

Prevención del VIH en diagnóstico de dependencia a la cocaína y trastorno esquizoafectivo

Preventing HIV in diagnosis of cocaine dependence and schizoaffective disorder

Abel Baquero Escribano¹

RESUMEN

Tras analizar brevemente la situación de los pacientes con diagnósticos múltiples e infección por VIH, en este trabajo se expone la actuación preventiva para la transmisión del VIH en un caso de un paciente portador con diagnóstico de dependencia a la cocaína vía parenteral coexistente con un trastorno esquizoafectivo. Se describe la intervención terapéutica realizada a lo largo de las sesiones, como la evolución clínica y resultados obtenidos. El interés en este caso reside principalmente en la particularidad diagnóstica del paciente en los ejes I y IV del DSM-IV TR, ya que el diagnóstico por VIH en sujetos consumidores de sustancias ha evolucionado desde el prototípico paciente consumidor de heroína y con un diagnóstico por VIH a los actuales pacientes con diagnósticos múltiples, diversas formas de consumo de sustancias y diferentes formas de contagio, transmisión e intervención frente al VIH.

Palabras clave: Infección por VIH; Consumo de sustancias; Trastorno esquizoafectivo; Intervención en pacientes con VIH.

ABSTRACT

After briefly analyzing the situation of patients with multiple diagnoses and HIV infection, this paper discusses the preventive action for HIV transmission in a case of a positive patient with diagnosis of intravenous cocaine dependence and schizoaffective disorder. The therapeutic intervention undertaken throughout the sessions, as well as the clinical course and the outcome, are described. The interest here lies mainly in the particular patient's diagnosis on axis I and IV of the DSM-IV TR, since HIV diagnosis in drug users has evolved from the prototypical heroin-user patient and HIV diagnosis to current patients with multiple diagnoses, various forms of substance usage and various forms of infection, transmission and intervention against HIV.

Key words: HIV infection; Substances consumption; Schizoaffective disorder; Intervention with VIH patients.

¹ Departament de Psicologia Bàsica, Clínica i Psicobiologia, Facultat de Ciències Humanes i Socials, Universitat Jaume I, Avda. Sos Baynat, s/n, E-12071 Castelló de la Plana, España, tel. 34(964)72-96-69 y 72-96-70, fax 34(964)72-92-67, correo electrónico: baquero@psb.uji.es. Artículo recibido el 26 de septiembre de 2009 y aceptado el 15 de julio de 2010.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el perfil del usuario consumidor de sustancias ha variado a la par que evoluciona la intervención terapéutica en estos pacientes, la que se configura indirectamente por las políticas sociales, sanitarias y legislativas, la disponibilidad o legalidad de determinadas sustancias y la cobertura integral, médica, social y psicológica de las consecuencias producidas por el uso, abuso o dependencia de dichas sustancias. Ante estos cambios, debe adaptarse la intervención terapéutica dispensada, ya que posibles patologías adjuntas a determinados trastornos mentales—como es el caso del VIH o la hepatitis C, de las que se había logrado un descenso entre los consumidores de drogas (Centro Nacional de Epidemiología, 2008)—coexisten actualmente en pacientes con una particularidad terapéutica configurada por diagnósticos duales que complican el curso de la intervención profesional y que pueden implicar un mayor riesgo de transmisión y el incumplimiento de los tratamientos prescritos (Bebbington, Cooper, King y cols., 2007; Rosenberg, Swanson, Wolford y cols., 2003). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008), el número de casos de infección por VIH por vía parenteral entre pacientes dependientes a sustancias ha descendido, si bien en los últimos años el perfil de estos ha evolucionado debido a la comorbilidad, el cambio de sustancias, las vías de consumo y otros factores. Dada tal variabilidad, las estrategias terapéuticas y preventivas deben rediseñarse e ir adaptándose a las nuevas realidades del consumo.

Los pacientes con enfermedades mentales sufren un elevado número de problemas médicos y un peor pronóstico clínico que la población general (Fremont, Alexander, Young y cols., 2007). Así lo demuestran diversos estudios en esta línea de trabajo relacionados con la salud general y los trastornos psiquiátricos (Druss, Rohrbaugh, Levinson y Rosenheck, 2001; Roberts, Roalfe, Wilson y Lester, 2006) y otros relacionados con patologías más específicas, como sobrepeso y diabetes (McKibbin, Folsom, Meyer y cols., 2008), padecimientos cardíacos (Osborn, King y Nazareth, 2003) o hepatitis (Mistler, Brunette, Marsh y cols., 2006).

Los pacientes con enfermedades mentales graves sufren elevadas tasas de infección por el VIH (Blank, Mandell, Aiken y Hadley, 2002; Rosenberg, Brunette, Oxman y cols., 2004), resultado principalmente del comportamiento sexual de riesgo (Coverdale y Turbot, 2002; Sullivan, Kanouse, Young y cols., 2006) y del uso de sustancias (Dickey, Norman y Weis, 2002; Rosenberg y cols., 2003), si bien existen apenas trabajos sobre la atención, seguimiento y tratamiento que estos pacientes reciben por el VIH debido a la baja adherencia al tratamiento y escaso control terapéutico.

La investigación en pacientes con enfermedades mentales y condiciones médicas distintas del VIH ofrece resultados negativos en torno a la evolución, seguimiento del tratamiento y curso de la enfermedad (Roberts y cols., 2006). A su vez, estos pacientes se encuentran en riesgo social ya que a menudo son personas con escasos recursos, que viven una compleja situación social y tienen un mínimo apoyo familiar (Hudson, 2005; Singleton, Bumpstead, O'Brien, Lee y Meltzer, 2000). Unida a esta dificultad sociofuncional, presentan en muchas ocasiones déficits cognitivos y escasas habilidades interpersonales que interfieren en su acceso a la atención médica, disminuyen la adherencia al tratamiento farmacológico y psicofarmacológico pautado, y desembocan en un mayor riesgo de transmisión y contagio de cualquier tipo de patología (Freudenreich, Gandhi, Walsh, Donald y Goff, 2007; Goldberg y Seth, 2008; Rosenberg, Goodman, Osher y cols., 2001); por todo esto, aumenta la gravedad en los niveles físico, psicológico y social que suele mostrar cualquier paciente con un diagnóstico múltiple y con patología orgánica. Resulta, pues, evidente que estos riesgos se incrementan, siendo propios de determinadas psicopatologías y de diferentes estadios de las mismas, como los trastornos psicóticos o los derivados del consumo de sustancias, donde se patentiza que el paciente sufre una mayor pérdida de contacto con la realidad (Benabarre, Vieta, Colom y cols., 2001). Un claro ejemplo de este aumento de las patologías orgánicas y riesgos asociados se encuentra en pacientes con un diagnóstico de trastorno esquizoafectivo, en el cual aparecen fases en las que el control de los impulsos y el contacto con la realidad se

encuentran considerablemente alterados (Rodríguez-Losada y Sánchez, 2004).

Esta pérdida de control de impulsos y contacto con la realidad es a su vez propia de los efectos del consumo de cocaína (OMS, 2008); de hecho, en muchos pacientes consumidores se produce un cambio en los rasgos de personalidad, lo que agrava la pérdida del control de impulsos. Tal factor conlleva un elevado riesgo de infección en el consumo de sustancias y en prácticas sexuales (Caiaffa, Osimani, Martínez y cols., 2006; Garavan y Hester, 2007; Ray Li, Huang y cols., 2007; Thaskin, 2004). Conocida esta realidad terapéutica, apenas existen programas de intervención que abarquen la globalidad del paciente con diagnóstico dual y VIH. Cabe comentar la aportación realizada por Ballester (2003), en la que interviene grupalmente fomentando la adhesión al tratamiento desde una intervención cognitivo-comportamental aplicable a todo tipo de pacientes; los programas desarrollados por Murphy, Lu, Martin, Hoffman y Marelich (2002), Molassiotis, Lopez-Nahas, Chung y Lam (2003) y Perehinets, Mamary y Rose (2006), así como los pioneros programas centrados en la reducción de daños en la conducta sexual y en el consumo higiénico de drogas desarrollados por Cares y Graham (1993), donde se desarrolla una intervención global con el paciente, o trabajos más recientes como los de Migdole (2004). Conociendo la particularidad terapéutica de este tipo de pacientes, el objetivo en este trabajo fue valorar la evolución de las conductas que puedan repercutir en la transmisión del VIH —en concreto, conductas relacionadas con el consumo de drogas vía parenteral y relacionadas con la conducta sexual—, tras la intervención terapéutica. Se detallan los elementos que configuran cada sesión terapéutica y la evolución del paciente.

MÉTODO

Sujeto

El sujeto de este estudio fue un varón centroeuropeo de 43 años diagnosticado con un trastorno por

dependencia a la cocaína vía parenteral, sin dependencia física grave en remisión parcial sostenida (F14.20) desde hace 18 años, y con un diagnóstico de trastorno esquizoafectivo tipo depresivo (F25.1) (cfr. Asociación Psiquiátrica Americana, 2001), con la particularidad de estar diagnosticado como seropositivo, en estadio A2, desde hace once años.

Instrumentos

Este estudio de caso utilizó un diseño de intervención N = 1. Se empleó asimismo el cuestionario STAI E-R (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), la Escala de Evaluación de Síntomas Negativos (SANS) (Andreasen, 1983), la Escala de Evaluación de Síntomas Positivos (SAPS) (Andreasen, 1984) y un registro de conductual en el que se recogieron las principales conductas relacionadas con el consumo vía parenteral de sustancias y comportamiento sexual en las que se interviene; en este registro se intentó reflejar las principales conductas de transmisión del VIH para establecer una línea base. El cuestionario, inédito, consta de cinco ítems puntuados en una escala Likert, cuyas respuestas van de “ninguna ocasión” a “siempre”. Dicho registro conductual contuvo los siguientes ítems: 1) Compartes jeringuillas; 2) Compartes material de inyección: tapón, filtro; 3) Utilizas preservativo en tus relaciones sexuales con penetración; 4) Utilizas preservativo en sexo oral, y 5) Compartes útiles de higiene personal.

Procedimiento

El diagnóstico fue inicialmente realizado por el facultativo especialista (psiquiatra o psicólogo de referencia de la unidad de salud mental correspondiente al paciente) y revisado por el autor. Se realizaron con el paciente un total de diez sesiones terapéuticas de una hora y media de duración, distribuidas cada diez días, que se describen en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Contenido de las sesiones psicoterapéuticas del programa de intervención.

Sesión inicial 1 Presentación-recogida de información	Sesión 2 Recogida de información	Sesión 3 Información sobre VIH/sida
A) Presentación del terapeuta. B) Objetivos de la sesión. C) Explicación por parte del terapeuta de los aspectos generales de los que consiste la intervención. D) Pase de entrevista semiestructurada. E) Registro conductas de riesgo y administración de los cuestionarios SANS y SAPS. F) Fijación de la próxima sesión.	A) Objetivos de la sesión. B) Explicación por parte del terapeuta de los aspectos generales de los que consiste la intervención. C) Pase de MCMI-2 y STAI E-R. D) Fijación de la próxima sesión.	A) Objetivos de la sesión. B) Explicación por parte del terapeuta de los aspectos generales de los que consiste la intervención. C) VIH/sida. D) Transmisión/contagio VIH/sida. E) Tratamiento farmacológico VIH/sida. F) Fijación de la próxima sesión.
Sesión 4 Intervención preventiva de la transmisión VIH-sida	Sesión 5 Información sobre el trastorno esquizoafectivo	Sesión 6 Intervención terapéutica en el trastorno esquizoafectivo
A) Objetivos de la sesión. B) Explicación por parte del terapeuta de los aspectos generales de que consiste la intervención. C) Explicación del modelo cognitivo e intervención terapéutica. D) Explicación de conductas riesgo, situaciones ansiedad, sobreestimulación. E) Reducción de riesgos. Inyección-sexo. F) Intervención terapéutica en prevención transmisión-contagio de VIH. G) Fijación de la próxima sesión.	A) Objetivos de la sesión. B) Explicación por parte del terapeuta de los aspectos generales de que consiste la intervención. C) Explicación-información patologías mentales, trastornos psicóticos y trastorno esquizoafectivo. D) Tratamiento psicofarmacológico. F) Fijación de la próxima sesión.	A) Objetivos de la sesión. B) Explicación por parte del terapeuta de los aspectos generales de que consiste la intervención. C) Detección de sintomatología. D) Adhesión al tratamiento. E) Intervención terapéutica cognitivo-conductual. F) Relajación. G) Fijación de la próxima sesión.
Sesión 7 Información en patología adictiva	Sesión 8 Intervención en patología adictiva	Sesión 9 Intervención en reducción riesgos
A) Objetivos de la sesión. B) Explicación por parte del terapeuta de los aspectos generales de que consiste la intervención. C) Consumo de sustancias. D) Efecto y actuación sustancias. E) Cocaína. F) Estadios de cambio (Prochaska, Di clemente y Norcross, 1992) F) Fijación de la próxima sesión.	A) Objetivos de la sesión. B) Explicación por parte del terapeuta de los aspectos generales de que consiste la intervención. C) Aumento de la conciencia. D) Reevaluación ambiental. E) Manejo de contingencias. F) Relaciones de autoayuda. G) Fijación de la próxima sesión.	A) Objetivos de la sesión. B) Explicación por parte del terapeuta de los aspectos generales de que consiste la intervención. C) Prevención de recaídas. D) Prevención de sobredosis. F) Actuación ante el consumo-intoxicación. G) Consumo higiénico. H) Fijación de la próxima sesión.
Sesión 10 Finalización		
A) Objetivos de la sesión. B) Resumen de los aspectos generales de la intervención. C) Administración STAI E-R, SANS, SAPS y registro de conductas de riesgo. D) Cierre. Conclusión de la intervención.		

RESULTADOS

El análisis de los resultados obtenidos tras la intervención en este caso, donde se utiliza un diseño de caso único, se reflejan en las siguientes figuras.

Al evaluar la ansiedad, las puntuaciones en ansiedad-estado y ansiedad rasgo fueron de 29 y 26, respectivamente, consideradas como elevadas; tras la intervención, las mismas descienden en cada caso: 26 en ansiedad estado y 25 en ansiedad-rasgo.

Al analizar la sintomatología negativa, el paciente obtuvo una puntuación menor tras la intervención en abulia-atapia y en anhedonia-insociabi-

lidad; por otro lado, el resto de puntuaciones se mantienen idénticas en alogia, pobreza afectiva y atención (Tabla 1).

Tabla 1. Resultados en SANS pre y post intervención.

Sintomatología negativa	Resultados pre intervención	Resultados post intervención
Alogia*	4	4
Pobreza afectiva*	4	4
Abulia-atapia*	4	3
Anhedonia-insociabilidad*	4	3
Atención*	4	4

*Puntuación Valoración global.

Como en la escala SANS, al evaluar la sintomatología positiva el paciente logra una puntuación inferior tras la intervención, con un descenso en ideas delirantes y comportamiento extravagante.

En alucinaciones y trastornos formales del pensamiento de tipo positivo la puntuación es idéntica (Tabla 2).

Tabla 2. Resultados en SAPS pre y post intervención.

Síntomatología	Resultados pre intervención	Resultados post intervención
Alucinaciones*	1	1
Ideas delirantes*	3	2
Comportamiento extravagante*	3	2
T. formales pensamiento positivo*	2	2

*Puntuación Valoración global

Tras la intervención, se detecta asimismo un descenso en todas las conductas que conllevan riesgo de transmisión del VIH. Se observa una dismi-

nución a cero en los ítems correspondientes a compartir jeringuillas y compartir material de inyección (Tabla 3).

Tabla 3. Resultados en registro de conductas de riesgo pre y post intervención.

Conductas de riesgo	Resultados pre intervención	Resultados post intervención
Compartes jeringuillas	10	0
Compartes material inyección	10	0
Uso preservativo en penetración	100	100
Uso de preservativo en sexo oral	100	100
Compartes útiles de higiene personal	0	0

DISCUSIÓN

Tras la intervención, se observa un descenso en las conductas que conllevan contagio por VIH, resultados que confirman los de Carrico, Chesney, Johnson y cols. (2009), referentes a la eficacia preventiva de la intervención en aspectos básicos de reducción de daños en consumidores de sustancias con diagnóstico múltiple; se obtuvo también

un descenso en otros aspectos relacionados con el contagio o transmisión del VIH, como en la ansiedad. En sujetos consumidores de cocaína se produce una fuerte respuesta ansiógena en la demanda de la sustancia, también conocida como “*craving*” (Tucker, Kanouse, Miu, Koege y Greer, 2003); estos estados de elevada ansiedad correlacionan con impulsividad y pérdida de control, aspectos que guardan una estrecha relación con cier-

tas conductas de riesgo potencial para el contagio por VIH, como compartir jeringuillas o mantener sexo sin medidas de protección.

Parece, por los datos, que la intervención terapéutica centrada en el riesgo de contagio y reducción de riesgos relacionados con el consumo de sustancias tuvo un efecto positivo al reducir la ansiedad (estado-rasgo) del paciente, así como en diferentes aspectos relacionados con el trastorno esquizoafectivo; en concreto, en la sintomatología de tipo negativo se observa una reducción de la abulia, la atapia, la anhedonia y la insociabilidad, así como en la sintomatología positiva en lo referente a ideas delirantes y pensamiento extravagante (cfr. Gallego, Gordillo y Catalán, 2000). Las conductas relacionadas con el contagio del VIH se vieron reducidas tras la intervención terapéutica, según el registro, si bien con valores iniciales bastante bajos; el elevado riesgo de contagio de VIH al compartir material de inyección y jeringuillas, se elimina por completo tras la intervención terapéutica realizada. Parece ser –y así lo confirman los estudios de Otto-Salaj, Kelly, Stevenson, Hoffmann y Kalichman (2001) y Perehinets y cols. (2006)– que existe una multifuncionalidad en la intervención terapéutica: la atención centrada en las conductas de riesgo por contagio de VIH guarda relación directa con las estrategias de prevención de contagio y de intoxicaciones por consumo de drogas, autocontrol, ansiedad y demás, pero a su vez mantiene una relación terapéutica con el con-

trol de impulsos, la autoestima, la comunicación y el estado anímico. Es esta visión integral de la intervención terapéutica la que se puede desprender de la intervención individual con el paciente.

Es posible concluir que una intervención en aspectos concretos de la salud se relaciona con una mejoría en el estado de salud general, como postulan Dickerson, McNary, Brown y cols. (2003), o como concluyen Desai, Rosenheck y Druss (2002) tras intervenir en los hábitos alimentarios y el ejercicio físico de enfermos mentales, obteniendo una mejora en su salud general, si bien debe tenerse presente que el tratamiento farmacológico puede interferir con la intervención terapéutica.

Siendo éste un estudio de un caso único en el que los resultados obtenidos, la gravedad del perfil patológico de este tipo de paciente y la escasa intervención que se realiza en el contagio por VIH parece centrarse más en la propia adicción o patología dual, descuidando aspectos relevantes en la idiosincrasia terapéutica del paciente, así como en el riesgo que el contagio de VIH conlleva para la comunidad, parece interesante continuar en esta línea de trabajo e integrar un grupo control, a la vez que intervenir directamente en aspectos más específicos, como podrían ser la adherencia al tratamiento antirretroviral o el psicofarmacológico, y extrapolar la intervención a fin de obtener resultados con una mayor certeza estadística y científica, así como una mayor funcionalidad en el desarrollo terapéutico positivo del paciente.

REFERENCIAS

- Andreasen, N. (1983). *Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)*. Iowa City: University of Iowa College of Medicine.
- Andreasen, N. (1984). *Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)*. Iowa City: University of Iowa College of Medicine.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM IV-TR*. Madrid: Masson.
- Ballester, R. (2003). Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo-compartamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con infección por VIH/sida. *Psicothema*, 15, 517-523.
- Bebbington, P., Cooper, C., King, M., Brugha, T., Meltzer, H. y Jenkins, R. (2007). Why people do not take their psychotropic drugs as prescribed?: Results of the 2000 National Psychiatric Morbidity Survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 47-53.
- Benabarre, A., Vieta, E., Colom, F., Martínez-Arán, A., Reinares, M. y Gastó, C. (2001). Bipolar disorder, schizoaffective disorder and schizophrenia: Epidemiologic, clinical and prognostic differences. *European Psychiatry*, 16, 167-172.
- Blank, M., Mandell, D., Aiken, L. y Hadley, T. (2002) The co-occurrence of HIV and serious mental illness among Medicaid recipients. *Psychiatric Services*, 53(7), 868-873.
- Caiaffa, T., Osimani, L., Martínez, P., Radulich, G., Latorre, L., Muzzio, E., Segura, M. y Chiparelli, L. (2006). HIV and hepatitis C virus among self-declared non-injecting cocaine users (NICUS) in two countries in South America. *XVI International AIDS Conference, Toronto Abstract Book*, 1, 0401-0401.
- Cares, A. y Grahon, L. (1993). HIV and serious mental illness: reducing the risk. *Community Mental Health Journal*, 29, 35-43.

- Carrico, A., Chesney, M., Johnson, M., Morin, S., Neilands, T. y Wong, L. (2009). Randomized controlled trial of a cognitive-behavioral intervention for HIV-positive persons: An investigation of treatment effects on psychosocial adjustment. *AIDS and Behavior*, 13, 555-563.
- Centro Nacional de Epidemiología. (2008). *Boletín epidemiológico*, 16, 157-168.
- Coverdale, J. y Turbott, S. (2002). Risk behaviors for sexually transmitted infections among men with mental disorders. *Psychiatric Services*, 51, 234-238.
- Desai, M., Rosenheck, A. y Druss, G. (2002). Receipt of nutrition and exercise counselling among medical outpatients with psychiatric and substance use disorders. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 556-560.
- Dickerson, F., McNary, S., Brown, C., Kreyenbuhl, J., Goldberg, R. y Dixon, L. (2003). Somatic healthcare utilization among adults with serious mental illness who are receiving community psychiatric services. *Medical Care*, 41, 560-570.
- Dickey, B., Normand, L. y Weiss, D. (2002). Medical morbidity, mental illness, and substance use disorders. *Psychiatric Services*, 53, 861-867.
- Druss, B., Rohrbaugh, R., Levinson, C. y Rosenheck, R. (2001). Integrated medical care for patients with serious psychiatric illness. *Archives of General Psychiatry*, 58, 861-868.
- Fremont, D., Alexander, S., Young, D., Matthew, D., Pantoja, P., Morton, S., Koegel, P., Sullivan, G. y Kanouse, D. (2007). Differences in HIV care between patients with and without severe mental illness. *Psychiatric Services*, 58, 681-688.
- Freudenreich, O., Gandhi, R., Walsh, J., Donald, H. y Goff, D. (2007). Hepatitis C in schizophrenia: Screening experience in a community-dwelling clozapine cohort. *Psychosomatics*, 48(5), 405-411.
- Gallego, L., Gordillo, V. y Catalán, J. (2000). Psychiatric and psychological disorders associated to HIV infection and AIDS. *AIDS Reviews*, 2, 48-60.
- Garavan, H. y Hester, R. (2007). The role of cognitive control in cocaine dependence. *Neuropsychology Review*, 17, 337-345.
- Goldberg, R. y Seth, P. (2008). Hepatitis C services and individuals with serious mental illness. *Community Mental Health Journal*, 44, 381-384.
- Hudson, C. (2005). Socioeconomic status and mental illness: Tests of the social causation and selection hypotheses. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75, 3-18.
- McKibbin, C., Folsom, D., Meyer, J., Sirkin, A., Loh, C. y Lindamer, L. (2008). Behavioral interventions to improve management of overweight, obesity, and diabetes in patients with schizophrenia. En D. Gallagher-Thompson, A. Steffen y L. W. Thompson (Eds.): *Handbook of Behavioral and Cognitive Therapies with Older Adults* (pp. 171-186). New York: Springer.
- Migdole, S. (2004). Harm reduction psychotherapy: A new treatment for drug and alcohol problems. *Clinical Social Work Journal*, 32, 365-367.
- Mistler, L.A., Brunette, M., Marsh, B.J., Vidaver, R., Luckoor, R. y Rosenberg, S. (2006). Hepatitis C treatment for people with severe mental illness. *Psychosomatics*, 47, 93-107.
- Molassiotis, A., Lopez-Nahas, V., Chung, W. y Lam, S. (2003). A pilot study of the effects of a behavioural intervention on treatment adherence in HIV-infected patients. *Aids Care*, 15(1), 125-135.
- Murphy, D., Lu, M., Martin, D., Hoffman, D. y Marelich, W. (2002). Results of a pilot intervention trial to improve antiretroviral adherence among HIV-positive patients. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 13, 57-69.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *VIH y salud mental. Informe de la Secretaría*, 124, 1-5.
- Osborn, D., King, M. y Nazareth, I. (2003). Participation in screening for cardiovascular risk by people with schizophrenia or similar mental illnesses: Cross sectional study in general practice. *British Medical Journal*, 326, 1122-1123.
- Otto-Salaj, L., Kelly, A., Stevenson, Y., Hoffmann, R. y Kalichman, C. (2001). Outcomes of a randomized small-group HIV prevention intervention trial for people with serious mental illness. *Community Mental Health Journal*, 37, 123-147.
- Perehinets, I., Mamary, E. y Rose, V. (2006). Conducting HIV prevention programs for the severely mentally ill: An assessment of capacity among HIV prevention programs providers in the city and county of San Francisco. *Californian Journal of Health Promotion*, 4, 76-80.
- Ray Li, C., Huang, C., Yan, P., Bhagwagar, Z., Milivojevic, V. y Sinha, R. (2007). Neural correlates of impulse control during stop signal inhibition in cocaine-dependent men. *Neuropsychopharmacology*, 33(8), 1798-1806.
- Roberts, L., Roalfe, A., Wilson, S. y Lester, H. (2006). Physical health care of patients with schizophrenia in primary care: A comparative study. *Family Practice*, 10, 34-40.
- Rodríguez-Losada, J. y Sánchez, R. (2004). La sintomatología afectiva en el trastorno esquizoafectivo. Evaluación con un instrumento de autorreporte: implicaciones para el diagnóstico. *Revista de Neuropsiquiatría*, 67, 52-63.

- Rosenberg, D., Goodman, A., Osher, C., Swartz, M., Essock, M., Butterfield, N., Constantine, G. y Wolford, G. (2001). Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. *American Journal of Public Health*, 91, 31-37.
- Rosenberg, S., Brunette, M., Oxman, T., Marsh, B., Dietrich, A., Mueser, K., Drake, R., Torrey, W. y Vidaver, R. (2004). The STIRR model of best practices for blood-borne diseases among clients with serious mental illness. *Psychiatry Services*, 55(6), 660-664.
- Rosenberg, S., Swanson, J.W., Wolford, G.L., Osher, F., Swart, M., Essock, S., Butterfield, M. y Marsh, B. (2003). The five-site health and risk study of blood-borne infections among persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 54, 827-835.
- Singleton, N., Bumpstead, R., O'Brien, M., Lee, A. y Meltzer, H. (2000). Psychiatric morbidity among adults living in private households. *International Review of Psychiatry*, 15, 65-73.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc.
- Sullivan, G., Kanouse, D., Young, A., Han, X., Perlman, J. y Koegel, P. (2006). Co-location of health care for adults with serious mental illness and HIV infection. *Community Mental Health Journal*, 42, 345-361.
- Tashkin, D. (2004). Evidence implicating cocaine as a possible risk factor for HIV infection. *Journal of Neuroimmunology*, 147, 26-27.
- Tucker, J., Kanouse, D., Miu, A., Koegel, P. y Greer, S. (2003). HIV risk behaviors and their correlates among HIV-positive adults with serious mental illness. *AIDS and Behaviour*, 7, 29-35.