sanitario hospitalario al saturar las consultas y ocupar muchas camas durante mucho tiempo. En el estudio de Vall (1993), los 1.527 enfermos atendidos en hospitales durante el año 1990 generaron 1,5 admisiones por enfermo al año con un promedio de veintidós días de estancia por ingreso. Y se calculó que el coste hospitalario global de un enfermo de sida es de casi 3 millones de pesetas anuales.

Si éstos son los hechos, ¿qué ha ocurrido para que el sida haya estado tan alejado de la AP? ¿Por qué se ha monopolizado su atención desde los hospitales? En primer lugar, es necesario reconocer la escasa implantación de los nuevos modelos de Atención Primaria de Salud (Martín y Cano, 1986), y la deficitaria comunicación existente entre la AP y

los hospitales mucho antes de la extensión del problema del sida.

En segundo lugar, la infección por VIH parecía inicialmente que era rápidamente mortal y que estaba jalonada de infecciones oportunistas difíciles de diagnosticar y tratar; era, por tanto, un problema de hospital (Vall, Salas, Rodes y Casabona, 1992). Al percibir que el sida son esas enfermedades y no contemplar la etapa asintomática de la infección era evidente que debía tratarse en los hospitales.

En tercer lugar, entre los profesionales que trabajan en AP ha existido una escasa formación en torno a este «nuevo» fenómeno y, por contra, un excesivo protagonismo de algunos especialistas en sida, tal y como apuntan Agud y colaboradores (1993). En un estudio realizado en California por Gerbert, Maguire, Bleecker, Coates y McPhee (1991) se observa que cerca del 80 por 100 de los médicos encuestados creen tener poca información sobre el sida. Estos resultados nos indican la necesidad de incrementar la formación y entrenamiento de los profesionales de AP en torno a la infección por el VIH, aspecto éste ya sugerido por Gemson y colaboradores (1991), y en nuestro país por Huguet y colaboradores (1990).

Por otra parte, otro obstáculo existente y ligado a este último de la falta de conocimientos es la existencia de conductas y actitudes de rechazo hacia este tipo de pacientes. Gerbert y colaboradores (1991) concluyen que el 35 por 100 de los médicos de la AP «se sentirían nerviosos entre un grupo de homosexuales», y el 55 por 100 expresan malestar al atender a consumidores intravenosos de drogas. Estas actitudes negativas, sin embargo, disminuían cuando los médicos tenían experiencia de haber tratado al menos a diez pacientes VIH/sida.

Finalmente, también ha podido ocurrir que, con un cierto carácter economicista, se haya intentado controlar el gasto sanitario evitando la dispersión y centralizando toda la asistencia en los hospitales. Esta concepción, engañosa y carente de utilidad desde una visión amplia de la gestión de los servicios de salud, olvidaría que esta infección puede ser tratada con el esfuerzo de todos los niveles de la medicina y que la prevención es la mejor herramienta a nuestro alcance.

Coordinación entre servicios hospitalarios y atención primaria

En el pasado, ya hemos dicho que la atención al enfermo de sida se ha monopolizado desde los hospitales, pero para el futuro sería deseable modificar ligeramente esta situación. Debemos tender hacia un modelo en el que la persona afectada pueda elegir entre la demanda de un servicio especializado o la AP y que, a su vez, cualesquiera de estas dos instancias puedan remitirse y derivarse los pacientes en función de los cuidados que éstos requieran (Fig. 1).

Para poder llegar a esta situación es necesario

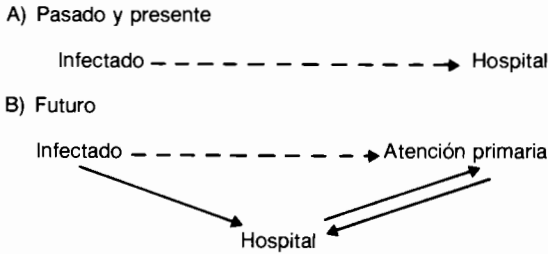


Figura 1. Atención a las personas con VIH/sida

establecer unos adecuados mecanismos de coordinación entre ambos niveles de atención sanitaria (González y García, 1989), lo cual implica:

1. Desarrollo de cursos de formación para los profesionales sanitarios de AP que abarquen las siguientes áreas:

- Educación Sanitaria.
- Técnicas de Asesoramiento y Consejo.
- Aspectos Clínicos y de Diagnóstico.
- Técnicas de Apoyo Psicológico.
- Cuidados paliativos.
- Manejo de personas consumidoras de drogas.

2. Rotaciones por las consultas de atención hospitalaria a pacientes con VIH/sida y/o plantas de encame.

3. Creación de Grupos de Trabajo conjuntos.

4. Realización de Sesiones Clínicas periódicas conjuntas.

5. Desarrollo y seguimiento de los mismos protocolos de actuación.

6. Elaboración de materiales comunes destinados a la prevención y/o guías para el manejo y cuidado de los pacientes.

Educación sanitaria desde la AP

La prevención de la infección por el VIH es uno de los principales objetivos que la AP puede cubrir dada sus especiales características. Por ello, los profesionales que trabajan en AP deben ejercer un importante papel en el campo de la educación sanitaria, aprovechando además el contacto más directo que mantienen con las personas que viven en su área de salud.

Esta labor se realizará como parte de las actividades de promoción y protección de la salud. En este caso, es necesario incidir en la motivación para el cambio hacia actitudes más saludables (no discriminatorias) y ayudar a la población a adquirir conocimientos para mantener estilos de vida más sanos, evitando conductas que expongan al VIH. González (1989) sugiere añadir además información acerca de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y considerar la infección por el VIH como otra ETS

más, con el fin de evitar en lo posible la transmisión heterosexual.

La educación sanitaria debe estar dirigida a la población general, aunque haciendo especial hincapié en las personas y/o colectivos que manifiesten prácticas de riesgo.

Si se pretende hacer una labor preventiva eficaz no sólo hay que informar a la población sobre cuáles son las vías de transmisión del VIH y las medidas profilácticas, también es necesario que proporcionemos y/o facilitemos los medios (preservativos, jeringas, etc.) para que las personas puedan llevar a cabo los comportamientos preventivos. Todo ello mediante planteamientos reflexivos y razonando el porqué de cada actuación.

Por otra parte, para que la información pueda llegar a todas las personas es necesario trasladar esa información allí donde se encuentran todos los potenciales destinatarios y/o colectividades que pueden ser reticentes a la hora de admitir en su seno a individuos infectados por el VIH (Francis, 1983): empresas, escuelas, asociaciones de vecinos, APAS, colectivos juveniles, etc., bien de forma directa (a través de los propios profesionales de AP), o bien de forma indirecta; es decir, formando a mediadores o paraprofesionales (maestros, ex drogadictos, educadores de calle, líderes, etc.) para que sean ellos los canalizadores de la información.

Los equipos de AP deben establecer programas de actuación conjunta con las agrupaciones ciudadanas de su comunidad implicadas en el problema (colectivos de homosexuales, grupos de autoapoyo, etc.) con el fin de adoptar mecanismos más amplios de prevención y que abarquen a un mayor número de personas. En el seno de estos programas se ofrecerá, además de asistencia y asesoramiento preventivo, la posibilidad de realizar la prueba anti-VIH, guardando las normas éticas y de confidencialidad, y contando con el permiso del individuo (Bayer, Levine y Wolf, 1986).

Detección y diagnóstico de la infección por VIH

La AP debe ofrecer la posibilidad de realizarse, de forma voluntaria, la prueba diagnóstica para conocer la serología frente al VIH, siempre acompañada de asesoramiento y consejo en torno a la prueba y las probables consecuencias de la misma.

Toda petición diagnóstica debe acompañar el consentimiento —incluso por escrito y firmado— del paciente cuando debido a los síntomas que éste presente, el profesional de AP sea quien proponga la realización de la prueba. Excepto cuando la urgencia no permita demora; cuando el no seguir tratamiento suponga un riesgo para la salud pública; cuando exista un imperativo legal, y cuando el paciente no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponde a sus familiares y personas legalmente responsables (González, Puche y González, 1992).

Es fundamental que, en cualquier caso, se mantenga la confidencialidad sobre la situación serológica de los pacientes, pues la intimidad de las personas aparece reconocida como un derecho fundamental en la Constitución Española (arts. 18.1 y 4 y 20).

La AP también afronta el reto que supone la infección por el VIH en el caso de mujeres en edad fértil. Por implicar mayores consecuencias al existir aproximadamente un 13 por 100 de riesgo de transmisión materno-fetal del VIH (European Collaborative Study, 1991), desde la AP se deben disponer medidas específicas, tanto de prevención primaria para disminuir el número de nuevos casos como de captación temprana de las mujeres infectadas y así poder detener la transmisión vertical del VIH. Es indispensable, por tanto, que la detección de una mujer infectada por VIH, o con riesgo de estarlo, sea una práctica sanitaria habitual. Sin embargo, es conveniente que ello sea sólo una parte de un programa de consejos, cuidados de salud y servicios de apoyo (Lacoste, 1993). De la misma manera que la detección materna y fetal se utiliza para algunas enfermedades «silenciosas» (toxoplasmosis y sífilis), debiera implantarse un amplio programa de detección de infección por VIH en embarazadas.

El Servicio de Salud Pública Americano ya ha recomendado la detección de anticuerpos contra VIH como parte de la orientación ginecológica a todas las mujeres de alto riesgo en edad de procreación (CDC, 1987). No obstante, existen una serie de objeciones a la detección general («universal») de VIH puesto que podemos encontrarnos con resultados falsamente positivos, y, por otra parte, se encuentra la mencionada preocupación con respecto a la confidencialidad. Como se muestra en la tabla 1, hay varios argumentos en favor y en contra de la detección sistemática en embarazadas.

Por ello es por lo que el enfoque actual pasa por realizar el *screening* únicamente en las personas con antecedentes de haber realizado algún tipo de comportamiento de riesgo (CDC, 1985; Forbes, 1986; Minkoff, Nanda y Menez, 1987), sobre todo en áreas de baja prevalencia. La detección sistemática parece estar más indicada en zonas donde las tasas de prevalencia de infección por el VIH son altas (Fehrs, Hill, Kerndt, Rose y Henneman, 1991). Entonces se debe seguir un protocolo de actuación bien definido y estructurado (Lacoste, 1989; Cates y Bowen,

1990). En este ámbito sí parece conveniente realizar *screenings* generales en AP por varios motivos:

- a) Detectar precozmente la infección y así poder recomendar que se evite el embarazo en aquellas mujeres en edad fértil y que sean seropositivas.
- b) Realizar lo antes posible, si la paciente lo desea, la interrupción del embarazo en el caso de una mujer embarazada. Con ello se reducen riesgos de activación del sida y los propios que conlleva una interrupción en estados avanzados de gravidez.
- c) Iniciar, si el caso lo requiere, la profilaxis con antirretrovirales para portadoras asintomáticas.
- d) Proporcionar información a las mujeres, con o sin riesgo de infección, pero sin evidencia de ella, sobre su estilo de vida y los modos de prevenir la infección por el VIH.

Asesoramiento antes de realizar la prueba

1. Determinar, mediante una entrevista personal, el grado de riesgo a que ha estado expuesta la persona demandante, para así poder determinar la conveniencia o no de realizar la prueba. Si evidentemente no ha existido riesgo y sólo son temores infundados, se aconseja no realizar la analítica.
2. Analizar el nivel de información que el peticionario tiene en torno al sida, explicando claramente el significado que tiene ser «seropositivo», así como las vías de transmisión y medidas preventivas.
3. Explicar en qué consiste la prueba y el tiempo que se tarda en recoger los resultados.
4. Anticipar las posibles alteraciones emocionales que pueden aparecer mientras espera los resultados.

Asesoramiento cuando se comunican los resultados

A) Si el resultado de la prueba es negativo

1. Insistir nuevamente sobre aspectos informativos en torno a cuáles son las vías de transmisión y las conductas preventivas.
2. Si fuera necesario, concertar citas para próximas pruebas.

B) Si el resultado de la prueba es positivo

1. Comunicar claramente el resultado; sin dar rodeos (aumenta la ansiedad del profesional y de la persona afectada), evitando ser bruscos. La información debe ser, en todo momento, veraz y científica (Sherer, 1988).
2. Empatizar; es decir, comprender la auténtica significación que hoy día supone ser «positivo» y las consecuencias que genera.

TABLA 1

Detección prenatal sistemática de VIH

Pros	Contras
— Las pruebas voluntarias pueden perder casos	— Existencia de falsos positivos
— Control de la transmisión perinatal	— Costos elevados
— Protección del personal sanitario	— ¿Confidencialidad del resultado?

3. Dar mensajes cortos y repetidos; sobre todo si observamos que la persona no comprende muy bien lo que le decimos, utilizando a la vez un lenguaje asequible para quien escucha.

4. Explicar que «ser seropositivo no significa estar enfermo e incapacitado».

5. Aportar alternativas de actuación: proponer seguimiento médico, control psicológico, apoyo social, etc.

6. Evitar dar consejos y el tono paternalista, lo que implica que el profesional de AP debe escuchar y respetar los silencios de la otra persona con todo respeto y sin dejarse llevar por las emociones.

7. El asesoramiento no sólo ha de enfocarse al paciente, sino que también es necesario contar con su entorno (pareja, familia y amigos). Respecto a la pareja, lo deseable es que sea el propio paciente quien le comunique cuál ha sido el resultado de la prueba. Igualmente ocurre con la familia. En ambos casos, es conveniente establecer contacto con dichas personas, no sólo por si desean realizarse también la prueba, sino para evitar que se produzcan situaciones de rechazo y facilitar la aparición y/o mantenimiento de actitudes y comportamientos de apoyo y ayuda mutua.

Seguimiento del paciente

A lo largo del seguimiento del paciente es importante:

a) Preguntarse cómo se siente, qué cosas le preocupan, para así poder proponerle posibles estrategias y modos adecuados de afrontamiento. Hay que permitir hablar al paciente y dejar que pregunte lo que le interesa saber. Nunca se debe presuponer lo que al paciente le angustia; dejar que sea él quien lo comunique, facilitando para ello la sincera expresión a través de la creación de un clima de confianza (*rapport*) y una relación médico/psicólogo, etc., paciente relajada y distendida.

b) El seguimiento clínico, lógicamente, lo debe realizar el médico. Éste debe hacerse de forma longitudinal (Dunford, 1988), evaluando periódicamente mediante pruebas diagnósticas y analíticas su situación física e inmunológica. Como en los primeros estados de la infección apenas aparecen síntomas externos, es conveniente que las revisiones alteren lo menor posible el ritmo de vida del paciente.

c) Cuando el paciente manifieste alteraciones emocionales de gran intensidad y prolongadas en el tiempo, susceptibles de un abordaje más detallado y especializado a nivel psicológico y psicofarmacológico, se remite el caso al siguiente nivel de la Atención Sanitaria.

d) Como ya hemos recalado anteriormente, en los últimos estadios de la enfermedad, desde el punto de vista psicológico es más conveniente que el paciente pueda estar rodeado de su familia/seres queridos. Desafortunadamente, la respuesta a esta demanda social ha sido deficiente por parte de la

AP, aunque sí existen experiencias desarrolladas desde hospitales (Bates, Hoy, Clarke y Laird, 1981; Anand, Pryor y Morgan, 1989; Smits, Mansfield y Singh, 1990). Para ello, surge como objetivo primordial el que los equipos de AP asuman la atención domiciliaria como parte del seguimiento asistencial de este tipo de enfermos, al igual que sucede con otros procesos terminales. El desarrollo de asistencia en el domicilio no quiere decir que se desvincule necesariamente del hospital, debiéndose coordinar los esfuerzos en vez de tender a suplantarse.

Este trabajo domiciliario con pacientes con sida en situación terminal implica reconocer la necesidad de intervenir no sólo sobre aspecto de índole física, sino también y fundamentalmente con sintomatología psicológica. La meta a conseguir durante esta fase será, por tanto, cuidar en vez de curar; es decir, proporcionar confort, controlando síntomas y satisfaciendo necesidades (emocionales, sociales y espirituales).

Rol clínico del psicólogo en AP

La infección por el VIH, debido a que se está convirtiendo en un grave problema de salud pública y en una de las principales causas de muerte prematura en España (Castilla, 1993), está generando un incremento en la demanda sobre los profesionales de la psicología. Por otra parte, y siguiendo a Maj (1990), el tropismo del VIH sobre el Sistema Nervioso Central, así como el gran impacto emocional y social que genera el diagnóstico de infección, conlleva asociado el que los psicólogos hayan tenido que atender a estos nuevos pacientes.

Desde esta perspectiva, el psicólogo como profesional de la salud va a afrontar un conjunto de alteraciones y trastornos asociados a una infección vírica. Por ello, en primer lugar, se impone una necesaria actualización y puesta al día en torno a los conocimientos sobre etiología, clínica, evolución, diagnóstico, etc., de esta enfermedad. Esta situación, de partida es imprescindible para posteriormente poder comprender las psicopatologías a intervenir de forma consecuyente y conjuntamente con el resto de profesionales sanitarios. Siempre con un doble objetivo general:

1. Evitar la difusión del VIH.
2. Reducir las alteraciones emocionales en los pacientes.

Para poder alcanzar ambas metas, desde el ámbito de actuación de la psicología, será necesario realizar tanto en pacientes infectados por el VIH como en personas sanas pero que manifiestan conductas de riesgo, un detallado Análisis Funcional individual de Comportamiento (Bayes, 1992), valorando en cada caso y situación un factor o constelación de factores que pueden adquirir valor crítico para el individuo. Para ello, nuestra recomendación es reali-

- A) Pacientes no infectados por el VIH
- Ansiedad sida
 - *Worried well* (preocupados no infectados)
 - Fobia sida
 - Delirios sida
 - Depresión mayor con síntomas psicóticos
 - Trastornos ficticios
- B) Pacientes infectados por el VIH
- Trastornos adaptativos con síntomas emocionales mixtos (ansiedad y depresión)
 - Diagnósticos psiquiátricos asociados:
 - Ansiedad generalizada
 - Trastornos de personalidad (funcional)
 - Trastornos afectivos:
 - Depresión mayor
 - Manía
 - Síndrome mental orgánico:
 - Episodios psicóticos (esquizofrenia-like)
 - Delirio (etiología múltiple)
 - Demencia asociada o no a: síntomas afectivos depresivos o maniformes; síntomas delirantes

Figura 2. Síntomas psicológicos asociados al VIH/sida.

zar una entrevista clínica a pacientes, parejas o allegados y un autorregistro.

La reducción de las alteraciones emocionales debe, a nuestro juicio, centrarse no sólo en los propios pacientes portadores del VIH, sino también en aquellas personas no infectadas pero preocupadas (*worried well*). M. J. Carvajal (1993) realiza una didáctica distinción de la sintomatología para cada uno de los grupos (Fig. 2).

Este tipo de alteraciones, desde el punto de vista estrictamente clínico, no influye ningún trastorno psicológico diferente a los ya conocidos tradicionalmente. El reto estriba en adaptar los instrumentos y las técnicas psicoterapéuticas, teniendo en cuenta la base orgánica que puede residir en el fondo del proceso, lo cual nos debe incitar a llevar a cabo una mayor labor desde el equipo interdisciplinario.

Referencias

Agud, J. M., Urzelai, A., Pérez Ortiz, J. R., Ayensa, C., Aramburuzabal, B., Abascal, E. y Uyaca, J. (1993). El debate sobre la infección por VIH en atención primaria. *Jano*, 1028, 123-126.

Anand, J. K., Pryor, G. A. y Morgan, R. T. (1989). Hospital at home. *Health Trends*, 21, 46-47.

Bates, T., Hoy, A. M., Clarke, D. G. y Laird, P. P. (1981). The St Thomas hospital terminal care support team. A new concept of hospice care. *Lancet*, 1, 1201-1203.

Bayer, R., Levine, C. Wolf, S. M. (1986). HIV antibody screening. An ethical framework for evaluating proposed programs. *Journal of American Medical Association*, 256, 1768-1774.

Bayes, R. (1992). Variaciones sobre un modelo de prevención de enfermedad y su aplicación al caso del sida. *Acta Comportamental*, 0, 33-50.

Bucknall, A. (1986). Regional patterns of AIDS and HIV infection. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 36, 491-492.

Carvajal, M. J. (1993). Manifestaciones psicológicas y psiquiátricas de los pacientes infectados por el VIH. *Jano*, 1028, 95-97.

Castilla, J., Iñigo, J., Sendra, J. M. y Tello, O. (1993). Años potenciales de vida perdidos por síndrome de inmunodeficiencia adquirida en España, 1981-1990. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 100, 245-248.

Cates, W. y Bowen, S. (1990). HIV infection: Primary care counseling and testing is wise and necessary. *Modern Medicine*, 58, 64-74.

C.D.C. (1985). Recommendations for assisting in the prevention of perinatal transmission of HTLV-III/LAV and AIDS. *MMWR*, 34, 721-732.

C.D.C. (1987). Public health service guidelines for counselling and antibody testing to prevent HIV infection and AIDS. *MMWR*, 257, 1357.

Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association (1988). Ethical issues involved in the growing AIDS crisis. *Journal of American Medical Association*, 259, 1360-1361.

Dunford, A. (1988). The management of HIV symptomatic patients in general practice. *Practitioner*, 232, 445-451.

European Collaborative Study (1991). Children born to women with HIV-1 infection: Natural history and risk of transmission. *Lancet*, 337, 254-260.

Fehrs, L. J., Hill, D., Kerndt, P. R., Rose, T. P. y Hennehan, C. (1991). Targeted HIV screening at a Los Angeles prenatal/family planning health center. *American Journal of Public Health*, 81, 619-622.

Forbes, P. B. (1986). The significance of AIDS in obstetric practice. *British Journal Hospital Medicine*, 36, 342-346.

Francis, D. P. y Chin, J. (1987). The prevention of Acquired Immunodeficiency Syndrome in the United States: An objective strategy for medicine, public health, business and the community. *Journal of American Medical Association*, 257, 1357-1366.

Gemson, D. H., Colombotos, J., Elinson, J., Fordyce, E. J., Hynes, M. y Stoneburger, R. (1991). Acquired immunodeficiency syndrome prevention. Knowledge, attitudes and practices of primary care physicians. *Archives of Internal Medicine*, 151 (6), 1102-1108.

Gerbert, B., Maguire, B. T., Bleeker, T., Coates, T. J. y McPhee, S. J. (1991). Primary care physicians and AIDS. Attitudinal and structural barriers to care. *Journal of American Medical Association*, 266 (20), 2837-2842.

González, E. y García, F. (1989). Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y Atención Primaria de Salud. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 92, 539-542.

González, E., Puche, N. y González, M. (1992). Atención primaria de salud en la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). En: J. R. Costa, A. Damiano y R. Rubio (Eds.), *La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Patogenia, diagnóstico y tratamiento* (págs. 267-273). Madrid: Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo.

González, E. (1993). Sida. Nuevas alternativas asistenciales. El papel de la Atención Primaria. *Publicación Oficial de SEISIDA*, 4 (3), 168.

Huguet, M., Bou, M., Argimon, J. M. y Escarrabill, J. (1990). Encuesta sobre la actitud de los médicos de la asistencia primaria respecto al Sida. *Revista Clínica Española*, 186 (1), 8-15.

Lacoste, J. A. (1989). Sida, VIH y mujeres ADVP. Counselling en Centros de Tratamiento de Drogodependencias. *XVII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol*. Libro de Ponencias (págs. 513-518). Valencia: Diputación Provincial de Valencia.

- Lacoste, J. A. (1993). Sida y reproducción: detección de la infección y consejo a los padres. En A. Vega (Ed.), *Educación y Sida. Problemática y respuestas* (págs. 101-110). San Sebastián: Universidad del País Vasco.
- Maj, M. (1990). Psychiatric aspects of HIV-1 infection and AIDS. *Psychological Medicine*, 20, 547-563.
- Martin, A., Cano, J. F. (1986). Atención Primaria de Salud. En A. Martín y J. F. Cano (Eds.), *Manual de Atención Primaria. Organización y pautas de actuación en la consulta* (págs. 3-12). Barcelona: Doyma.
- Medina, J., Crespo, L., Costa, J. R. y Fuertes, A. (1992). Historia natural de la infección por VIH: clínica y diagnóstico. En J. R. Costa, A. Damiano y R. Rubio (Eds.), *La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Patogenia, diagnóstico y tratamiento* (págs. 73-86). Madrid: Plan Nacional del Sida. Ministerio de Sanidad.
- Minkoff, H., Nanda, D. y Menez, R. (1987). Pregnancies resulting in infants with acquired immunodeficiency syndrome or AIDS-related complex: Follow-up of mothers, children and subsequently born siblings. *Obstetrics and Gynecology*, 69, 288-291.
- Sherer, R. (1988). Physician use of the HIV antibody test. The need for consent, counseling, confidentiality, and caution. *Journal of American Medical Association*, 259, 264-265.
- Smits, A., Mansfield, S. y Singh, S. (1990). Facilitating care of patients with HIV infection by hospital and primary care teams. *British Medical Journal*, 300, 241-243.
- Vall, M., Salas, T., Rodes, A. y Casabona, J. (1992). The 1990 Hospital AIDS Survey in Catalonia (Spain). *VIII International Conference on AIDS*. Amsterdam.
- Vall, M. (1993). Atención Primaria e infección por VIH. Experiencia en Cataluña. *Publicación Oficial de SEISIDA*, 4 (3), 169.
- Working Party of the Royal College of General Practitioners (1988). Human Immunodeficiency Virus and the Acquired Immunodeficiency Syndrome in General Practice. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 38, 219-225.