

alimara

REVISTA DE TREBALL SOCIAL
SEGONA ÈPOCA / NÚMERO 38 / DESEMBRE DE 1996



Consell Insular
de Mallorca

alimara

Núm 38

Segona Època, desembre de 1996

Edita: Consell Insular de mallorca

Redacció: Servei d'Acció Social i Sanitat

General Riera, 67

07010 Palma

Tel.: (971) 76 07 62

Fax: (971) 76 19 52

Portada: Vellesa i Família

Pere Alemany

Maquetació i Impressió: Maringraf, S.L.

Dipòsit Legal: PM - 128 - 1997

Els articles d'aquesta revista expressen únicament l'opinió dels seus autors.



Aquesta redacció ha cregut oportú no incloure l'article d'aquest bloc en l'anterior, encara que parli de persones drogodependents, per tres raons. La primera, pel fet que l'autora emmarqui el tema molt clarament en la malaltia i no gens en el fet o via com s'hi ha arribat; la segona, per la importància que, per desgràcia, de cada dia més, va adquirint aquesta malaltia dins la nostra societat; i, la tercera, per la poca literatura sobre la malaltia que es pot trobar a casa nostra. Això sí, presentam els blocs correlativament no per casualitat, sinó per deixar clar el nexa d'unió existents entre els dos.

*Anant directament a l'article «SIDA: conductes de risc i intervencions preventives. Usuaris de drogues per via parenteral», de Maria Isabel Gelabert, ens aporta dades i elements d'anàlisi per a la realització d'intervencions preventives. Com ens diu l'autora al resum: «Es fa necessari canviar el discurs i deixar de parlar de **grups de risc** per fer-ho de **conductes de risc** treballant preventivament amb el conjunt de la població ...».*

SIDA: CONDUCTES DE RISC I INTERVENCIONS PREVENTIVES. USUARIS DE DROGUES PER VIA PARENTERAL

Maria Isabel Gelabert Vich

Psicòloga de
l'Equip de Prevenció del Servei Municipal de Drogodependències
de l'Ajuntament de Palma.

Resum

Pel que fa a la infecció per VIH, la nostra comunitat presenta un dels nivells més alts. Es fa necessari canviar el discurs i deixar de parlar de grups de risc per fer-ho de conductes de risc, treballant preventivament amb el conjunt de la població i la representació social que tenen de la infecció i la malaltia, si volem aconseguir resultats que es mantinguin al llarg del temps. Les intervencions han de ser flexibles i adaptades a cada context concret per tal que arribin els missatges i treballar-se perquè es produeixin canvis significatius, no sols quedar-se en un nivell informatiu.

Des d'un servei específic en tractament i prevenció de drogodependències, no podem deixar de fer referència a un col·lectiu que habitualment presenta conductes de risc. Amb els UDVP el treball haurà de contemplar diferents estratègies i atendre el diagnòstic i pronòstic de la seva addicció, que condiciona en gran part l'assumpció de conductes sense risc d'infecció.

A) ALGUNES DADES

Espanya es troba per davant dels països europeus en la incidència de la SIDA, amb 25.775 casos acumulats registrats a meitat de 1.994, el que representa una taxa de 660 casos de SIDA per milió d'habitants. Actualment es produeix una mica més d'un cas a l'any per cada deu mil habitants.

Segons les dades del Registre Nacional de la SIDA (a 30 de Juny de 1994), de tots els casos, el 64% són Usuaris de Droga per Via Parenteral (UDVP), però van

en augment els de transmissió heterosexual, superant el 10% dels nous casos registrats. La majoria dels afectats (84%) tenen entre 20 i 40 anys.

Dades encara més recents, apunten que en el període 1981-1995 s'acumulen 34.618 casos. Sols durant 1994 es registraren 6.395 casos nous de SIDA. Baixen els casos d'afectats per relació homosexual i la resta de casos es distribueix de la següent forma, expressat en tants per cent:

UDVP	65'6
Transmissió heterosexual	12'8
Homo/bisexualitat	11'1
Fills d'infectada	0'9
Per hemoderivats	1'2

El 80'3% són homes, majoritàriament entre 25 i 39 anys (76%) (1)

La nostra Comunitat Autònoma és una de les que major taxa de SIDA té a nivell de l'Estat espanyol, 706'361 per milió d'habitants (casos acumulats 1981-1993), sols superada per les CC.AA. de Madrid, Catalunya i País Basc, per aquest ordre.

A les Illes Balears, fins al 30 de Juny de 1.993, s'havien notificat 482 casos, i 579 a 31 de Desembre del mateix any. L'edat mitjana era de 34'5, majoritàriament homes (297 homes front 82 dones). La distribució era la següent:

	Nre de casos	%
UDVP	198	52'2
Relació homosexual	115	30'3
Relació heterosexual	25	6'6
Per hemoderivats	14	3'7
Homosex+UDVP	7	1'8
Desconegut	20	5'3

Una investigació realitzada a la nostra comunitat (2) en dos períodes diferents (1986-89 i 1990-92) ens aporta que varien els mecanismes d'adquisició de la infecció:

Es manté constant: Usuaris de Drogues per Via Parenteral (UDVP)
 Baixen: Per homosexualitat
 Per recepció d'hemoderivats

Important augment:

a) Adquisició heterosexual:

1986-89.....3 casos..... 1'89%
 1990-92.....22 casos.....10%

b) Sense determinar:

1986-89.....4 casos..... 2'52%
 1990-92.....16 casos..... 7'27%

Malgrat la tendència dels UDVP sigui la de mantenir-se constant, veiem com a la nostra comunitat representen més de la meitat dels casos registrats. Si ens centrem en aquest col·lectiu (dades del Servei Municipal de Drogodependències de l'Ajuntament de Palma) (a) :

Juliol 94-Des 95 %

VIH+ (*)	36'93
HEPATITIS (*)	41'44
CAP INFECCIÓ	21'62

(a) Juliol 94-Desembre 95: Mostra de 222 casos amb analítiques completes.

(*) Presència de VIH+, sol o acompanyat de Hepatitis B, Hepatitis C o ambdues.

(*) Presència d'Hepatitis B, C o ambdues alhora.

Si comparem aquestes dades amb les d'anys anteriors, segueixen la tendència de la infecció per VIH, que comentàvem a nivell general. Així i tot, hem de destacar els elevats percentatges d'infecció d'Hepatitis (B, C, o ambdues), que es detecten a edats més primerenques que la infecció per VIH.

Infecció per HEPATITIS (B,C, O AMBDUES) i per VIH (SOLS O ACOMPANYAT DE HB,HC, AMBDUES) I GRUPS D'EDAT. Dades del 94-95.

EDAT	HEPATITIS	%	VIH+	%
16-18	2	2,17	0	0
19-25	37	40,21	14	21,87
26-30	38	41,30	29	45,31
31-35	12	13,04	17	26,56
36-45	3	3,26	4	6,25
TOTAL	92	99,98	64	99,99

Si bé el grup d'edat més representat, pel que fa a la infecció per VIH i per HEPATITIS és el de 26-30 anys (45'31% i 41'30% respectivament), hem de fer notar que hi ha un 40'21% d'usuaris d'entre 19-25 anys que presenten infecció per Hepatitis,

dels quals:
 5'40% per Hepatitis B
 67'56% per Hepatitis C
 27'02% per Hepatitis B+Hepatitis C

Es veu clarament la necessitat de treballar sobre les conductes de risc en tot el col·lectiu, ja que sols un 21'62% de la mostra no presentaven, en el moment de realitzar les analítiques, cap tipus d'infecció. Hem de tenir present que les vies de transmissió i contagi són comunes pel que fa a la infecció per VIH i per HB i que, almanco, la transmissió via sanguínia també ho és pel que fa la l'HC.

Si ho plantejem per sexes, és major el nombre d'homes que presenten infecció, també el nombre que consulta al Servei (el 83'01% d'UDVP usuaris del SMD són homes).

SEXE I EXISTÈNCIA D'INFECCIÓ

Sexe	Amb infec.%	Sense Infec.%
Homes	79'89	20'10
Dones	70'05	28'94

Pel que veiem, el panorama no és gaire afalagador. Amb la incidència de la infecció existent (i les dades són sols sobre casos registrats), s'haurien d'arbitrar tot un seguit de programes preventius per aturar el creixement de la transmissió, des de la perspectiva que no hem de parlar tant de grups de risc com de CONDUCTES DE RISC i que aturar el progrés de la infecció ens pertany a tots, tant si treballem sobre població general com des de serveis especialitzats.

B.- LA INFORMACIÓ

Treballant en un Equip de Prevenció, malgrat estigui ubicat a un servei específic de drogodependències, no podem oblidar els diferents nivells d'incidència sobre els diferents col·lectius, mantinguin o no conductes de risc. I la primera qüestió que sorgeix és la funció de la informació.

Tenir la suficient informació és bàsic, però no basta. Saber què signifiquen les sigles SIDA, VIH, les vies de transmissió i les mesures preventives, no significa que es modifiquin els hàbits, les creences, les actituds. A més, el nivell i to dels missatges ha d'adaptar-se al col·lectiu i/o grup diana, sigui per sectors de població (adolescents, joves, adults, vells), per la presència de determinades conductes de risc (UDVP, persones dedicades a la prostitució...), per col·lectius professionals (professionals d'atenció personal, de les forces de seguretat l'Estat, sociosanitaris...), ja que, si bé la informació base serà la mateixa, l'accent, la puntuació, serà particular per a cada col·lectiu.

«Sentir-se en risc», tal i com ens diu Bayés (3) pot propiciar la utilització de les mesures preventives universals. Tenir una «falsa sensació de seguretat» és una forma de mantenir conductes de risc. Això no significa augmentar l'alarmisme, sinó posar en funcionament el nivell d'alarma per poder reaccionar adequadament. La població atesa des d'un Servei Específic en Tractament de Drogodependències, ha mantingut o manté comportaments de risc envers la ingesta de substància, però pot o no haver mantingut o mantenir conductes de risc en relació a la infecció per VIH i hepatitis. Aquest és el repte al que els professionals han d'enfrontar-se: no sols treballar la deshabitució, sinó intentar evitar que, durant el procés, empitjori el seu estat de salut existeixi o no presència d'infecció.

Posar-se a la via del tren jugant amb la possibilitat que passi o no, i si passa, ens puguem retirar a temps, és tenir una conducta que implica risc. Si en diverses ocasions ho fem i el tren no passa o bé ens hem pogut retirar, adquirim una «falsa sensació de seguretat», una idea d'omnipotència que dóna suport al «a mi no me pot passar», «m'he exposat i no ha passat res», el que fa que la conducta es mantingui. Escoltem sovint que als adolescents els «agrada» jugar amb el risc, als UDVP

pareix que també, però també podríem dir que una gran majoria no tenen consciència plena de quin risc estan assolint o què s'està jugant a la partida.

Un grup de professors de mitjanes (20 persones d'entre 25-30 anys), amb informació a nivell general sobre la infecció per VIH, ens pot servir com a exemple. La majoria, el 70%, declaren que «no és impossible infectar-se per VIH». Però a continuació, el 60% considera que una persona «sexualment activa» s'ha de realitzar les proves serològiques cada 3-6 mesos i un 45% estan «segurs de no infectar-se perquè són monògams». Com es pot veure, no ens podem quedar amb la primera afirmació, ja que les següents ens parlen de tot un seguit de «valors» i «creences» compartides a nivell social que no tenen fonament objectiu real. De fet, la percepció canvia quan es treballa què significa «sexualment actius» (Persona que manté relacions sexuals periòdicament, sigui amb una o varies parelles, estables o no. Per tant, les proves serològiques periòdiques no faran que no es contagiï, en tot cas, determinaran si la infecció s'ha produït) i en què consistia la «monogàmia seriada» (una sola parella alhora, però no limita el poder tenir relació durant la vida amb moltes persones diferents)(Bayés, Bimbela). El mateix grup, tenia dubtes sobre la possibilitat d'infecció a través dels insectes, manejava el binomi «grup de risc-infecció» contraposat a «grup normalitzat-seguretat».

Aquest grup ens pot servir per exemplificar l'ús particular que es fa de la informació, seleccionant aquella més propera al que creiem i situant la que no interessa «fora de nosaltres».

Això és el que podem trobar a un grup que declara no practicar conductes de risc. Per tant, si ens situem als UDVP, on les conductes que envolten la ingesta són de risc (per prioritzar la necessitat de la dosi, la recerca del plaer immediat, el mite de «compartir» amb els companys consumidors...), ens trobarem amb unes conductes difícils de modificar. És cert que actualment molts dels UDVP lliguen l'ús compartit de la xeringa a la possibilitat d'infecció (modifiquin o no les seves conductes al respecte), però hi ha més dificultat a lligar-ho a les relacions sexuals, i en general, no practiquen de forma constant allò que ja saben.

Ens podem trobar la següent situació: dos UDVP en procés de rehabilitació i seropositius, que mantenen les mesures preventives adients. Un dia s'enamoren, la relació es va fent cada cop més ferma, continuant el seu procés de tractament amb bon pronòstic. A una sessió de revisió surt la informació que no utilitzen preservatius en les seves relacions sexuals. La seva argumentació és: «Som una parella estable i tots dos seropositius, així que no ens pot passar res». El treball que es considerava consolidat, pot ser abandonat quan canvia la situació emocional dels implicats. El seu discurs intenta ser «protector» de la relació (casar-se, tenir fills, comprar una casa, en definitiva temes de futur) però gens protector cara a la seva situació orgànica, gens objectiu (negació de la seva situació d'infecció). És com si trobar-se com a parella, els hagués fet negar la situació orgànica real dels dos i sols fossin seropositius per als altres (pels professionals dels serveis específics).

Moscovici (4) ens diu que són les creences, els valors, les actituds, les imatges, en definitiva la representació social que es té d'un tema el que impregna les conductes que els individus mantenen. **Ramón Bayés** (3) ens aporta que no sols hem de treballar la informació, sinó també les actituds, creences i habilitats personals, socials i instrumentals (coneixement i maneig dels instruments adients, com el preservatiu) i que en el cas dels seropositius, haurem d'atendre les diferents fases (negació-depressió-acceptació, entre d'altres) per les que els individus passen

un cop coneixen la notícia de la seva seropositivitat. **Cancrini (5)** ens parla (a una investigació de l'any 93) de la dificultat de mantenir conductes adequades, envers la infecció, i adquirides durant el procés de tractament del drogodepenent, segons la tipologia diagnòstica a la que pertany l'individu.

A l'abordatge d'aquestes situacions, haurem de tenir en compte tres eixos:

- 1) El discurs social que manté la comunitat.
- 2) El discurs i les conductes que mantenen el/els grup/s de referència.
- 3) Les característiques personals dels individus (Els UDVP, en relació a la seva tipologia diagnòstica)

Perquè el repte no és sols informar correctament i modificar les conductes de risc, sinó mantenir les conductes sense risc, l'ús habitual de les mesures preventives.

Pel que fa al col·lectiu que ens ocupa, **Cancrini (5)** aporta que la tipologia és rellevant a l'hora de definir la reacció dels UDVP davant la informació relativa al contagi per VIH. Realitzaren una investigació amb 100 casos i destacaren:

. Són els de tipologia B (Àrea de les neurosis) els que més modifiquen les seves conductes de risc de forma completa. Els de tipologia A (Àrea de les reaccions o del problema d'adaptació) fluctuen entre la modificació i la persistència. Els de tipologia C (Àrea de les situacions límits de les psicosis) i els de tipologia D (Àrea Sociopàtica) són els que menys modificacions rellevants presenten.

. Pràcticament dues terceres parts de la mostra no utilitza la informació rebuda.

. Pel que fa a les seves reaccions, no varen ser rellevants les variables: instrucció, ocupació, sexe i edat. Sí la gravetat del diagnòstic. Existint una correlació alta entre la manca de modificació comportamental i la continuïtat o agreujament de la toxicomania.

. Els de tipologia B poden utilitzar el senyal lligat al risc de la SIDA per iniciar un canvi radical en la seva relació amb la droga.

Els de tipologia C poden actuar de forma defensiva, utilitzant mecanismes de negació maníaca, desvalorització de l'altra i replegament depressiu.

Els de tipologia D poden accentuar una tendència a «l'acting», evitant tota forma d'elaboració constructiva de la informació.

Així, una prevenció eficaç passa per estratègies dins un procés terapèutic adaptat a cada cas.

C.- LES INTERVENCIIONS PREVENTIVES

Ens trobem amb una malaltia que resumeix els esdeveniments de les històricament anteriors epidèmies patides (lepra, còlera, tuberculosi, pesta) i de «la malaltia» del segle XX, el càncer (6). Perquè aglutina en el seu si un grapat de temes tabú: sexe, drogues, mort, com a més destacats. Això motiva posicionaments com:

. Malaltia càstig (diví): Jugant amb el binomi bo-dolent i l'assignació a una força sobrenatural no controlable de la direcció dels fets (des de creences religioses,

ufologia, etc.). Vendria a explicar-se en què Déu ens castiga per l'oblit dels seus mandats, pel relaxament dels costums. Visió que pot prendre una via apocalíptica (ens acostem a la fi dels temps) o que aborda el càstig directe dels «dolents» (a l'estil de les plagues d'Egipte)

. Els grups de risc: Se situa que els que pateixen la malaltia són persones de «mal viure» (els «dolents»), que mantenen conductes inacceptables pel gruix de la societat. Els que pertanyen als grups de risc serien els que actuen de forma promíscua, que s'han cercat la seva sort. Rebutjats pels tipus de comportament que manifesten i, per tant, s'intenta aïllar-los perquè «no contaminin» a la resta de la societat.

. Malalts de diferents categories: N'hi ha de «culpables» i «d'innocents». Els primers pertanyen als que de «forma conscient» s'ho han cercat (toxicòmans, persones que exerceixen la prostitució, persones «sexualment promíscues»...), els segons són aquells que, per «desgràcia i sense voler» han estat infectats (per transfusió d'hemoderivats, parelles d'infectats que desconeixien la situació...). Uns provoquen rebuig, ràbia, por...els altres pena, compassió, però també por al contacte.

. La «malaltia dels altres»: Es reacciona de forma defensiva, intentant cercar culpables (grups de risc, forces externes...) i protegint el nucli proper que és «sa» (a nosaltres mai no ens passarà) evitant el contacte amb els que «pareix que la pateixen» (sigui cert o no).

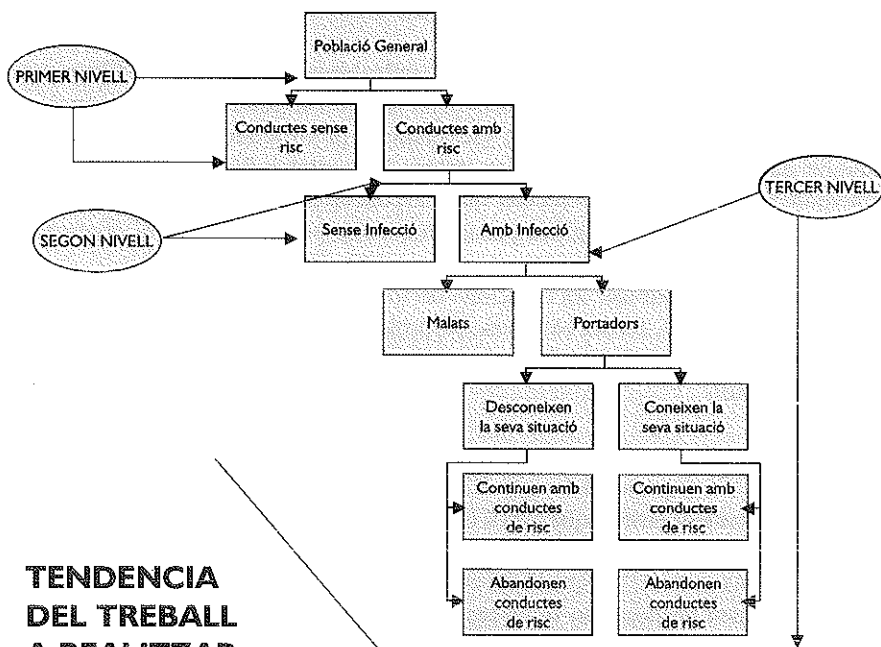
. Fracàs de la ciència, tècnica i dels seus professionals: Es veu com inacceptable que al segle XX (i portes del segle XXI) no es trobi una solució (medicaments, vacunes, tractament efectiu que curi). Es creu que és la comunitat científica la que ha de fer alguna cosa al respecte, per això es paguen els impostos. Si alguna persona emmalalteix, tenen l'obligació de curar-la.

S'obliden termes com la co-responsabilitat, la salut des de la perspectiva ample (bio-psico-social) i que la malaltia té a veure i depèn dels comportaments de cada un, que no hi ha solucions màgiques i que tot el que es vol aconseguir requereix d'esforç a nivell individual i social.

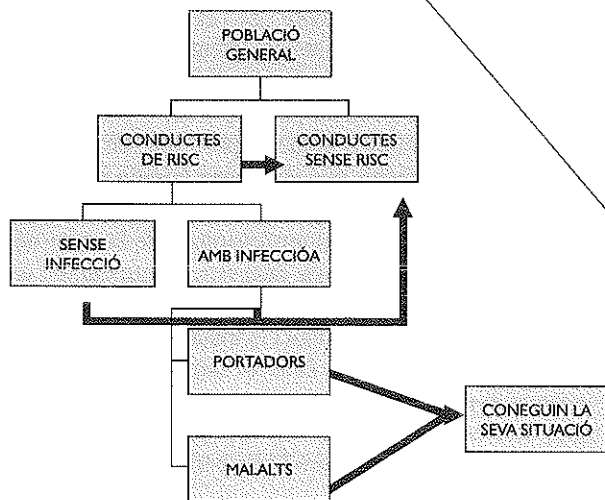
Per tant, perquè les conductes finals siguin sense risc i es mantinguin, caldrà treballar amb profunditat i continuadament aquests temes, intentant perdre «la por» i poder afrontar-ho coherentment. I no resulta tant senzill. Pensem, si no, en els posicionaments denominats caritatius que, per una part, aporten o recullen fons per a la investigació o a diferents programes d'atenció, però que no toleren la proximitat física dels afectats i dels equipaments que els atenen (siguin portadors o malalts), menys encara si són toxicòmans (hi ha malalts de primera, segona i tercera categoria). Pensem en declaracions que realitzen professionals de la salut en la línia de qui és malalt «per gust» no té dret a demanar intervenció immediata; o en determinades posicions administratives que, en relació al tabac, limiten l'accés a determinades afeccions provocades «pel vici individual i la mala gestió de la salut», perquè no ampliar-ho als «grups de risc-SIDA»? Pensem també en com moltes famílies intenten amagar la situació de seropositivitat d'un membre per tal de no sentir-se «evitats» en el millor dels casos, «refusats» en el pitjor.

Cal reconèixer la malaltia tal com és, sense alarmisme, però sense minimitzar-la.

La intervenció preventiva ha de contemplar diferents nivells, amb intervencions ajustades als sectors de població i col·lectius específics, des d'una perspectiva que podríem explicar gràficament de la següent forma:



TENDENCIA DEL TREBALL A REALITZAR



El PRIMER NIVELL és un treball preventiu primari, per tota a la població, però adaptat a col·lectius homogenis. Inclouria accions específiques i inespecífiques. Malgrat s'atengui a tota la població, hauríem de prioritzar la intervenció als sectors de població més joves (preadolescents, adolescents i joventut) i aquells col·lectius que poden exercir com a mediadors comunitaris. Inclou:

- . Informació clara i concreta
- . Treballar les creences, actituds i habilitats individuals/socials
- . Entrenar en l'ús dels instruments necessaris.

Necessita d'intervencions flexibles, permanents, i equipaments de primera línia (socio-sanitaris) disponibles, amb capacitat per adaptar-se als diferents col·lectius.

L'objectiu és aconseguir l'adopció i consolidació de les conductes sense risc, propiciant l'ús de les mesures preventives universals i de les específiques per col·lectius humans i professionals.

El SEGON NIVELL és un treball preventiu secundari, on cobren especial rellevància els col·lectius que mantenen conductes de risc (UDVP, persones que exerceixen la prostitució, col·lectiu de les presons...) i que requereixen des de programes en el seu medi habitual, fins a programes estructurats segons la problemàtica psicosocial que presenten.

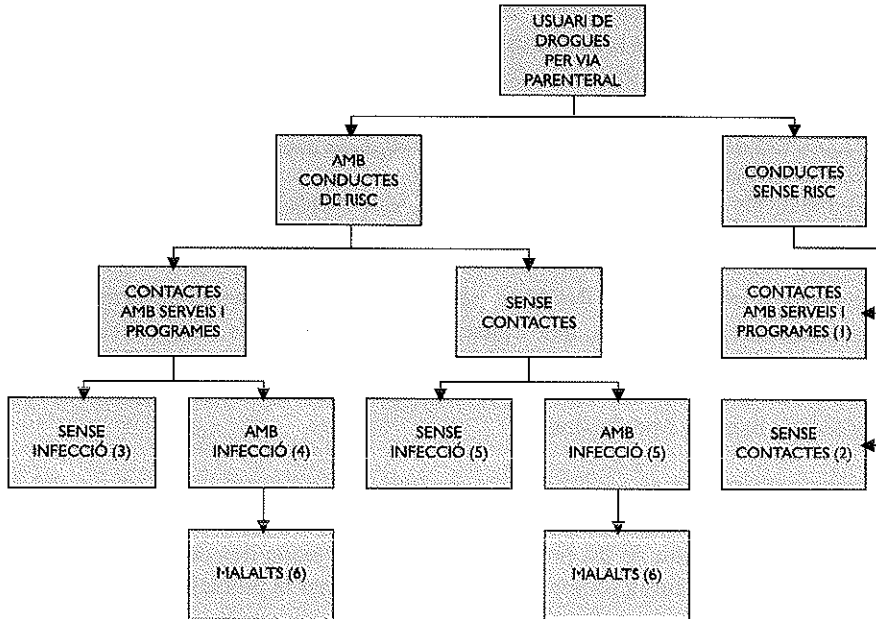
L'objectiu seria evitar les conductes de risc, modificar les ja existents i entrar en contacte amb els serveis i programes corresponents per garantir la detecció ràpida de la infecció, l'adquisició i consolidació de les conductes sense risc i un seguiment orgànic adient, treballant sobre els factors de risc associats.

El TERCER NIVELL és un treball preventiu terciari, on hi ha presència d'infecció i es necessiten dispositius socio-sanitaris i assistencials especialitzats. On s'ha de treballar intensivament l'abandonament de les conductes de risc, evitar la re-infecció i l'adopció d'hàbits saludables per assegurar el màxim temps possible un bon nivell de qualitat de vida.

A tots i cada un dels nivells no poden oblidar el treball sobre la representació social que es té de la malaltia, els portadors i els malalts, tant pel que fa a la població general com als propis afectats.

Per tant, quan ens situem a un col·lectiu específic com el de UDVP, tot i que puguin estar connectats amb un programa i/o servei, no oblidarem el context més ample, ni de forma també específica les persones més properes amb les que es relacionen (família, parella, amics, etc.)

Ens situarem en aquest col·lectiu a partir del nivell secundari, plantejant, gràficament, la intervenció específica amb ells de la següent forma:



- (1) Treballar per: Mantenir conductes sense risc (consolidar)
Treballar l'addicció i les seves causes (diferents programes)
Seguiment de la situació orgànica
- (2) Propiciar el contacte amb la xarxa sociosanitària des de programes dins el seu medi habitual (veure 5)
- (3) Modificar les conductes de risc existents mitjançant el treball adreçat a mantenir la situació de salut i lligat al tractament de la drogadoicció (segons tipologies).
- (4) Integrar la intervenció dins del treball de l'addicció, de forma intensa, en la línia del punt 3.
Intensiu seguiment orgànic (revisions, analítiques, medicació).
Suport individual (i familiar) en el moment de conèixer la notícia.
Utilitzar els grups d'autoajuda.
- (5) Treballar per a propiciar el contacte amb els serveis sociosanitaris.
Diferents nivells de «contacte» amb programes adaptats:
 - . Intercanvi de xeringues i distribució de preservatius des de:
 - Apotecaries
 - Serveis sociosanitaris
 - «Bus»
 - Monitors de medi obert...
 - . Programes de baixa exigència i disminució dels danys (idem anteriors, programa Metadona, ...)
Així es pot iniciar un treball continuat per promoure l'intercanvi de xeringues, les formes de desinfecció, cura, ús del preservatiu, canvi de via

de consum... I es poden realitzar seguiments orgànics i proves de seropositivitat, així com treballar, segons el cas, la motivació per iniciar un tractament i poder derivar al servei més adient (Treball terapèutic, grups d'autoajuda...)

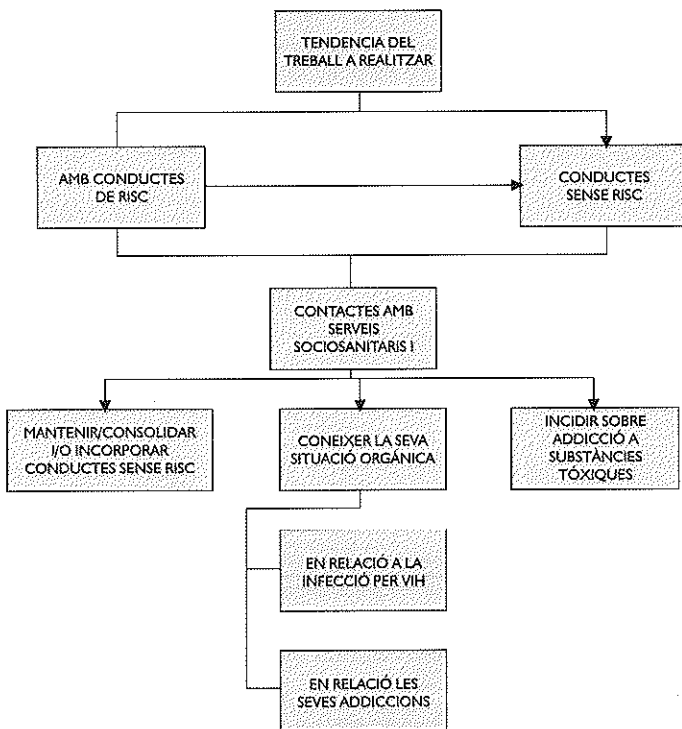
(6) Propiciar un bon contacte amb les estructures sanitàries per al seguiment de les patologies que es presentin, el control de la medicació, els ingressos hospitalaris..., mantenint conductes sense risc i un gran suport terapèutic individual i familiar.

Estructures assistencials intermitges per a persones soles.

És un treball que requereix:

- . Formació exhaustiva i continuada dels diferents professionals que intervenen.
- . Interprofessionalitat.
- . Flexibilitat i adequació dels programes als usuaris.
- . Continuïtat dels programes en el temps.
- . Investigació continuada per avaluar la incidència de les intervencions.
- . Inversió pressupostària.
- . Voluntat política i tècnica.

TENDENCIA DEL TREBALL A REALTZAR



Bibliografía:

- (1) «*SIDA: datos para una celebración*». Diversos autores. 7 DM/nº 272, I-XII-1.995
- (2) «*Cambios en la historia natural del SIDA en pacientes de Mallorca e Ibiza: 1986-92*». Riera, M.; Altés, J.; Villalonga, C.; i altres. *Medicina clínica*, vol 104, nº 20, 1.995.
- (3) «*SIDA y Psicología*». Bayés, R. Martínez Roca, Barcelona, 1.995
- (4) «*Psicología Social*» (vol. i y II). Moscovici. Paidós, ed.
- (5) «*Tossicodipendenza. Psicopatologia delle tossicodipendenze: Una revisione*». Cancrini, L. (Article multicopiat)
- (6) «*SIDA, imagen y prevención*». Paez, D.; San Juan, C.; Romo, I.; Vergara, A. Ed. Fundamentos, 1.992