

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “Fray Bernardino Álvarez”

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Tesis que presenta

**Experiencia sexual y auto-eficacia para prevenir el VIH/SIDA en pacientes  
psiquiátricos**

Para obtener el título de especialista en psiquiatría

PRESENTA:

Dra. Karen Living Varela Orozco

TUTOR TEORICO

TUTOR METODOLOGICO

---

*Dr. Miguel Herrera Estrella*

---

*Dr. Miguel Villavicencio Casildo*



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice	
Resumen	3
Introducción	5
Antecedentes	6
Justificación	16
Objetivos	16
Material y métodos	17
Consideraciones éticas	21
Resultados	22
Discusión	30
Conclusiones	36
Anexos	39
Referencias	42

## Resumen

Las enfermedades de transmisión sexual, específicamente VIH/SIDA son uno de los principales objetivos de estudio de la salud pública, al evaluar poblaciones de alto riesgo, sin embargo existen pocos estudios que aborden la problemática en pacientes psiquiátricos y ninguno en el país. Los pacientes psiquiátricos se consideran una población especialmente vulnerable, por los síntomas presentes y también por ser vulnerables a explotación y coerción sexual. El objetivo del estudio fue evaluar la auto eficacia en la prevención de VIH/SIDA y la experiencia sexual de una muestra de pacientes psiquiátricos. Material y métodos. Se evaluaron a 102 sujetos con la escala de Experiencia Sexual de Arizona y la escala de Auto-eficacia para prevenir el VIH/SIDA. Resultados. La mayor parte de los pacientes de la muestra refirieron haber tenido relaciones sexuales, con un promedio de parejas de 4.7. La auto eficacia en el uso del condón y la percepción de la información sobre padres y familia mostró los menores niveles, sin embargo la información sobre conductas de riesgo y métodos de protección se considero adecuada, la mayor dificultad en los pacientes era mostrar asertividad en negarse a tener relaciones sexuales. Se encontró que alrededor de 40% de los sujetos referían una disfunción en la experiencia sexual. Existió una diferencia significativa entre los pacientes que referían hipersexualidad e hiposexualidad en el uso del condón, no existían diferencias en la experiencia sexual por el diagnóstico o tratamiento farmacológico. Conclusión. Es necesario ampliar estudios donde además se evalúe efectos adversos, sintomatología del paciente y una segunda fuente de información para corroborar los datos.

Palabras clave. Prevención VIH-SIDA, auto eficacia, pacientes psiquiátricos, experiencia sexual.

## Abstract

Sexually transmitted diseases, specifically HIV / AIDS are one of the main objectives of public health study, evaluating high-risk populations, however there are few studies to address the problems in psychiatric patients and none in the country. Psychiatric patients are considered a particularly vulnerable population, by the symptoms presented and also be vulnerable to exploitation and sexual coercion. The objective is to evaluate self-efficacy in preventing HIV / AIDS and sexual experience of a sample of psychiatric patients. Material and methods. 102 subjects were evaluated with the scale of Arizona Sexual Experience Scale and Self-efficacy to prevent HIV / AIDS. Results. Most patients in the sample said they had had sex with an average of 4.7 partners. Self-efficacy in condom use and perception of information on parents and family showed the lowest levels, but information on risk behaviors and methods of protection is considered adequate, the main difficulty for patients was to show assertiveness in refusing to have sex. It was found that about 40% of subjects related dysfunction in the sexual experience. There was a significant difference between patients who reports hypersexuality and hyposexuality in condom use, there were no differences in sexual experience for the diagnosis of pharmacological treatment. Conclusion. It is necessary to extend studies where adverse effects were also evaluated, patient symptoms and a second source to corroborate the data.

Keywords. HIV / AIDS prevention, self-efficacy, psychiatric patients, sexual experience.

## INTRODUCCIÓN

Las clasificaciones de los casos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en relación a los denominados grupos de riesgo pueden tener su utilidad para estudios de vigilancia epidemiológica, sin embargo una excesiva consideración a estos colectivos puede eclipsar la existencia de otras poblaciones que tradicionalmente no han sido consideradas como grupos de riesgo, pero cuyas conductas les sitúan en una posición en la que es alta la probabilidad de contagio por el VIH. Entre éstas hay que incluir al enfermo con trastornos psiquiátricos. En los últimos años se ha podido observar un significativo aumento en el número de pacientes seropositivos que ingresan en las unidades de hospitalización psiquiátrica del mundo, sin embargo existen pocos estudios epidemiológicos en México y ninguno en este subgrupo de población. Los sujetos con enfermedades mentales graves deben ser considerados como un grupo de la población con alto riesgo para contraer la infección por múltiples factores, el enfermo mental grave tiene conductas sexuales de riesgo para contraer la infección. Dentro de esta perspectiva resulta indispensable evaluar a los pacientes psiquiátricos en cuanto a auto-eficacia para prevenir la infección por VIH/SIDA, por lo que en este estudio se abordó este aspecto, también se obtuvieron datos sobre la experiencia sexual de la muestra.

## ANTECEDENTES

El VIH (acrónimo de virus de inmunodeficiencia humana) es el virus causante de la enfermedad del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Según el Comité Internacional de Taxonomía de Virus (ICTV) el VIH se incluye en el género Lentivirus, encuadrado en la subfamilia Orthoretrovirinae de la familia Retroviridae. Puede ser detectado por la prueba de ELISA para VIH.

Fue descubierto e identificado como el agente de la naciente epidemia de SIDA por el equipo de Luc Montagnier en Francia en 1983. El virión es esférico, dotado de una envoltura y con una cápside proteica. Su genoma es una cadena de ARN monocatenario que debe copiarse provisionalmente a ADN para poder multiplicarse e integrarse en el genoma de la célula que infecta. Los antígenos proteicos de la envoltura exterior se acoplan de forma específica con proteínas de la membrana de las células infectables, especialmente de los linfocitos T4<sup>(1)</sup>.

El proceso de conversión de ARN en ADN es una característica principal de los retrovirus y se lleva a cabo mediante acciones enzimáticas de transcriptasa inversa. Con la demostración de la existencia de la transcriptasa inversa, se inició en la década de 1970 la búsqueda de los retrovirus humanos, que permitió el aislamiento en 1980 del virus de la leucemia de células T del adulto, HTLV-I (R. Gallo y cols.)

El VIH tiene un diámetro de aproximadamente 100 nanómetros. Su parte exterior es la "cubierta", una membrana que originalmente pertenecía a la célula de donde el virus emergió. En la cubierta se encuentra una proteína del virus, la gp41, o "glicoproteína transmembrana". Conectada a la gp41 está la gp120, la cual puede unirse al receptor CD4 localizado en la superficie de los linfocitos T para penetrar en ellos. El núcleo tiene la "cápside", compuesta por la proteína p24. En su interior está el ARN, la forma de información genética del VIH.

En diciembre de 2006, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, había 39,5 millones de personas con VIH en el mundo, de las cuales 24,7 millones vivían en África Subsahariana.

## Transmisión

Los Centros para el Control de las Enfermedades CDC han informado que el VIH ha sido aislado en la sangre, semen, saliva, lágrimas, orina, líquido cerebroespinal, líquido amniótico, leche materna, secreciones del cérvix, y del tejido de pacientes infectados y de primates no-humanos infectados experimentalmente. La piel (especialmente cuando hay rasguños, cortes, abrasiones, dermatitis, u otras lesiones), las membranas mucosas del ojo, nariz, boca y posiblemente el tracto respiratorio (tráquea, bronquios y pulmones) deberían ser considerados como una vía potencial para la entrada del virus.

También se encuentra presente, y en cantidad suficiente, en el líquido cefalorraquídeo, líquido amniótico, líquido pleural, sinovial, peritoneo y líquido pericárdico.

Las tres principales formas de transmisión son:

- Sexual. El contagio se produce por el contacto de secreciones infectadas con la mucosa genital, rectal u oral de la otra persona.
- Parenteral (por sangre). Es una forma de contagio a través de jeringuillas contaminadas que se da por la utilización de drogas intravenosas o a través de los servicios sanitarios, como ha ocurrido a veces en países pobres, no usan las mejores medidas de higiene; también en personas, como hemofílicos, que han recibido una transfusión de sangre contaminada o productos contaminados derivados de la sangre; y en menor grado trabajadores de salud que estén expuestos a la infección en un accidente de trabajo como puede ocurrir si una herida entra en contacto con sangre contaminada; también durante la realización de piercings, tatuajes y escarificaciones.

- Vertical (de madre a hijo). El contagio puede ocurrir durante las últimas semanas del embarazo, durante el parto, o al amamantar al bebé. De estas situaciones, el parto es la más problemática. Actualmente en países desarrollados la transmisión vertical del VIH está totalmente controlada (siempre que la madre sepa que es portadora del virus) ya que desde el inicio del embarazo (y en ciertos casos con anterioridad incluso) se le da a la embarazada un Tratamiento Anti-Retroviral de Gran Actividad (TARGA) especialmente indicado para estas situaciones, el parto se realiza por cesárea generalmente, se suprime la producción de leche, y con ello la lactancia, e incluso se da tratamiento antiviral al recién nacido<sup>(2)</sup>.

Riesgo estimado de adquisición del VIH según el tipo de exposición.

Tipo de exposición. Número estimado de infecciones por cada 10.000 exposiciones a una fuente infectada <sup>(3)</sup> .	
Transfusión de sangre	9,000 <sup>[4]</sup>
Parto	2,500 <sup>(5)</sup>
Inyección de droga	67 <sup>[6]</sup> *
Coito anal receptivo	50 <sup>[7]</sup>
Aguja de laboratorio percutánea	30 <sup>[8]</sup>
Coito vaginal receptivo *	10 <sup>[9]</sup>
Coito anal insertivo *	6.5
Coito vaginal insertivo *	5 (Bell, 1995)
Felación receptiva *	1 <sup>[Kaplan 1995]</sup>
Felación insertiva *	0.5 <sup>[Kaplan 1995]</sup>
* sin uso de preservativo	

En estudios clínicos y descriptivos recientes se ha podido establecer la asociación entre la esquizofrenia, la enfermedad bipolar y los trastornos graves

de la personalidad con la hipersexualidad y la actividad sexual indiscriminada e impulsiva (<sup>10, 11</sup>). Además, el enfermo mental crónico que no tiene una conducta sexual inapropiada presenta déficits personales que incrementan su vulnerabilidad a ser objeto de abusos sexuales o a tener relaciones casuales y bajo coerción. A todo esto se suma el que los enfermos mentales crónicos de las grandes ciudades suelen residir en áreas de bajo nivel socioeconómico, conviviendo con una población marginal con una alta tasa de abuso de sustancias, alcoholismo y enfermedades de transmisión sexual.

Un aspecto particularmente preocupante es la falta de reconocimiento de las conductas de riesgo para la infección por el VIH en los pacientes psiquiátricos por parte del personal sanitario responsable de su asistencia (<sup>12</sup>). Esta circunstancia añade un nuevo factor negativo en la prevención y en el manejo de la enfermedad por el VIH en el enfermo mental.

También se ha destacado cómo en este grupo de pacientes estas conductas ocurren en el contexto de un frecuente desconocimiento en torno al SIDA y la transmisión del VIH, así como de una percepción personal de invulnerabilidad para contraer la infección. En estudios llevados a cabo en los EE.UU. a principio de esta década se demuestra cómo las campañas de prevención diseñadas para reducir las conductas de riesgo para el VIH en la población general parecen tener muy escaso efecto en los enfermos mentales.

Además, los síntomas psiquiátricos pueden afectar la percepción del paciente de los riesgos para contraer la enfermedad. Se han llevado a cabo diversos estudios de seroprevalencia en los EE.UU. con el objetivo de conocer el porcentaje de pacientes psiquiátricos ingresados en unidades de psiquiatría infectados con el VIH. En ellos se demuestra que entre un 5,5% y un 23% de los casos admitidos son portadores (<sup>13, 14, 15</sup>). El porcentaje es mayor si los estudios de seroprevalencia se llevan a cabo en unidades psiquiátricas para pacientes sin hogar (<sup>16</sup>), en pacientes alcohólicos ingresados en unidades de rehabilitación (<sup>17, 18</sup>) y en sujetos con un diagnóstico dual (<sup>19</sup>).

La mayoría de los trabajos de seroprevalencia anónima se han realizado en Nueva York. En la actualidad se dispone de escasa información respecto a la representatividad de estos resultados y en torno a la prevalencia de infección por el VIH entre pacientes psiquiátricos de otras áreas geográficas, si bien algunos trabajos describen una situación similar en diversas ciudades europeas<sup>(20,21)</sup>. En un estudio de seroprevalencia anónima llevado a cabo en una unidad de hospitalización psiquiátrica en Madrid, sobre un total de 390 pacientes entre 18 y 59 años ingresados consecutivamente, un 5,1% de los sujetos eran seropositivos<sup>(22)</sup>. La población estudiada era representativa de los pacientes psiquiátricos que ingresan en unidades de agudos en grandes núcleos urbanos en España. La conducta que se asociaba en mayor medida con la seropositividad era el uso de drogas por vía intravenosa y, en segundo término, las relaciones homosexuales entre varones.

Se sabe relativamente poco sobre el riesgo de tener VIH entre las personas con enfermedades mentales graves, fuera de los Estados Unidos. Dos estudios recientes de revisión de más de 50 estudios publicados sobre los comportamientos de riesgo del VIH entre las personas con enfermedades mentales <sup>(23,24)</sup>, reportan sólo diez en países fuera de EU en dónde se han realizado estudios, y casi todos se llevaron a cabo en los países desarrollados. Estudios de EE.UU. reportaron un aumento en las tasas de comportamiento sexual de riesgo en comparación con estudios internacionales, en particular con respecto al comercio sexual y el uso de drogas inyectables.

A través de todos estos estudios, se encontró que la actividad sexual en los pacientes con enfermedades mentales graves en los últimos 3 a 12 meses era de un 32% a 74%, la tasa para múltiples parejas sexuales en los últimos 3 a 12 meses en un 13% al 69%, el uso regular de condones en los últimos 3 a 12 meses en un 8% a 49%, el comercio sexual en el último año en un 2% a 42%; El uso de drogas intravenosas en un 12% a 45%, y compartir la aguja en un 15% el 73% de los usuarios de drogas inyectables.

Estos riesgos se presentan en niveles relativamente altos aún con el conocimiento del VIH / SIDA. A pesar de las medidas utilizadas sobre difusión

de la enfermedad, la puntuación media sobre conocimientos del VIH (es decir, las respuestas correctas por cien) osciló entre el 63% a 80%, que podría considerarse adecuado, sin embargo al parecer la información no es suficiente para disminuir el riesgo<sup>(25)</sup>.

En Brasil, en un estudio realizado en Minas Gerais en población psiquiátrica, el 68,2% de los encuestados sexualmente activos reportaron que no usan condones, el 20,1% informó de un compañero de riesgo, y el 2,6% habían tenido relaciones sexuales a cambio de alcohol, drogas o refugio<sup>(26)</sup>. Otro estudio realizado en Río de Janeiro encontraron que la mayor parte de los sujetos tenían riesgo considerable el año anterior: 63% eran sexualmente activos, de los cuales 72% no utilizaba preservativos regularmente y el 49% nunca lo usaban <sup>(27)</sup>. Sin embargo, la fiabilidad de las medidas utilizadas para obtener estos datos no ha sido probada, y las muestras no son sólo las personas con enfermedad mental.

## EXPERIENCIA SEXUAL

Una expresión sexual adecuada es una parte esencial de muchas de las relaciones humanas, y puede aumentar la calidad de vida y proveer una sensación de bienestar físico, psicológico y social. El interés en la función sexual humana se ha incrementado de forma considerable en años recientes<sup>(28)</sup>. Ya que se ha notado una falta de apreciación y reconocimiento de la sexualidad de los individuos psicóticos, por lo que la prevalencia de los efectos secundarios estimado por los psiquiatras puede ser menor que la prevalencia referida por los pacientes <sup>(29)</sup>

La disfunción sexual se puede derivar de condiciones físicas y de factores psicológicos. Muchos medicamentos pueden causar disfunción sexual, incluyendo antihipertensivos, antipsicóticos y antidepresivos.

La función sexual ha recibido poca atención como una parte importante del cuidado de un paciente que sufre de trastornos mentales, siendo los problemas en la disfunción sexual uno de los factores más importantes para que haya un mal apego a los medicamentos psiquiátricos. Una mayor atención en la sexualidad y en la prevención de la disfunción sexual pudiera ser una razón para que el tratamiento funcione <sup>(30)</sup>.

En comparación con pacientes masculinos sin tratamiento, se ha visto que los pacientes tratados con antipsicóticos de depósito incrementaron los pensamientos sexuales y el deseo pero también presentaron disfunción sexual <sup>(6)</sup>.

Compton et al hacen referencia a la incidencia de los cambios en la libido, alteraciones en la erección y eyaculación así como en la disfunción orgásmica, irregularidades menstruales van del 30 al 60 %. Byerly et al refieren que la disfunción sexual en grupos tratados con neurolépticos es del 45%, siendo del 60% en los hombres y de 30 a 93% en mujeres<sup>(3)</sup>.

Por lo tanto es necesario identificar tratamientos con antipsicóticos que tengan menos probabilidades de afectar la función sexual. Las acciones farmacológicas variadas de los antipsicóticos de segunda generación podrían en teoría producir un funcionamiento sexual diferente, los estudios sugieren que los antipsicóticos intervienen en la función sexual mediante múltiples mecanismos incluyendo bloqueo directo de la dopamina tipo 2, elevación de la prolactina (como un efecto indirecto central del antagonismo de los D2), y el antagonismo del receptor adrenérgico alfa 1. En teoría los antipsicóticos con un menor grado de estos efectos pudieran causar menos problemas de disfunción sexual<sup>(4)</sup>.

Para algunos pacientes el tratamiento con antipsicóticos puede mejorar la función sexual, esto debido a la mejoría en los síntomas psiquiátricos; para otros pacientes, el tratamiento con antipsicóticos puede causar un empeoramiento de la función sexual incluso si el agente es efectivo en tratar su enfermedad psiquiátrica. <sup>(31)</sup>

## Experiencia sexual en pacientes psiquiátricos

La experiencia sexual en general en la mayor parte de los pacientes es poco abordada, y en los pacientes psiquiátricos esto aumenta en mayor medida, en una situación ideal, los clínicos deberían evaluar al menos las siguientes áreas <sup>(32)</sup>:

- Médica, con el objetivo de descartar posibles causas orgánicas como enfermedades, anomalías físicas, drogas, alcohol, fármacos.
- Psiquiátrica, para descartar que la disfunción sea síntoma de un trastorno mental y del comportamiento.
- Sexualidad, con el objeto de describir los aspectos relacionados con el funcionamiento sexual del individuo en general y de la disfunción en particular.
- Relación de pareja, para tratar de determinar hasta que punto el tipo de relación puede incidir en la disfunción, y hasta que punto la pareja va a colaborar en el tratamiento.

A pesar de tener claras las áreas de evaluación y los objetivos de la misma, existen peculiaridades que hacen que la evaluación de la función sexual sea, hasta cierto punto, problemática, especialmente al obtener la información. A este respecto, Clayton <sup>(33)</sup> identifica tres fuentes que pueden dificultar la obtención de información: el propio paciente, el clínico, y el instrumento de evaluación (tabla I).

**TABLA I Factores que dificultan la obtención de información en la evaluación de la función sexual**

<i>Fuente</i>	<i>Factores</i>
Paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vergüenza, miedo, ignorancia.</li> <li>• Ajuste psicosexual premórbido.</li> <li>• Falta de interés o colaboración.</li> <li>• Sexo del paciente.</li> <li>• Comorbilidad con trastornos del eje I y/o II.</li> <li>• Efectos de la enfermedad (pensamientos negativos, pérdida de placer, descenso de la libido).</li> <li>• Otros factores (estrés, cambios en la relación interpersonal).</li> </ul>
Clínico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incomodidad con el tema.</li> <li>• Evaluación demastado global (no realizar preguntas específicas para cada fase).</li> <li>• Evaluación insuficiente (falta de información sobre el ajuste psicosexual a lo largo de la vida, efectos de la enfermedad, efectos de la medicación, comorbilidad...).</li> <li>• Efectos interpersonales (prejuicios relacionados con la edad, diferencia de sexo entre el paciente y el clínico, temor a interpretaciones erróneas por parte de los pacientes: seducción, intrusismo...).</li> </ul>
Instrumento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista personal.</li> <li>• Brevedad.</li> <li>• No intrusivo.</li> <li>• Evaluación específica para cada fase.</li> <li>• Percepción del paciente.</li> <li>• Función sexual premórbida.</li> <li>• Efectos de la medicación y de la enfermedad.</li> <li>• Psicométricamente válido.</li> </ul>

Tomado de Bobes y cols. **Evaluación del comportamiento sexual en los pacientes psiquiátricos.** *Actas Esp Psiquiatr* 2002;30(Monográfico 1):32-37

Con respecto al paciente, los principales factores que pueden dificultar la facilitación de la información son muy variados, incluyendo desde aspectos sociodemográficos como el sexo, aspectos de personalidad como timidez, factores clínicos (trastornos del eje I o II, etcétera), hasta factores derivados del efecto de la enfermedad (pensamientos negativos, disminución de la libido, pérdida de placer, etc.).

Los factores dependientes del clínico que pueden afectar a la obtención de la información sobre la función sexual del paciente hacen referencia a aspectos relacionados con los sentimientos del propio clínico hacia el tema en cuestión, a los conocimientos que posee sobre el mismo, y a efectos interpersonales. Con respecto a los conocimientos, es importante que el clínico pregunte al paciente no sólo por su funcionamiento actual sino por su adaptación psicosexual a lo largo de su vida, por la presencia de trastornos

médicos y/o psiquiátricos, y por la medicación que está tomando. Entre los efectos de la relación interpersonal entre el médico y el paciente, destacaremos fundamentalmente aquellos derivados de la diferencia de edad o de sexo entre ambos, y el temor por parte del clínico a ser malinterpretado por el paciente, tanto desde un punto de vista de intromisión en aspectos muy íntimos, como de inmoralidad, e incluso de seducción.

Finalmente, en lo que respecta a los instrumentos los factores que pueden dificultar la obtención de información tienen que ver con aspectos tanto formales del proceso de entrevista (p. e., presencia de un entrevistador, empatía con el paciente, etcétera), como con aspectos del propio instrumento (preguntas específicas para cada fase de la respuesta sexual humana, preguntas sobre enfermedades o medicaciones, propiedades psicométricas...), todos estos factores deben ser tomados en cuenta en la evaluación del paciente psiquiátrico.

## Justificación

Existen evidencias epidemiológicas que muestran que los enfermos mentales, sobre todo aquellos con cuadros graves que requieren hospitalización psiquiátrica, tienen un riesgo alto de contraer la infección por VIH. Esta circunstancia debe ser motivo de reflexión en torno a la necesidad de establecer medidas preventivas específicas y eficaces en esta población. Las unidades de hospitalización psiquiátrica son los dispositivos más apropiados para la identificación de los enfermos mentales con prácticas de riesgo para contraer la infección e iniciar medidas de prevención, evaluación y tratamiento, si éste fuera preciso.

## Planteamiento del problema

¿Cuál es la experiencia sexual y auto-eficacia para prevenir el VIH/SIDA en una muestra de pacientes psiquiátricos del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”?

## Hipótesis.

La autoeficacia de los pacientes será baja para prevenir el VIH/SIDA

La experiencia sexual presentará alteraciones asociadas al diagnóstico psiquiátrico.

## Objetivo

Observar la experiencia sexual y autoeficacia de los pacientes para prevenir el VIH/SIDA de una muestra de pacientes que acuden al Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

## Objetivos secundarios

Describir la experiencia sexual y su asociación al diagnóstico psiquiátrico en la muestra

Describir el grado de autoeficacia y su asociación al diagnóstico psiquiátrico en la muestra.

## Material y métodos

### Tipo de estudio

Es un estudio transversal, observacional y descriptivo.

### Universo de la muestra

Pacientes con diagnóstico psiquiátrico establecido que acudan al Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".

### Selección de la muestra

Se eligieron por cuota a 100 pacientes en función de su accesibilidad que acudieron a la consulta externa, hospital parcial, hospitalización y urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en los meses de Julio del 2009 a Septiembre del 2009.

### Criterios de inclusión.

Tener más de 18 años

Diagnóstico psiquiátrico y tratamiento farmacológico establecido.

Hombre o mujer

Aceptar participar en el estudio.

Que sepan leer y escribir

Criterios de exclusión.

Sintomatología disruptiva que impida la aplicación de los instrumentos

Variables

Diagnóstico psiquiátrico. Se obtuvo de los expedientes, en base a las notas clínicas.

Tratamiento farmacológico: El indicado en la última consulta.

Auto eficacia para prevenir VIH/SIDA. Actitudes y conocimientos para prevenir la infección por VIH/SIDA. Se obtuvo por el instrumento de auto eficacia para prevenir VIH/SIDA

Experiencia sexual. Percepción de satisfacción sobre la propia sexualidad. Se obtuvo con la escala sexual de Arizona.

Instrumentos.

Encuesta sociodemográfica: Se realizó ad-hoc para obtener variables clínicas como diagnóstico psiquiátrico, tratamiento farmacológico y variables demográficas.

Escala de auto eficacia para prevenir VIH/SIDA

La escala fue realizada en México por López-Rosales<sup>34</sup> y cols, consta de 27 reactivos que evalúan la auto eficacia, estos reactivos son de tipo Likert con una variación de cinco puntos, evalúa la auto eficacia desde la teoría socio cognitiva de Bandura en tres aspectos de la conducta relacionada con el sexo:

- Capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias

- Capacidad percibida para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo como consumo de drogas
- Capacidad percibida para adquirir y utilizar correctamente preservativos.

La suma de estos 27 elementos constituye la variable de auto eficacia, como una puntuación total de auto eficacia percibida para prevenir el SIDA con relación a conductas sexuales de riesgo.

En la validación se encontró valores de consistencia interna de  $\alpha=0.89$ , con una correlación entre ítems de 0.284 a 0.659. Muestra la existencia de cuatro factores que explican el 58.47% de la varianza, el primer factor (capacidad para decir no a las relaciones sexuales) se evalúa con los ítems 1 a 11, el segundo factor se evalúa con los elementos C1 a C8, el tercer factor (C9 a C12, ver anexo I) comprenden sobre el matrimonio, fidelidad y comunicación con los padres, el cuarto factor (B1 a B4) abordan la capacidad para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo.

Además evalúa las actitudes hacia el uso de preservativo en base a diez ítems, una auto evaluación de la información que se tiene sobre sexualidad, el origen de la información, y el uso de condón en el supuesto de que se haya tenido relaciones sexuales. Evalúa la eficacia percibida del preservativo y las conductas de riesgo que conoce la persona.

#### Escala de experiencia sexual de Arizona

Fue realizada por McGahuey, Delgado y Gelenberg <sup>(35)</sup>. Esta formada por cinco preguntas, cada una de ellas compuesta por seis alternativas que van desde el 1 al 6, que cuantifican: el nivel de deseo sexual en la persona, lubricación vaginal y la capacidad de alcanzar el orgasmo y satisfacción del mismo, abarcando las tres etapas de la respuesta sexual humana (deseo, excitación y orgasmo).

De acuerdo al puntaje total que va desde el 5 al 30, este se divide en tres rangos, hiperfunción sexual, función sexual normal y disfunción sexual respectivamente. A mayor puntaje mayor disfunción.

<b>5 a 12</b>	<b>Hiperfunción sexual</b>
<b>13-18</b>	<b>Función sexual normal</b>
<b>19-30</b>	<b>Disfunción sexual</b>

En cuanto a su confiabilidad y validez, McGahuey afirman que la consistencia interna de la prueba tiene un alfa de Cronbach 0.91, mientras que la confiabilidad del instrumento se refleja en retest de .80.

Procedimiento.

El anteproyecto fue presentado ante los tutores, posterior a su aprobación. Se realizaron los cambios pertinentes y finalmente se aplicaron los instrumentos en los meses de Julio a Septiembre del 2009. La escala sexual de Arizona dado que no se encuentra validada en México fue aplicada en un pilotaje inicial a 20 pacientes para observar su comprensión, posteriormente fue aplicada a la muestra, se obtuvo la validez factorial así como la consistencia interna en nuestra población.

Se realizó en un tiempo aproximado de 20 minutos para la aplicación de los instrumentos por cada paciente, la aplicación se realizó en un consultorio, donde se auxilió a los pacientes en caso de que alguna pregunta de los instrumentos no fuera clara. Los datos obtenidos se capturaron en una base de datos para su posterior análisis y presentación en formato de tesis.

Análisis estadístico.

La descripción de la muestra se realizó por promedios, frecuencias, porcentajes y desviación estándar.

Se realizó el análisis factorial de la escala con rotación varimax por medio del método de componentes principales. Se evaluó la consistencia interna por medio de alpha de Cronbach.

Para realizar la asociación entre experiencia sexual con diagnóstico se utilizó la prueba de Chi cuadrado, para observar si existen diferencias entre la auto-eficiencia y el tipo de experiencia sexual se realizó ANOVA con un análisis post-hoc de Bonferroni para observar entre que grupo se encuentran las diferencias. El análisis se realizó en el programa SPSS, el valor de significancia se estableció en  $p=.05$ .

Consideraciones éticas.

Dado que el estudio es de carácter observacional, se considera de riesgo mínimo, se les explicó claramente a los participantes el objetivo del estudio así como que su participación no afectaría su tratamiento en la institución y que podían suspender la aplicación en cualquier momento.

## RESULTADOS

La muestra final fue conformada por 102 sujetos, de los cuales 50 eran mujeres (49%) y 52 (51%) eran hombres, la edad promedio del inicio del padecimiento fue de 21 años (DS=5.6), la edad actual es de 30 años (DS=9.7). El lugar de evaluación de los pacientes fue 76 en Hospital Parcial (74.5%), en Hospitalización 18 (17.6%), en Urgencias 7 (6.9%), y en Consulta externa 1 (1%).

El grado de escolaridad iba desde saber leer y escribir 2 (2%), primaria 6 (5.9%), secundaria 32 (31.4%), preparatoria 44 (43.1%) y licenciatura 18 (17.6%). En cuanto a su actividad, 17 (16.7%) estudiaban actualmente, 24 (23.5%) trabajan y el resto no tenían una actividad.

Su estado civil se distribuía en soltero 85 (83.3%), casado 7 (6.9%), divorciado 2 (2%), unión libre (2%), viuda (2%), no referido 4 (3.9%).

En cuanto a su diagnóstico y tratamiento farmacológico se muestra en la tabla 1. Donde se puede observar que la mayor parte de los pacientes eran esquizofrénicos.

Tabla 1. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de la muestra

<b>Diagnóstico psiquiátrico</b>	
<b>Esquizofrenia</b>	60 (58.8%)
<b>Trastorno esquizoafectivo</b>	12 (11.8%)
<b>Trastorno Bipolar</b>	8 (7.8%)
<b>Trastorno esquizofreniforme orgánico</b>	7 (6.9%)
<b>Trastorno Limite de Personalidad</b>	6 (5.9%)
<b>Trastorno Narcisista de Personalidad</b>	3 (2.9%)
<b>Trastorno 60.5</b>	1 (1%)
<b>Trastorno Esquizoide de Personalidad</b>	1 (1%)
<b>Trastorno Depresivo Moderado</b>	1 (1%)
<b>Trastorno dismórfico corporal</b>	1 (1%)
<b>Trastorno Psicótico secundario a OH</b>	1 (1%)
<b>Trastorno de Estrés Postraumático</b>	1 (1%)

El tratamiento farmacológico de la muestra fue heterogéneo, siendo el tratamiento mas frecuente a base de Risperidona como anti-psicótico.

Tabla 2. Tratamiento farmacológico de la muestra

<b>Tratamiento Farmacológico</b>	
<b>Amisupride</b>	10 (9.8%)
<b>aripiprazol</b>	1 (1%)
<b>Clozapina</b>	8 (7,8%)
<b>Haloperidol</b>	6 (5,9%)
<b>Olanzapina</b>	7 (6,9%)
<b>Perfenazina</b>	5 (4.9%)
<b>Pipotiazina</b>	5 (4.9%)
<b>Quetiapina</b>	19 (18.6%)
<b>Risperidona</b>	20 (19.6%)
<b>Sertindol</b>	2 (2%)
<b>trifluoperazina</b>	5 (4.9%)
<b>Ziprazidona</b>	1 (1%)
<b>Zuclopentixol</b>	1 (1%)
<b>Ninguno</b>	12 (11.8%)
<b>Moduladores del ánimo</b>	
<b>carbamazepina</b>	5 (4.9%)
<b>DFH</b>	1 (1%)
<b>Litio</b>	3 (2.9%)
<b>Oxcarbamazepina</b>	3 (2.9%)
<b>VPM</b>	34 (33.3%)
<b>Ninguno</b>	56 (54.9%)
<b>Antidepresivo</b>	
<b>Citalopram</b>	13 (12.7%)
<b>Duloxetina</b>	1 (2%)
<b>Fluoxetina</b>	21 (20.6%)
<b>Paroxetina</b>	9 (8.8%)
<b>Sertralina</b>	2 (2%)

<b>Ninguno</b>	56 (54.9%)
<b>Benzodiacepinas</b>	
<b>alprazolam</b>	3 (2.9%)
<b>Clonazepam</b>	28 (27.5%)
<b>Diazepam</b>	1 (1%)
<b>Lorazepam</b>	4 (3.9%)
<b>Otros</b>	
<b>Biperiden</b>	21 (20.5%)
<b>Levomepromazina</b>	4 (3.9%)
<b>Trihexifenidilo</b>	19 (18.6%)

En cuanto a los resultados de la escala de auto eficacia el mínimo fue de 27, el máximo fue de 135, el promedio fue de 87.7 (DS=25.54).

En cuanto a los resultados de cada factor se muestra en la siguiente tabla

Tabla 3. Autoeficacia percibida en los pacientes para prevenir el VIH/SIDA

<b>Factor</b>	<b>Promedio (DS)</b>	<b>Promedio Porcentaje</b>
<b>1.Capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias</b>	33 (13.66)	61.35%
<b>2.Capacidad percibida para adquirir y utilizar correctamente el condón</b>	14.35 (5.13)	70.93%
<b>3. Percepción sobre el matrimonio, fidelidad y comunicación con los padres</b>	28.37 (9.85)	56.32%
<b>4. Capacidad percibida para preguntar al compañero sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo como consumo de droga</b>	11.26 (4.8)	71.76%

Los valores de auto eficiencia se porcentualizaron entre la mayor calificación obtenida posible para una mejor interpretación de los valores, estos se muestran en la segunda columna, como podemos observar la capacidad

sobre el matrimonio, fidelidad y comunicación de los padres así como la capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias eran las que tenían valores más bajos de auto eficacia.

En cuanto a las actitudes hacia el uso de condón, se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 4. Actitudes hacia el uso del condón.

<b>Pregunta</b>	<b>Nada Seguro</b>	<b>Algo seguro</b>	<b>Medio Seguro</b>	<b>Muy Seguro</b>	<b>Totalmente seguro</b>
<b>La mujer debe de solicitar el uso de condon</b>	28 (27.5%)	13 (12.7%)	21 (20.6%)	15 (14.7%)	25 (24.5%)
<b>El hombre es el que debe de comprar los condones</b>	22 (21.6%)	11 (10.8%)	21 (20.6%)	20 (19.6%)	28 (27.5%)
<b>El hombre es el responsable de la protección durante la relación sexual</b>	23 (22.5%)	10 (9.8%)	33 (32.4%)	15 (14.7%)	20 (19.6%)
<b>La mujer debe de traer los condones</b>	29 (28.4%)	16 (15.7%)	31 (30.4%)	10 (9.8%)	14 (13.7%)
<b>Las relaciones sexuales deben de ser espontaneas</b>	27 (26.5%)	17 (16.7%)	17 (16.7%)	19 (18.6%)	22 (21.6%)
<b>El uso de condón es bueno para mi salud</b>	4 (3.9%)	6 (5.9%)	7 (6.9%)	22 (21.6%)	59 (57.8%)
<b>El uso de condón disminuye la satisfacción sexual</b>	28 (27.5%)	24 (23.5%)	19 (18.6%)	9 (8.8%)	19 (18.6%)
<b>Mi situación económica me permite comprar condones</b>	19 (18.6%)	11 (10.8%)	21 (20.6%)	20 (19.6%)	29 (28.4%)

<b>Las relaciones sexuales se disfrutan más si se planifican con tiempo</b>	14 (13.7%)	20 (19.6%)	20 (19.6%)	32 (31.4%)	
<b>Las relaciones sexuales sólo deben de tenerse con la misma persona de por vida</b>	20 (29.4%)	13 (12.7%)	21 (20.6%)	15 (14.7%)	20 (19.6%)
<b>Prefiero arriesgarme a contraer una enfermedad a no tener relaciones sexuales</b>	51 (50%)	13 (12.7%)	10 (9.8%)	9 (8.8%)	14 (13.7%)
<b>El SIDA es algo muy difícil que me dé, aunque no me proteja</b>	42 (41.2%)	13 (12.7%)	14 (13.7%)	6 (5.9%)	25 (24.5%)
<b>Consideras que la información que tienes sobre sexo es</b>	Mala 10 (9.8%)	Regular 10 (9.8%)	Suficiente 25 (24.5%)	Muy buena 19 (18.6%)	Excelente 35 (34.3%)

En cuanto al origen de la información, 38 (37.3%) refirieron como la primera opción la escuela, en segundo lugar con 25 (24.5%) los libros, en tercer lugar con 11 (10.8%) los amigos, el resto se dividió en otras fuentes de información. El tema sobre el que les gustaría saber más a los pacientes sobre sexualidad sería en primer lugar generalidades 14 (13.7%), en segundo lugar protección 10 (9.8%) y en tercer lugar ningún tema 6 (5.9%). En cuanto a que origen de información consideraban más importantes era la escuela 25 (24.5%), en segundo lugar los libros 13 (12.7%), y en tercer lugar padres 6 (5.9%).

De los pacientes 66 (64.7%) ya habían tenido relación sexual alguna vez, el número de parejas iba desde 1 a 30, con un promedio de 4.78 (DS=5.6), la edad de inicio de la actividad sexual iba desde los 8 años hasta los 30 años con un promedio 18.20 (DS=3.9). Treinta y tres (50%) sujetos de esta población habían usado condón en la primera relación, solo 18 habían planeado su relación, el lugar había sido en 33 (50%) en una casa, en segundo lugar 18 en un hotel, y en tercer lugar 6 en un auto. De los que tenían relaciones sexuales en la actualidad, 40 usaban condón y 26 referían no usarlo. Al preguntarle cual era la efectividad del condón para prevenir el SIDA al usarlo correctamente 47 sujetos contestaron que era de 99%, 30 sujetos consideraron que la efectividad era de 96 a 99% y 20 consideraban que su efectividad para la prevención era de 95%.

Finalmente consideraban en primer lugar como conducta de mayor riesgo para infectarse de SIDA la a (Tener relaciones sin condón) con 62 (60.8%), en segundo lugar b (Recibir transfusiones de sangre) con 10 (9.8%) sujetos, en tercer lugar o (Tener relaciones con desconoidos) 6 (5.9%) sujetos.

La escala de experiencia sexual mostro en una consistencia interna Alpha de Cronbach=.868, en cuanto a la estructura factorial, se encontraron dos factores que explicaban el 57.3% de la varianza en la muestra. El primer componente se encontraba formado por los ítems 1 a 4 y el segundo componente por la quinta pregunta.

Tabla 5. Análisis factorial de la escala de experiencia sexual de Arizona.

Numero de ítem	Componente	
	1	2
1	,776	-,332
2	,810	-,341
3	,805	-,277
4	,791	,414
5	,577	,743

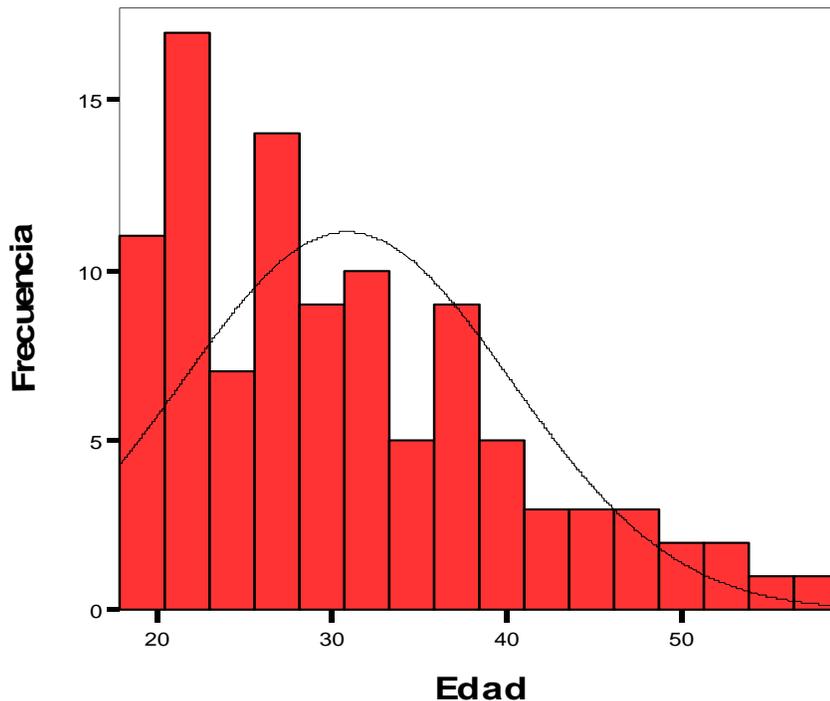
Método de extracción: Análisis de componente principal

Fueron analizados únicamente los casos con relaciones sexuales previas.

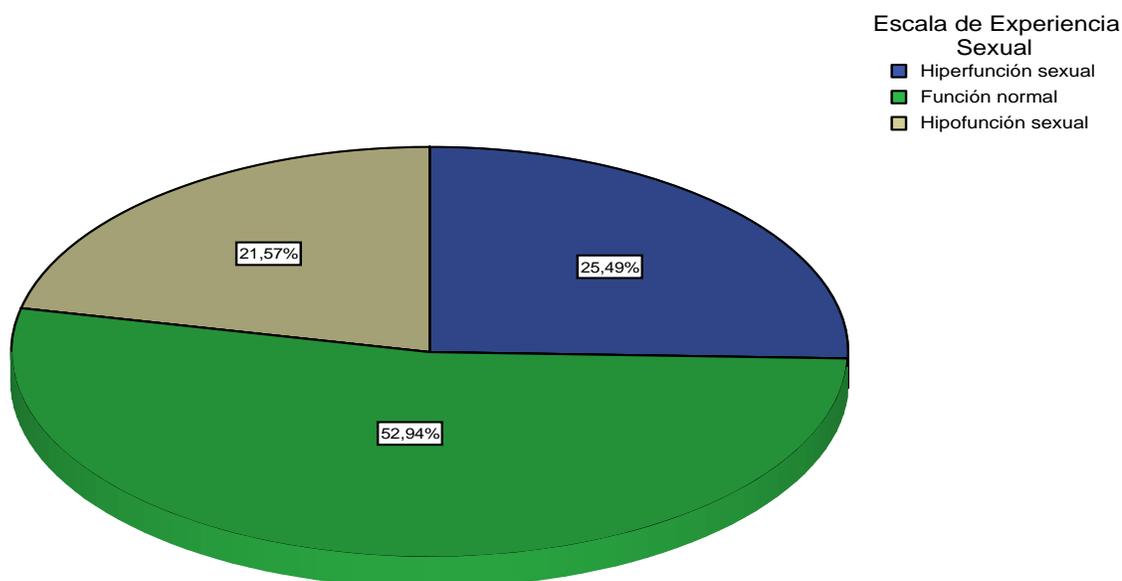
En cuanto a las respuestas obtenidas en la escala de experiencia de actividad sexual de Arizona , 26 (25.5%) puntuaron para hiperfunción sexual, 54 (52.9%) tenían una función sexual normal y finalmente 22 (21.6%) refirieron una hipofunción sexual.

En las siguientes gráficas se muestra la distribución de edad de la muestra y en la gráfica II podemos observar la distribución de la experiencia sexual en los pacientes.

Gráfica I. Distribución de la edad en la muestra



Gráfica II. Experiencia sexual en los pacientes



No se encontró asociación entre los resultados de la escala de experiencia sexual de Arizona y el diagnóstico establecido ( $X^2=22.2$ ,  $GL=22$   $p=.448$ ), se realizó una comparación entre grupos con ANOVA y un análisis post-hoc de Bonferroni para observar entre cual grupo existía la diferencia entre el tipo de experiencia sexual y los resultados en la escala de auto eficiencia en la muestra, se encontró una diferencia entre el factor 2 y el grupo de sujetos con función hipersexual e hiposexual ( $I-J=7.185$ ,  $p=.034$ ,  $IC=0.41-13.96$ ), el resto de los grupos no mostró diferencias significativas ni con el uso del fármaco.

## Discusión

Las enfermedades de transmisión sexual, como hemos observado son un punto relevante, especialmente en pacientes con enfermedades psiquiátricas, donde dada la sintomatología pueden llegar a presentarse alteraciones que tiene que ver con la función sexual y con la auto eficacia para prevenir enfermedades, especialmente una enfermedad tan grave como es el VIH. Debemos considerar que la mayor parte de los pacientes evaluados en esta investigación son pacientes esquizofrénicos, que son la población más abundante dentro de nuestra institución.

En primera instancia, podemos observar que la muestra era en su mayor parte pacientes jóvenes, mayoritariamente solteros, donde más de la mitad habían ya iniciado la actividad sexual, sin embargo la mayor parte no usaron preservativo en su primera relación, tampoco esta fue planeada y tienen en promedio cuatro parejas sexuales. Estas características las vuelven una población especialmente en riesgo, ya que como mencionamos en los antecedentes la actividad sexual reportada en pacientes psiquiátricos en el último año es de un 32% a 74%, la tasa para múltiples parejas sexuales en los últimos 3 a 12 meses incrementó de un 13% al 69%, el uso regular de condones en los últimos 3 a 12 meses incremento de un 8% a 49%, por lo que los riesgos para contagiarse de VIH/SIDA son relativamente altos (Fisher, 1992).

Como se menciona anteriormente, existen múltiples variables que afectan la conducta sexual, existe una asociación entre la esquizofrenia, la enfermedad bipolar y los trastornos graves de la personalidad con la hipersexualidad y la actividad sexual indiscriminada e impulsiva (Menon 1994). Como podemos observar la mayor parte de la información obtenida provenía de la escuela, padres o amigos y aún a pesar de acudir a servicios de salud mental de manera continua y tener continuo tratamiento médico, no era su primera fuente de información, tampoco la que consideraban más importante,

esto nos hace coincidir con la falta de reconocimiento de las conductas de riesgo para la infección por el VIH en los pacientes psiquiátricos por parte del personal sanitario responsable de su asistencia (Kelly, 1992).

Además, como ya lo establece Fisher (1992), al parecer la información que tienen los pacientes sobre el mecanismos de transmisión de VIH y las situaciones de mayor riesgo es correcta, como podemos observar al responder a las principales causas de contagio, no se relaciona con el tipo de vida sexual, ni los mecanismos de protección utilizado. El clínico en una circunstancia idónea debería no sólo de ser el principal proveedor de atención e información, sino entablar programas de intervención para que el paciente contemplara la vulnerabilidad ante la infección y aplicara medidas preventivas. Sin embargo existe una gran ausencia de orientación en este aspecto, siendo un tema que se toca poco o si la información existe, hay una gran dificultad del paciente por notar esta información como propia. Esta circunstancia añade un nuevo factor negativo en la prevención y en el manejo de la enfermedad por el VIH en el enfermo mental, siendo una oportunidad de intervención y manejo.

Además, los síntomas psiquiátricos pueden afectar la percepción del paciente de los riesgos para contraer la enfermedad, si bien la información que tienen los pacientes en su mayor parte es correcta, el uso del condón en todas las relaciones sólo era referido en la mitad de los sujetos, por lo que se reafirma el punto anterior. Debemos hacer hincapié además de que la heterogeneidad de los diagnósticos no modifica esta conducta, por lo que no podemos explicarlo sólo por la presencia de síntomas disruptivos o psicóticos, además debemos contemplar que la muestra en su mayoría fue obtenida de los servicios ambulatorios, por ende se encontraban con relativo control de los síntomas, por lo que podría ser como menciona Menon (1994) que existe también una tendencia a sufrir abuso y coerción sexual. Una de las limitaciones del estudio fue que no se evaluó si las prácticas de riesgo se hicieron durante exacerbaciones de los síntomas psiquiátricos, dada la dificultad metodológica para evaluar ello, ante el sesgo de memoria y al fidelidad de la información, en estudios posteriores sería deseable que se evaluará si las prácticas de riesgo se presentan de manera continua o con mayor severidad durante las

exacerbaciones, ya que nos ayudarían a implementar intervenciones de psicoeducación a lo largo de la enfermedad y disminuir riesgos.

En cuanto a la auto eficacia observada, podemos observar que la mayor dificultad de los pacientes se encuentra en la capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias y la comunicación con los padres, debemos tener en cuenta que la escuela y los padres son la principal fuente de origen de información sobre sexualidad (Bobes, 2001), la mayor parte de los pacientes quisieran tener mayor información sobre sexualidad, sin embargo no existe la vía aún establecida para hacerlo, al parecer tienen un adecuado concepto del uso del condón y de su prevención, pero no pareciera que ejercieran los conocimientos.

En cuanto a la actividad sexual de los pacientes, esta se encuentra dentro del rango reportado en estudios internacionales, que va del 32% al 74% (Fisher, 1992) que coincide con el nuestro, donde encontramos la mitad aproximada de la muestra, y finalmente también con la tasa reportada de condones, aunque nuestra muestra refirió un mayor uso, debemos considerar lo establecido por Bobes (2001), donde existen múltiples factores que interceden en la información obtenida de los pacientes, es probable que con una entrevista más extensa podamos obtener una información más fiable sobre las características de la actividad sexual en los pacientes, otras variables como el uso de drogas inyectables, que es mencionado frecuentemente en estudios internacionales no fueron reportados en este estudio, en este aspecto debemos considerar que la prevalencia de usos de sustancias inyectables en México es relativamente baja, a diferencia de Estados Unidos o Europa, a ello se han atribuido razones socioculturales, por lo que es esperable que exista la ausencia de esta variable.

Debemos tomar en cuenta que el riesgo de infección por VIH se presenta en niveles relativamente altos, a pesar de las medidas utilizadas sobre difusión de la enfermedad, la puntuación media de VIH de conocimientos (es decir, las respuestas correctas por cien) osciló entre el 63% a 80%, sin embargo al parecer la información no es suficiente para disminuir el riesgo<sup>(36)</sup> y

esto lo observamos en nuestro estudio también, se tienen los conocimientos básicos y necesarios sobre las causas de VIH, pero aún así las conductas de riesgo en los pacientes siguen presentándose.

En cuanto a experiencia sexual, el interés en la función sexual humana se ha incrementado de forma considerable en los años recientes (Baldwin, 2001) ya que ha habido una falta de apreciación y reconocimiento de la sexualidad de los individuos psicóticos por lo que la prevalencia de los efectos secundarios estimado por los psiquiatras puede ser menor que la prevalencia especificada por los pacientes (Fan, 2008). Podemos observar que existen múltiples factores para que se presente disfunción sexual en los pacientes, iniciando con la psicopatología y el uso de medicamentos psicotrópicos, podemos observar que nuestra muestra tenía en su mayor parte indicado un medicamento antipsicótico o antidepresivo, tomando en cuenta a los pacientes que refieren hipofunción sexual, observamos que coincidimos con los reportes de Compton <sup>(37)</sup> y Byerly <sup>(38)</sup>, que establece una prevalencia de disfunción orgásmica desde el 30 al 60% y disfunción sexual en sujetos tratados con antipsicóticos del 45 al 60% en hombres y 30 a 93% en mujeres, porcentaje que coincide con el referido en nuestro estudio con el 21%, además de que debemos tomar en cuenta los pacientes que refieren hiperfunción sexual, que también debe considerarse una disfunción, coincidiendo con casi el 40% de la muestra, lo que coincide con lo referido en los estudios previos. Una de las limitantes del estudio es que no se evaluaron los efectos adversos de los antipsicóticos, el tiempo de ingesta, ni si esta disfunción sexual era atribuible a ello, por lo que es necesario ampliar los estudios en este aspecto.

Para algunos pacientes el tratamiento con anti psicóticos puede mejorar la función sexual, esto debido a la mejoría en los síntomas psiquiátricos; para otros pacientes, el tratamiento con anti psicóticos puede causar un empeoramiento de la función sexual incluso si el agente es efectivo en tratar su enfermedad psiquiátrica (Deanne, 2004), esto lo debemos tomar en cuenta especialmente en los pacientes con hiperfunción sexual, seguramente secundario a psicopatología, como podemos observar los estudios sobre conducta sexual y autoeficacia son pocos en la literatura, y debemos

considerar la posibilidad de introducir un abordaje psicoeducativo en este aspecto ante las grandes carencias que existe en esta población y el aumento de riesgo que tienen.

Entre las limitantes del estudio debemos considerar la fiabilidad de la información obtenida, pues como ya se comentó existen múltiples sesgos, tanto en la confianza que puede percibir el paciente, la sintomatología presente y la habilidad del clínico además del uso de herramientas sensibles para detectar situaciones de riesgo.

Es muy dudoso que las actividades de información respecto a la epidemia incluidas dentro de las campañas dirigidas a la población general sean efectivas entre los pacientes psiquiátricos. Es necesaria la puesta en marcha de actividades informativas respecto a las características de la enfermedad y sus formas de transmisión, específicamente dirigidas a la población en contacto con los servicios de asistencia psiquiátrica. También se impone la necesidad de desarrollar intervenciones para tratar de modificar las conductas de riesgo en los enfermos mentales. La información es una condición necesaria pero no suficiente para la adopción de comportamientos preventivos. Se precisan técnicas de entrenamiento específicas para poder modificar las conductas de riesgo en los enfermos mentales, adaptando aquellas que han probado su eficacia en otros grupos de la población. Recientemente se ha propuesto un programa de prevención breve basado en la adquisición de habilidades sociales que consigue cambios en las conductas de riesgo en enfermos psiquiátricos crónicos (<sup>39</sup>).

Así mismo, parece justificada la realización periódica de estudios de seroprevalencia anónima en dispositivos de asistencia psiquiátrica para poder establecer un mecanismo adecuado de vigilancia epidemiológica en esta población y evaluar la eficacia de las intervenciones preventivas.

La problemática derivada de la extensión de la infección por el VIH entre los pacientes psiquiátricos supone por tanto un reto añadido dentro de la asistencia. Este reto sólo puede ser correctamente abordado bajo una perspectiva que integre las estrategias más adecuadas de prevención y de

tratamiento de la epidemia en la población general, con la consideración de las especiales circunstancias que concurren en el enfermo mental. Las actuaciones por parte de los profesionales de la salud mental en este ámbito deben ir siempre presididas por un respeto estricto al derecho a la confidencialidad <sup>(40)</sup>.

## Conclusiones.

En el presente estudio se encontró que el 49% eran mujeres y el 51% hombres, del total, el 85% de los pacientes reportaron ser solteros, con un promedio de 30 años de edad. Con respecto al diagnóstico, la mayor parte de la muestra, el 58.8%, tuvo diagnóstico de esquizofrenia.

La mayor parte de los pacientes de la muestra refirieron haber tenido relaciones sexuales con un promedio de parejas de 4.7.

El negarse a tener relaciones sexuales para prevenir el VIH\SIDA se encontró en el 61.35% de los pacientes; el 38.65% de los pacientes refirió no negarse a tener relaciones sexuales, lo cual nos deja ver que en nuestra muestra hay un gran número de pacientes en riesgo pues su capacidad de decisión se encuentra afectada probablemente por su psicopatología psiquiátrica actual. También se encontró puntaje de 56.32% en la percepción sobre el matrimonio, fidelidad y comunicación con los padres, lo cual se considera bajo.

La capacidad percibida para adquirir y utilizar correctamente el condón fue de 70.93%, sin embargo solo el 57.8% de los pacientes aseguró que el condón es bueno para su salud. De los que actualmente tenían relaciones sexuales 40 usaban condón y 26 referían no usarlo. El 60.8% de los pacientes consideraban en primer lugar como conducta de mayor riesgo para infectarse de SIDA, el tener relaciones sexuales sin condón. Esto muestra que, a pesar de que los pacientes tienen la información adecuada sobre conductas de riesgo y métodos de protección, siguen estando en riesgo de contraer HIV\SIDA.

Solo el 34% de los pacientes consideró que la información que tiene sobre temas sexuales es excelente, el 18.6% buena y el 24.5% suficiente. En esta muestra, la principal fuente de información sobre temas sexuales fue la escuela (37.3%), en segundo lugar con un 24.5% los libros. Por lo anterior consideramos necesario implementar programas de educación sobre temas

sexuales para los pacientes, ya que a pesar de encontrarse en tratamiento en un hospital su principal fuente de información son lugares externos y la mayoría de ellos consideran que la información que tienen sobre temas sexuales no es suficiente, todo esto incrementa el riesgo de que contraigan VIH\SIDA.

Se encontró que la mayor parte de los pacientes refería una experiencia sexual normal (52.9%) y aproximadamente un quinto refería hiposexualidad (21.6%) y otro quinto refería hipersexualidad (25.5%), llegando en conjunto a presentar disfunciones en la experiencia sexual alrededor de un 46% de los sujetos. Ya que casi la mitad de los pacientes refieren alguna disfunción sexual es necesario evaluar esta problemática en los pacientes psiquiátricos, dado que esto pudiera afectar su calidad de vida.

Existió una diferencia significativa entre los pacientes que referían hipersexualidad e hiposexualidad en el uso del condón, no existían diferencias en la experiencia sexual por el diagnóstico o tratamiento farmacológico.

En base a los resultados anteriores podemos concluir que los resultados encontrados corroboran nuestra hipótesis, ya que la autoeficacia para prevenir el VIH\SIDA fue baja en esta muestra.

Es necesario ampliar estudios donde además de lo ya mencionado se evalúe efectos adversos de los diferentes fármacos utilizados en los pacientes, así como el tiempo de ingesta de los mismos, la disfunción sexual atribuible a estos y la sintomatología del paciente, por ejemplo la conducta sexual durante las exacerbaciones de los síntomas psiquiátricos, para observar si las prácticas de riesgo se presentan de manera continua o con mayor severidad durante las exacerbaciones, para así implementar intervenciones de psicoeducación adecuadas; así mismo para estudios futuros es necesaria una segunda fuente de información para poder corroborar datos ya que en este estudio la única fuente de información fue el paciente.

Debemos considerar también que aunque los pacientes son jóvenes, tienden ya a la madurez, por lo que es posible que debamos enfocar nuestra atención a reforzar la información existente y darles la oportunidad de cursos para mejorar la información que poseen; otro aspecto relevante es que existe poca información sobre lo que ocurre con los adolescentes con alguna enfermedad psiquiátrica, porque es probable que esta población sea el grupo idóneo para recibir información preventiva que sea ejercida en la adultez y así se evite una baja autoeficacia en la prevención del VIH\SIDA.

# ANEXO I

Nombre: \_\_\_\_\_ Expediente: \_\_\_\_\_ Diagnostico Psiquiátrico: \_\_\_\_\_  
 Edad de inicio del padecimiento: \_\_\_\_\_ Valorado en HP ( ) CE ( )  
 Urg ( ) Hospitalización continua ( ) Tratamiento actual: \_\_\_\_\_

## Apéndice

### ENCUESTA APLICADA EN EL ESTUDIO PARA LA VALIDACIÓN DE UNA ESCALA DE AUTOEFICACIA PARA PREVENIR EL SIDA

Edad \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Masc \_\_\_\_\_ Fem \_\_\_\_\_  
 Estado Civil \_\_\_\_\_  
 Total de personas que viven en tu casa (incluyendote) \_\_\_\_\_  
 Viven en tu casa otros parientes o hermanos(as) casados(as) Si No  
 Último grado escolar que terminaste \_\_\_\_\_  
 ¿Estudias actualmente? Si No ¿Trabajas actualmente? Si No  
 Cot. en que vives: \_\_\_\_\_

### ESCALA DE AUTOEFICACIA PARA PREVENIR EL SIDA, DE 27 ELEMENTOS, SEA-27

A continuación se presentan una serie de preguntas en las cuales vas a circular el grado de seguridad que creas tener

	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Total seguro
A) ¿Que tan seguro estas de ser capaz de decir No, cuando te propone tener relaciones sexuales ...?					
1. Alguien conocido hace 30 días o menos	1	1	1	1	1
2. Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti	2	2	2	2	2
3. Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti?	3	3	3	3	3
4. Alguien a quien has tratado con anterioridad?	4	4	4	4	4
5. Alguien a quien deseas tratar de nuevo?	5	5	5	5	5
6. Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales	6	6	6	6	6
7. Alguien a quien necesitas que se enamore de ti	7	7	7	7	7
8. Alguien que te presta a tener relaciones sexuales	8	8	8	8	8
9. Alguien con quien has estado bebiendo alcohol	9	9	9	9	9
10. Alguien con quien has estado utilizando drogas	10	10	10	10	10
11. Alguien y tu nivel de excitación sexual es muy alto	11	11	11	11	11
B) ¿Que tan seguro estas de ser capaz de					
1. Preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga?	1	1	1	1	1
2. Discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a	2	2	2	2	2
3. Preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?	3	3	3	3	3
4. Preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual?	4	4	4	4	4
C) ¿Que tan seguro estas de ser capaz de...					
1. Usar el condon cada vez que tengas relaciones sexuales?	1	1	1	1	1
2. Usar correctamente el condon	2	2	2	2	2
3. Usar el condon durante el acto sexual despues de que has estado bebiendo alcohol?	3	3	3	3	3
4. Usar el condon durante el acto sexual despues de que has estado consumiendo o utilizado alguna droga? (marijuana, resistol, tinner)	4	4	4	4	4
5. Insistir en el uso del condon durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo?	5	5	5	5	5
6. Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condon?	6	6	6	6	6
7. Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?	7	7	7	7	7
8. Acudir a la tienda a comprar condones?	8	8	8	8	8
9. No tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio?	9	9	9	9	9
10. Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?	10	10	10	10	10
11. Platicar con tu papa sobre temas sexuales	11	11	11	11	11
12. Platicar con tu mama sobre temas sexuales	12	12	12	12	12
D) Expresa el grado de acuerdo que tengas					
1. La mujer es la que debe de solicitar el uso del condon.	1	1	1	1	1
2. El hombre es el que debe de comprar los condones.	2	2	2	2	2
3. El hombre es el responsable de la proteccion durante la relacion sexual.	3	3	3	3	3
4. La mujer debe de traer los condones.	4	4	4	4	4
5. Las relaciones sexuales deben de ser espontaneas.	5	5	5	5	5
6. El uso del condon es bueno para mi salud.	6	6	6	6	6
7. El uso del condon disminuye la satisfaccion sexual.	7	7	7	7	7
8. Mi situacion economica me permite comprar condones.	8	8	8	8	8
9. Las relaciones sexuales se disfrutan mas si se planifican con tiempo.	9	9	9	9	9
10. Las relaciones sexuales solo deben de tenerse con la misma persona de por vida.	10	10	10	10	10
11. Prefiero arriesgarme a contraer una enfermedad, a no tener relaciones sexuales.	11	11	11	11	11
12. El SIDA es algo muy dificil que me da, aunque no me proteja.	12	12	12	12	12
13. Consideras que la informacion que tienes sobre sexualidad es	13	13	13	13	13

## PREGUNTAS ADICIONALES

La información sobre sexualidad que tienes la obtuviste principalmente de: (Marca solo aquella que consideres la más importante:

a) Amigos      b) Libros      c) Revistas      d) Periódicos      e) Televisión      f) Escuela      g) Papa      h) Mama

Sobre que tema de sexualidad te gustara tener mas informacion: \_\_\_\_\_

Quien te ha proporcionado la información sobre sexualidad que consideras mas importante: \_\_\_\_\_

Has tenido relaciones sexuales      No      Si

¡CONTESTA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOLO SI HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES!

¿Utilizaste el condon en tu primera relacion sexual?      No      Si

¿A que edad fue tu primera relacion sexual? \_\_\_\_\_ años

Tu primera relacion sexual fue: Algo que planeaste      Algo no planeado

En que lugar fue tu primera relacion sexual:

a) En una casa.      b) En un auto      c) En un hotel      d) En despoblado      e) En la calle      f) Otro ¿cual? \_\_\_\_\_

Numero de personas con las que has tenido relaciones sexuales: \_\_\_\_\_

¿Utilizas condones en tus relaciones actuales?      No      Si

Menciona la razon principal por la cual no se uso el condon en alguna de tus relaciones sexuales ( o en todas) \_\_\_\_\_

¿Cual crees que es la efectividad del condon cuando se utiliza correcta y adecuadamente?

a) 95 al 100%      b) 90 al 100%      c) menos de 90%

De las siguientes opciones, selecciona en base a su importancia las tres que consideres de mas riesgo para contraer el SIDA. Escribe en el parentesis ( ) la letra que corresponda a tu respuesta .

- a) Tener relaciones sexuales sin condon.
- b) Recibir transfusiones de sangre
- c) Ser infiel a la pareja
- d) Tener relaciones sexuales anales
- e) Tener relaciones sexuales por presion (amigos/as)
- f) Combinar el alcohol y las relaciones sexuales
- g) Tener relaciones sexuales con alguien estando drogado
- h) Tener mas de un(a) compañero(a) sexual
- i) Tener relaciones sexuales ocasionales (no planificadas)
- j) Tener relaciones sexuales con otra persona basandote en su apariencia saludable
- k) Tener relaciones homosexuales
- l) Tener relaciones sexuales con prostitutas
- m) Tener relaciones sexuales con el novio o novia
- n) Tener relaciones sexuales por placer
- o) Tener relaciones sexuales con desconocidos o desconocidas

## RESPUESTAS

( ) La de primer lugar en riesgo.      ( ) La de segundo lugar en riesgo.      ( ) La de tercer lugar en riesgo.

## Anexo II

### Escala de experiencia sexual de Arizona

1. Como de fuerte es su deseo/impulso sexual?
2. ¿Con que facilidad se excita sexualmente?
3. Varones: ¿Puede alcanzar y mantener fácilmente una erección?
- 3ª. Mujeres ¿Con qué facilidad su vagina se vuelve húmeda durante la actividad sexual?
4. ¿Con que facilidad alcanza el orgasmo?
5. Sus orgasmos, ¿son satisfactorios?.

---

## Referencias bibliográficas

- <sup>1</sup> Gallo RC. Virus hunting. New York: Basic Books. 1991.
- <sup>2</sup> Valdespino-Gomez JL, García-García MA, Del Río-Chiriboga C, Cruz Palacios. Las enfermedades de transmisión sexual y la epidemia de VIH/SIDA. Salud Publica de México 1995, 37 (6): 550-557.
- <sup>3</sup> Smith, D. K., Grohskopf, L. A., Black, R. J., Auerbach, J. D., Veronese, F., Struble, K. A., Cheever, L., Johnson, M., Paxton, L. A., Onorato, I. A. and Greenberg, A. E. (2005). «Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection-Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV in the United States» MMWR. Vol. 54. n.º RR02. pp. 1-20.
- <sup>4</sup> Donegan, E., Stuart, M., Niland, J. C., Sacks, H. S., Azen, S. P., Dietrich, S. L., Faucett, C., Fletcher, M. A., Kleinman, S. H., Operskalski, E. A., et al. (1990). «Infection with human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) among recipients of antibody-positive blood donations» Ann. Intern. Med.. Vol. 113. n.º 10. pp. 733-739.
- <sup>5</sup> Coovadia, H. (2004). «Antiretroviral agents—how best to protect infants from HIV and save their mothers from AIDS» N. Engl. J. Med.. Vol. 351. n.º 3. pp. 289-292
- <sup>6</sup> European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV (1992). «Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples» BMJ.. Vol. 304. n.º 6830. pp. 809-813
- <sup>7</sup> Varghese, B., Maher, J. E., Peterman, T. A., Branson, B. M. and Steketee, R. W. (2002). «Reducing the risk of sexual HIV transmission: quantifying the per-act risk for HIV on the basis of choice of partner, sex act, and condom use» Sex. Transm. Dis.. Vol. 29. n.º 1. pp. 38-42.
- <sup>8</sup> Bell, D. M. (1997). «Occupational risk of human immunodeficiency virus infection in healthcare workers: an overview.» Am. J. Med.. Vol. 102. n.º 5B. pp. 9-15.
- <sup>9</sup> Leynaert, B., Downs, A. M. and de Vincenzi, I. (1998). «Heterosexual transmission of human immunodeficiency virus: variability of infectivity throughout the course of infection. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV» Am. J. Epidemiol.. Vol. 148. n.º 1. pp. 88-96.

- 
- <sup>10</sup> Menon AS, Pomeranz S, Harowitz S, Appelbaum D, Peacock E, Cohen C. The high prevalence of unsafe sexual behaviors among acute psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis* 1994; 182: 661-666
- <sup>11</sup> Cournos F, Guido J, Coomaraswamy S, Meyer-Bahlburg H, Sugden R, Horwarth E. Sexual activity and risk of HIV infection among patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 228-232.
- <sup>12</sup> Kelly JA, Debra AM, Bahr GR, Brasfield TL, Davis DR, Hauth AC. AIDS/HIV risk behavior among the chronic mentally ill. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 886-890.
- <sup>13</sup> Sacks M, Dermatis H, Looser-Ott S, Perry S. Seroprevalence of HIV and risk factors for AIDS in psychiatric inpatients. *Hosp Commun Psychiatry* 1992; 43: 736-737.
- <sup>14</sup> Cournos F, Empfiels M, Horwarth E, McKinnon K, Meyer I, Phil M et al. HIV seroprevalence among patients admitted to two psychiatric inpatients. *Hosp Commun Psychiatry* 1992; 43: 736-737.
- <sup>15</sup> Empfield M, Cournos F, Meyer I, Phil M, McKinnon K, Horwarth E et al HIV seroprevalence among patients admitted to a psychiatric inpatient unit. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 47-52.
- <sup>16</sup> Susser E, Valencia E, Miller M, Tsai WY, Meyer-Bahlburg H, Conover S. Sexual behavior of homeless mentally ill men at risk for HIV. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 583-587
- <sup>17</sup> Avins AL, Woods W, Lindan C, Hudes E, Clark W, Hulley S. HIV infection and risk behaviors among heterosexuals in alcohol treatment programs. *JAMA* 1994; 271: 515-518
- <sup>18</sup> Mahler J, Yi D, Saks M, Dermatis H, Stebinger A, Card C. Undetected HIV infection among patients admitted to an alcohol rehabilitation unit. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 439-440.
- <sup>19</sup> Silberstein MV, Galanter M, Marmor M, Lifshutz H, Krasinski K, Franco H. HIV-1 among inner city dually diagnosed inpatients. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1990; 20: 201-213.
- <sup>20</sup> Zamperetti M, Goldwurm GF, Abbate E, Gris T, Muratori S, Vigo B. Attempted suicide and HIV infection: epidemiological aspects in a psychiatric ward.

---

Abstracts VI International Conference on AIDS 1990. Los Angeles, American Foundation for AIDS Research.

<sup>21</sup> Naber D, Pajonk FG, Perro C. Human immunodeficiency virus antibody test and seroprevalence in psychiatric patients. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89: 358-361.

<sup>22</sup> Ayuso Mateos JL, Montañes F, Lastra I, Picazo J, Ayuso Gutierrez JL. HIV infection in psychiatric inpatients: an unlinked anonymous study. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 181-185.

<sup>23</sup> Collins PY, Holman AR, Freeman MC. What is the relevance of mental health to HIV/AIDS care and treatment programs in developing countries? A systematic review. *AIDS*. 2006;20:1571–1582

<sup>24</sup> Meade CS, Sikkema KJ. HIV risk behavior among adults with severe mental illness: a systematic re-view. *Clin Psychol Rev*. 2005;25:433–457

<sup>25</sup> Fisher JD, Fisher WA. Changing AIDS-risk behavior. *Psychol Bull*. 1992;111:455–474

<sup>26</sup> Almeida R, Pedroso E. Vulnerability and exposure to serologic markers to HIV, hepatitis B and C viruses, human T cell lymphotropic virus and syphilis in inpatients from a public hospital. *Revista Médica do Minas Gerais*. 2004;14:244–250

<sup>27</sup> Oliveira S. Assessment of sexual behavior, knowledge and attitudes about AIDS of inpatients from the Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. In: Venâncio AT, Erotildes ML, Delgado PG, editors. *O Campo da atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Te Corá; 1997

<sup>28</sup> David S. Baldwin. Depression and sexual dysfunction. *British Medical Bulletin* 2001; 57:81-99

<sup>29</sup> Xiaoduo Fan, David c. Handerson, Elaine Chiang, Leah B. Namey Briggs, Oliver Freudenreich, A. Eden Evins, Corinne Cather, Donald C. Goff. Sexual functioning, psychopatology and quality of life in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 94 (2007) 119-12.

<sup>30</sup> Matthew J. Byerly, Paul a. Nakonezny, A. John Rush. Sexual functioning associated with quetiapine switch vs. Risperidone continuation in outpatients

---

with schizophrenia or schizoaffective disorder: A randomized double-blind pilot trial. *Psychiatry Research* 2007

<sup>31</sup> Deanna L. Kelly, Robert R. Conley. Sexuality and Schizophrenia: A Review. *Schizophrenia Bulletin* 2004, 30(4): 767-779.

<sup>32</sup> Sierra JC. Métodos y técnicas de evaluación de las disfunciones sexuales. En: Buena-Casa G, Caballo V, eds. *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid: Siglo XXI; 1991.

<sup>33</sup> Clayton ALH. Assessment of Sexual Functioning. Proceedings of the 151st American Psychiatric Association Annual Meeting; 1998 May 30 – June 4; Toronto, Canadá. Washington: American Psychiatric Association; 1998.

<sup>34</sup> Fuensanta López-Rosales, Dra. en Psic.(1) José Moral-de la Rubia, Dr. en Psic.(2) Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA *Salud Publica Mex* 2001;43:421-432.

<sup>35</sup> McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Moreno FA, Delgado PL. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): Reliability and Validity. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000; 26:25-40

<sup>36</sup> Fisher JD, Fisher WA. Changing AIDS-risk behavior. *Psychol Bull*. 1992;111:455–474

<sup>37</sup> Compton MT, Miller AH. Sexual side effects associated with conventional and atypical antipsychotics. *Psychopharmacol Bull*. 2001;35(3):89-108.

<sup>38</sup> Byerly M, Nakonezny P, Fisher R, Magouirk B, Rush AJ. An empirical evaluation of the Arizona sexual experience scale and a simple one-item screening test for assessing antipsychotic-related sexual dysfunction in outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Res*. 2006;81(2-3):311-6.

<sup>39</sup> Kalichman SC, Kelly JA, Johnson JR, Bulto M. Use of a brief behaviorkills intervention to prevent HIV infection among chronic mentally ill adults. *Psychiatric Services* 1995; 46: 275-280.

<sup>40</sup> Ayuso Mateos José Luis. Infección por el VIH en el enfermo mental: un nuevo grupo con conductas de riesgo *Med Clin (Barc)* 1998; 111: 292-293