

Posibles repercusiones de la infección por VIH en el tratamiento de los drogodependientes. ¿Cómo puede afectar a las CCTT? (*)

Andrés Roig-Traver

Médico psiquiatra; Dispensario de Toxicomanías; Servicios de Salud Mental;
Diputación Provincial de Valencia

RESUMEN

En el presente artículo intentamos establecer algunas hipótesis sobre las posibles consecuencias de la infección por VIH en el tratamiento de los drogodependientes, y más concretamente en la atención en régimen de comunidad terapéutica. Se detallan algunos conocimientos básicos sobre la enfermedad; el modo en que ésta puede afectar al fenómeno global del consumo de drogas; los efectos sobre las distintas modalidades de tratamiento; la posible potenciación de alguna de ellas (PMM) para hacer frente a la difusión de la infección; la previsible medicalización de la asistencia y la emergencia de patología psiquiátrica y neurológica en los pacientes VIH (+).

Se analizan las previsibles consecuencias para la CCTT (impacto en los pacientes, en los profesionales y en el funcionamiento cotidiano) concluyéndose con la necesidad de una mayor información y educación sanitaria de los equipos y una actitud abierta y crítica para poder responder a múltiples demandas cuyo contenido, en el presente, todavía no conocemos.

Palabras clave.— SIDA, VIH, drogodependencias, tratamiento, comunidad terapéutica.

SUMMARY

In the present article, we intend to establish some theories about the possible effects of the HIV infection in the treatment of drug abusers and more concretely in the attention on management of therapeutic community.

Some basic knowledge are described about the illness; the way in which it could affect the global phenomenon of the consumption of drugs; the effects about the different modalities of treatment; the possible potentiation of some of them

(*) Texto basado en la comunicación presentada a las 2.^{as} Jornadas de Trabajo de CCTT profesionales para drogodependientes. Zarautz. Guipúzcoa. 30 de septiembre al 3 de octubre de 1987.

(MMP) to face the diffusion of the infection; the foreseen assistance on the medication and the emergence of psychiatric and neurological illness on the HIV (+) patients.

The foreseen effects are analysed for the TTCC (the impact on the patients, among the professionals and the daily function) finishing with the necessity of a great information and sanitary education of the team and an open and critical attitude to answer the multiple demands of the present of which until now we do not know.

Key words. — AIDS, HIV, drug abuse, treatment, therapeutic community.

à Jennifer Chase

«Una enfermedad que mata a la mayoría de personas; (...) transmisible; de incubación prolongada; que ataca especialmente a grupos sociales muy determinados; de la que ningún paciente se ha recuperado espontáneamente, ni se conoce un tratamiento efectivo y en la que el número de casos va en aumento... ¿Qué es esto? ¿El guión de una película de terror? (...) ¿Un mal sueño?»

OLLE GOIG, J. E. SIDA o no SIDA. Algunas notas sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, *Med Clín (Barc)* 1984; 83; 244-8.

INTRODUCCION

La historia médica del SIDA, se inicia en Estados Unidos cuando en el verano de 1981 se describen en una revista médica, varios casos de afecciones respiratorias graves, en cinco varones jóvenes previamente sanos que tenían en común una determinada orientación sexual.

Como ya sabemos, desde entonces el número de casos ha crecido progresivamente en la mayor parte de países, adoptando un modelo epidémico, pasando a ser, en la actualidad, en muchos de ellos un importante problema de salud pública.

Desde un inicio, y debido a la rápida adquisición de conocimientos sobre las causas, mecanismos de contagio, etc... se reparó en que uno de los colectivos expuestos a la enfermedad era el de los consumidores de drogas por vía intravenosa, siendo variable, según los diferentes países, la prevalencia de infección por el virus, y el porcentaje que dicho grupo ocupaba respecto del total de casos de SIDA.

En la actualidad, en el Estado Español, y a diferencia del resto de países desarrollados —excepto Italia—, la mayoría de ca-

sos de SIDA registrados oficialmente, se producen en drogodependientes, estando además dicho grupo en relación con la mayoría de casos de SIDA infantil. Al 30 de octubre de 1987 el 58,01% del conjunto de casos de SIDA son consumidores de drogas por vía intravenosa, esperándose que para 1988 dicha proporción aumente al 80,8% del total. (7) (Gráficas 1 y 2).

Está, por tanto, fuera de duda, que los problemas ligados a la infección por VIH se asocian en nuestro país al consumo de sustancias tóxicas, siendo muy probable que las consecuencias sanitarias y sociales de la infección, modifiquen, a medio y largo plazo, el fenómeno del consumo de drogas ilegales e influyan en las estrategias terapéuticas habitualmente utilizadas.

En el presente artículo intentamos establecer algunas hipótesis a este respecto y, más concretamente, aquellas que puedan de alguna manera afectar a las CCTT.

LA INFECCION

Básicamente, el SIDA es una anomalía del sistema inmunitario de origen vírico, caracterizada por un progresivo deterioro del mismo, que tendrá como consecuencia la aparición de tumores y/o infecciones por gérmenes oportunistas. No es éste, sin embargo, el único trastorno que puede originarse como consecuencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Ya desde el inicio se comunicaron otras patologías asociadas a la infección (FIGURA 1) y el CDC en 1986 ha sistematizado todos los trastornos asociados a la infección por VIH (TABLA 1), de tal modo que lo que conocemos habitualmente como SIDA corresponde, tan sólo en di-

cha clasificación al subgrupo C (categorías C1 y C2) y al subgrupo D. Por ello, desde un punto de vista epidemiológico, el problema no está constituido tanto por los casos de SIDA, sino por el conjunto de los sujetos seropositivos.

Aunque el virus se ha aislado en la totalidad de fluidos orgánicos, el contagio no es nunca casual, asociándose éste a determinadas prácticas. En nuestro medio la transmisión con frecuencia tiene su origen en el uso de material de inyección de drogas previamente utilizado por un portador del virus, hábito muy extendido (27). En algunos casos la infección aguda se acompaña de ciertos síntomas no específicos, si bien generalmente pasa desapercibida. Tras la seroconversión —aparición de anticuerpos en sangre que evidencian la infección por el virus— la mayoría de pacientes no experimentan, durante meses o años ningún trastorno, aunque una minoría pueda desde el inicio presentar alguna complicación orgánica grave (encefalopatía, meningitis, etc.).

En la actualidad existen opiniones variables sobre qué proporción de portadores asintomáticos puede evolucionar, desarrollando el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Si bien en un primer momento se apuntó que el porcentaje sería bajo (un 5% ó 10%), el seguimiento de pacientes seropositivos muestra que al menos un 30% suele desarrollar un SIDA (1) y no son pocos los que piensan que, esta proporción, con el transcurso de los años, será progresivamente creciente.

Tras la seroconversión, el sujeto pasa a ser **portador crónico** del virus, y hasta el momento no se ha documentado ninguna remisión o curación espontánea. De ahí que no nos sirva, si queremos comprender la naturaleza de la infección, el modelo utilizado a menudo, que intenta remediar al de la hepatitis B, diferenciando entre dos estadios clínicos: aquellos que permanecerían como «portadores sanos» y un pequeño grupo que, desafortunadamente, padecería la «enfermedad». En la infección por VIH, por el contrario, los trastornos serán de diferente gravedad, según sea menor o

mayor, el deterioro del sistema inmunitario.

Aunque no existen datos globales relativos a la población asistida en las CCTT, una de ellas, la Asociación «Le Patriarche» ha comunicado unas cifras de prevalencia del 74,64% de los pacientes atendidos en sus centros (30). (En la TABLA 1 se detallan los porcentajes de seropositividad según las comunidades autónomas de origen).

Se trata, por tanto, de un problema, que por su gravedad y extensión va a influir decisivamente en los próximos años y cuyas consecuencias últimas estamos lejos de conocer.

LOS TRATAMIENTOS

En primer lugar, es muy posible que una de las consecuencias a corto y medio plazo de la infección por VIH sea la modificación de los patrones y modalidades de consumo de drogas, adquiriendo mayor importancia aquellos procedimientos que, excluyendo la vía intravenosa, permitan un consumo menos séptico de las mismas sustancias.

Creemos que esta modificación de hábitos de consumo ha comenzado ya a producirse, evidenciándose, por ejemplo, en fenómenos tales como la difusión del uso —mediante inhalación— de cocaína alcaloidal en el área de València (28) y el abandono de la vía intravenosa y el consiguiente paso a la inhalatoria en consumidores sevillanos de heroína (4).

Pero, la consecuencia más importante de la infección, muy posiblemente, va a manifestarse a nivel de los tratamientos. En la mayoría de países, una de las medidas más recomendadas para frenar la difusión del virus ha sido el aumento sustancial del número de plazas de tratamiento, haciendo desaparecer las frecuentes listas de espera y posibilitando que el número de toxicómanos asistidos sea cada vez mayor. Según Des Jarlais (10) el temor al SIDA es en USA, actualmente, la primera razón por la que se solicita tratamiento, habiendo provocado en algunos Estados un impor-

tante incremento de las demandas de atención y alargando las ya abultadas listas de espera. Como es lógico pensar, la disminución de toxicómanos «activos» reduce sensiblemente la difusión del virus, al disminuir el consumo intravenoso de drogas y las prácticas que con él se asocian.

Dado que el aumento del número de plazas de tratamiento va a estar permanentemente limitado por razones económicas, es de suponer que se potenciarán aquellas modalidades cuya relación coste económico/eficacia terapéutica sea menor, **dentro de unos objetivos de salud pública**. De todas ellas, son los programas de mantenimiento con metadona las que han mostrado alcanzar con menor coste estos requisitos. J-P. Deglon (9) ha comunicado recientemente que, en Suiza, el coste económico anual de un mantenimiento con metadona con un correcto apoyo psicoterapéutico y social es 10 veces inferior al tratamiento en una CT profesional. De ser así, no sería de extrañar que el eventual incremento de programas de tratamiento, en el Estado español se haga fundamentalmente a expensas de un crecimiento numérico de los programas de metadona. A ello contribuiría también el que estos programas en nuestro país, sean inexplicablemente minoritarios, estando por diversas razones poco desarrollados.

Los programas de metadona reúnen además otras características que permiten pronosticar su eventual incremento: capacidad de acoger a un elevado número de pacientes; menor complejidad para el funcionamiento cotidiano; innecesariedad de gran adiestramiento de los profesionales; elevada tasa de retención y significativa disminución de los indicadores sociales de consumo de drogas y actividades delictivas. Todo ello sin tener en cuenta lo que podría ser más importante; son los programas que más aceptación tienen entre los pacientes (10).

Es muy probable que el proceso iniciado años atrás de crecimiento constante del número de CCTT —y por tanto de plazas—, esté (al menos en la asistencia pública) muy cercano a su fin. A ello van a

contribuir además las recientes recomendaciones de la reunión interautonómica sobre CCTT organizada por el Plan Nacional sobre Drogas tendentes a «*no promover prioritariamente las CCTT, reconvirtiendo la demanda a partir de la oferta de otros modelos terapéuticos*». (26)

Tales han sido las directrices adoptadas en aquellos países que han dispuesto intervenir específicamente en la prevención de la infección por VIH entre drogodependientes. Sirvan tres ejemplos: En el Estado de Nueva York existían, antes de la epidemia de SIDA, 40.000 plazas de tratamiento, de las cuales 30.000 (75%) eran en PMM; 5.000 (12,5%) en CCTT y 5.000 (12,5%) en consultas ambulatorias sin uso sustitutorio de drogas («drug free»). Tras la crisis del SIDA se ha presupuestado un incremento de alrededor de 3.000 nuevas plazas siendo estas casi en su totalidad en la forma del programa de metadona, ensayándose dos programas experimentales: uno limitado a 180 días que permite el posterior paso a un programa de mantenimiento «estructurado» y otro de dispensación de metadona sin ningún apoyo psicosocial (10).

Con objetivos similares, en Amsterdam en los últimos años se han desarrollado programas de distribución masiva de metadona con unas condiciones de admisión mínimas: una visita trimestral al médico de la Sanidad Municipal y verificación de al menos una orina positiva a opiáceos. Desde ese momento, el paciente queda inscrito en un registro recibiendo una dosis diaria de jarabe de metadona. (15)

En la República Federal Alemana, lugar en donde siempre ha existido la prohibición legal de efectuar tratamientos de mantenimiento (12), recientemente y de forma experimental, en el Land de Renania del Norte-Westfalia se han comenzado a realizar programas de mantenimiento con metadona para evitar y paliar en lo posible la difusión de la infección por VIH (3).

Aunque con un cierto temor a la generalización, también recientemente desde el

Plan Nacional sobre Drogas se ha sugerido que en aquellos pacientes VIH (+) podría recomendarse el mantenimiento con metadona (7), especialmente si además del uso intravenoso de drogas existen otras prácticas de riesgo como en los homosexuales y las prostitutas.

Si la tendencia que se establece en el futuro es similar a la que apuntamos, es evidente que las CCTT van a verse influidas en una doble forma: en primer lugar por la posible desviación de presupuestos hacia programas de mantenimiento, al ser percibida la CT por algunos responsables políticos como un recurso que genera un considerable gasto. Y es muy posible también que, como consecuencia de ello, cambie la imagen social (de los pacientes, familiares e incluso algunos profesionales) de los tratamientos, modificándose la idea, aún hoy vigente, de que realizar un correcto tratamiento es equivalente al ingreso en una CT.

Una de las características que han definido tradicionalmente al movimiento de CCTT han sido sus diferencias respecto al modelo médico de tratamiento. De hecho, algunas de las pioneras como SYNANON, surgieron en abierta oposición al modelo sanitario existente, calificándolo de inútil. Otras como DAYTOP, se definen en la actualidad como parte de un amplio movimiento de autoayuda que englobaría a organizaciones similares como Alcohólicos Anónimos.

La infección por VIH y su mayoritaria difusión entre la población asistida provocará necesariamente una mayor medicalización de la asistencia, superando ciertos recelos y acabando, allí donde lo hubiere, con el antimedicalismo. Se necesitará una mayor educación sanitaria, con una coordinación efectiva con el sistema sanitario para los previsibles y repetidos controles médicos y revisiones. Todo ello sin olvidar tampoco, como más adelante veremos, la patología psiquiátrica que se asocia generalmente a la infección por VIH y que va a requerir, en muchas ocasiones, la intervención de profesionales de la salud mental.

LA VISITA DE LA MUERTE

Por sus características la CT ha sido generalmente percibida por usuarios y familiares como un espacio en oposición al medio habitual donde se desenvuelve el toxicómano. Si en «la calle» el drogodependiente contacta cotidianamente con la posibilidad de morir, en la CT, por el contrario, encontrará un lugar de vida (*) que permitirá el resurgimiento de la misma, negada hasta ese momento por la sustancia. Ello se concreta en la rápida y evidente recuperación física que generalmente sigue al ingreso del paciente en la CT. Se instaura así una abierta oposición entre la CT y los riesgos cotidianos (o lo que es lo mismo, oposición entre CT-vida/entorno habitual-muerte).

La infección por VIH, por sus características: largo tiempo de evolución, no remisión espontánea, inexistencia de tratamientos etc. va a minar esta división interior-bueno/ exterior-malo.

Si hasta ese momento el adicto ha ido «retando» a la muerte en una especie de juego ordálico, limitándose la posibilidad de morir generalmente a accidentes agudos como la sobredosis, la muerte ahora va a adquirir autonomía, amenazando mucho **más allá del tiempo** (¿es posible morir años después de haber suspendido el consumo por circunstancias que tuvieron que ver con él!) y **del espacio** (podrá presentarse en otros escenarios además de los habituales), alcanzando incluso lugares donde hasta ese momento no había hecho presencia: la CT. No es de extrañar pues que, los pacientes con un complejo asociado al SIDA (CAS) o SIDA hagan percibir a la CT como «contaminada», «poco segura», pudiendo provocar la huida y la disolución del grupo (29). Es como si la CT se convirtiera por vez primera en algo no tan distante del hábitat cotidiano del adicto. Si ya no hay diferencias entre afuera y adentro, ¿para qué seguir en ella? El problema entonces será, ¿adónde ir?; ¿dónde buscar protección?; ¿existirá algún espacio aséptico? La «defensa», para quienes la necesiten, vendrá una vez más del lado de la negación: Sí, la CT permitiría frenar la evolución. («si

no me drogo y hago vida sana me han dicho que no me pasará nada»; si dejo de drogarme se me irán, no es posible que esto dure toda la vida»).

Así, por ejemplo, L. Engelmayer, creería, o desearía creer, negando las evidencias, que la «seroconversión (el paso de VIH + a VIH —) es fácil o relativamente fácil (en los niños), si se cuidan la alimentación, la atención y el control pediátrico» (2).

¿Cómo aceptar que la realidad muestra lo contrario, que si la seroconversión se da, no es sino la consecuencia de que el niño ha recibido **pasivamente** anticuerpos anti-VIH de la madre, sin que tampoco en ese caso pueda excluirse —como recientemente un estudio multicéntrico ha evidenciado—, que continúe siendo portador del virus e incluso, que en el futuro desarrolle un SIDA? (20).

LOS PACIENTES

¿Cuáles pueden ser en los drogodependientes las consecuencias de la progresión del propio deterioro, o del de sus compañeros/as? Quizás es todavía pronto para valorar el alcance, en este sentido, de la infección, al tratarse de un problema de reciente aparición y respecto al cual no disponen aún de demasiadas experiencias acumuladas. En cualquier caso, todo profesional en contacto directo con pacientes habrá percibido el **miedo** creciente y el consiguiente sufrimiento que, despacio, va difundiéndose entre ellos.

Esta vez, los límites se imponen con toda su crueldad y definitivamente. Cada vez con más frecuencia escuchamos: *«está muriendo mucha gente; yo conozco a varios»; «tengo miedo de que al comenzar el tratamiento me cambie el metabolismo y esto vaya a más»; «me como el coco mucho últimamente con lo del SIDA, etc.»*. Es razonable pensar que en este conflicto se va a jugar de un modo desigual, según se sea VIH (+) o (—). Los primeros van a tener muchas más razones para realizar cualquier tratamiento, para seguir en él, o al menos para cuidarse. Para los segundos, ¿cómo

asumir que la toxicomanía pasa a ser un problema secundario a su estado de salud? ¿Cómo abandonar la identidad de toxicómano, y aceptar la de un enfermo con unas expectativas vitales limitadas?: establecimiento de una diferencia que instaure distintos pronósticos; pronósticos que también, más o menos conscientemente, afectarán a los profesionales.

La CT, por las características de su modelo terapéutico: estancias largas, convivencia cotidiana, establecimiento de intensos vínculos afectivos, etc. no podrá evitar verse condicionada por dicho factor pronóstico. Va a ser la única modalidad de tratamiento que podría desaconsejar la acogida de un paciente por trastornos asociados a la infección por VIH. Hasta ahora los «rechazos» tenían un carácter de transitoriedad, siendo reversibles cuando se resolvía el problema médico que lo provocaba: hepatitis, endocarditis, etc. ¿Qué pasará en el futuro si, como algunos estudios longitudinales apuntan desarrollan la enfermedad un 20, 30 ó un 40% de los seropositivos?

EL SIDA:

¿ENFERMEDAD PROFESIONAL?

A pesar de las múltiples evidencias que indican que la infección por VIH es difícilmente contagiable por otras vías distintas a la sanguínea, sexual o perinatal, periódicamente en la CT puede surgir la duda: ¿es posible el contagio?; ¿estaremos nosotros a salvo? o, por el contrario, corremos algún riesgo; y de ser así, ¿debemos asumirlo?

La literatura médica sobre exposiciones profesionales accidentales al virus es abundante: HENDERSON, D. K. (13) ha controlado a 150 trabajadores sanitarios en USA que sufrieron exposiciones percutáneas o mucosas con sangre o fluidos orgánicos de pacientes con SIDA, no hallando ninguna seroconversión. WEISS (32) refiere tras el seguimiento de otro colectivo de 361 sanitarios norteamericanos también expuestos al virus un sólo contagio, al parecer, consecuencia de dos punciones sin inoculación de sangre, Mc EVOY (18) ha es-

tudiado a 150 trabajadores sanitarios en Inglaterra contaminados accidentalmente sin hallar evidencias de transmisión. Mc CRAY, por otro lado, en 939 heridas accidentales encuentra tan sólo una seroconversión. HIRSCH (14), en 855 sanitarios expuestos no encuentra tampoco evidencias de contagio.

Al parecer, y según Mc EVOY (18), el número de casos documentados de contagio en sanitarios sin otro factor de riesgo que las heridas o punciones accidentales, ascendería, desde el inicio de la epidemia, a siete.

Existen datos asimismo de una CT para toxicómanos de 65-80 plazas en el norte de la RFA (Niedersaechsisches Landeskrankenhaus Brauel) que evidencian, en seguimientos de 12 a 36 meses la ausencia de transmisión de la infección entre pacientes. Tras seguimientos de dos años ningún paciente seronegativo se ha seroconvertido durante su estancia en la CT. Todos los miembros del staff han resultado ser repetidamente seronegativos. (25)

El riesgo de contagio tras exposiciones accidentales, resulta considerablemente bajo, inferior al 1%, y sensiblemente inferior al riesgo de contagio de la hepatitis B, existiendo casos en que, tras inoculación accidental, se ha producido una transmisión del VHB y no del VIH.

Lejos de sugerir que no deben tomarse precauciones, o que estas no son importantes, estos datos muestran que las habitualmente empleadas resultan suficientemente efectivas.

El VIH es difícilmente transmisible, a excepción de aquellos sujetos en que concurren determinadas prácticas de riesgo, ya sean sexuales o derivadas de sus hábitos de consumo de drogas.

Los datos existentes respecto a la convivencia cotidiana con portadores crónicos del virus indican que el «supuesto riesgo» que asumen los profesionales de las CCTT es inexistente. Otra cosa serán las ansiedades —conscientes o no— que despierten en el personal tratante, ansiedades que si no son verbalizadas, analizadas y resueltas con otros miembros del equipo pueden a la lar-

ga generar actitudes contratransferenciales muy negativas.

LA PATOLOGIA NEUROLOGICA

Las complicaciones neurológicas son muy frecuentes ya desde los estadios iniciales de la infección por el propio neurotropismo del virus. En la fase final de la enfermedad un 30% desarrollan trastornos neurológicos diversos: demencia secundaria a una encefalitis difusa subaguda de etiología infecciosa (VIH o CMV); meningitis por criptococos o micobacterias; leucoencefalopatía multifocal progresiva; linfomas del SNC; arteritis cerebral y hemorragias cerebrales; lesiones focales por toxoplasmas o sarcoma de Kaposi, etc. Si los recordamos aquí es porque, en ocasiones, se manifestarán por una sintomatología imprecisa que puede ser interpretada como propia de desórdenes psicopatológicos por personal poco adiestrado: pérdida de la capacidad de concentración, déficits de memoria, enlentecimiento psicomotor, etc...

En muchas ocasiones los trastornos neurológicos se evidenciarán por manifestaciones de la serie depresiva o por un deterioro cognitivo (16) que también podrá inducir a dudas entre su origen orgánico o funcional.

LOS ROSTROS DEL SUFRIMIENTO

Recientemente en una publicación monográfica del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (24), se analizaban las razones por las cuales el SIDA, (y en ocasiones también el CAS o la infección por VIH) tienen consecuencias devastadoras para los afectados desde un punto de vista psicológico:

— Un 70% de los pacientes mueren, tras el diagnóstico, en un período inferior a dos años.

— La mayoría de casos se producen en sujetos pertenecientes a grupos sociales estigmatizados socialmente. El diagnóstico no hará sino agravar el aislamiento.

— El 90% de los adultos con SIDA sufren la enfermedad en los momentos de mayor plenitud vital (20 a 49 años), cuan-

do no se está preparado para abordar una muerte inminente.

— Las infecciones y tumores que acompañan al SIDA pueden provocar un importante deterioro orgánico.

— El virus afecta al SNC, causando síntomas que pueden ir desde un ligero déficit de memoria a una demencia profunda.

— Pocas enfermedades provocan tantas pérdidas: de fortaleza física, de capacidades intelectuales, de capacidad para trabajar, de autosuficiencia y autonomía, de roles sociales, ingresos y ahorros, de alojamiento y frecuentemente de apoyo emocional. La autoestima puede razonablemente desvanecerse como resultado de estas pérdidas.

— La debilidad física y el dolor secundario a las enfermedades relacionadas con el SIDA disminuyen la capacidad para tolerar el estrés físico y psíquico.

— La realización de repetidos tratamientos que no permiten la curación pueden provocar en el paciente desánimo, depresión y ansiedad.

— Por último, puede resultar mucho más estresante para los VIH (+) vivir con la amenaza del SIDA que conocer ya el diagnóstico, dada la lenta evolución.

Para D. SEUX (31) la enfermedad se acompañará muy a menudo de una intensa angustia: estado ansioso que entraña en ocasiones la invasión brutal del curso del pensamiento por ideas mórbidas recurrentes. Según la personalidad previa, puede entonces producirse una descompensación de la estructura subyacente dando lugar a manifestaciones neuróticas, psicóticas, depresivas o maníacas.

En algunas ocasiones existen ideas de suicidio que serán de difícil verbalización. El paciente puede en estos casos intentar resolver la crisis que ha supuesto el conocimiento de la infección, decidiendo poner término a su vida. Algunas de estas tentativas, serán sólo conocidas por el entorno del paciente o por algún profesional cercano al mismo (11).

La infección se asociará, con frecuencia desde el primer momento a complicacio-

nes psiquiátricas que requerirán muy a menudo una atención especializada. Se ha subrayado (16) que, aunque generalmente la infección se presenta con un importante distress psíquico (reacciones emocionales intensas: temor, angustia, miedo, culpa, desconfianza, dependencia, rechazo, ambivalencia y, a veces, un aumento de las conductas de riesgo) o con cuadros obsesivo-compulsivos (19), **los trastornos más importantes pertenecerán a la serie depresiva: depresión mayor, trastornos distímicos o trastornos de adaptación con estado de ánimo depresivo, consecuencia del aislamiento real o imaginario que sigue al diagnóstico y la incertidumbre respecto al futuro. Los trastornos depresivos van a tener mayor severidad y mayores riesgos en aquellos sujetos que puedan interpretar su enfermedad como consecuencia de conductas pasadas que son vividas con culpabilidad, ya sea por suponer una transgresión de las normas sexuales, como por el consumo de sustancias tóxicas.**

Además del tratamiento específico de dichos trastornos, se debe perseguir como objetivo psicoterapéutico que el paciente recupere el control de la propia conducta, comprendiendo que sus respuestas hacia la enfermedad son adecuadas y efectivas, no vagas e irrelevantes. Se recomienda por ello evitar hablar de pronósticos o estadísticas, poniendo el énfasis, por el contrario, en todo lo que tenga que ver con el mantenimiento del estado de salud o su recuperación. MILLER, D. (19) recomienda dejar siempre la posibilidad de contacto entre las visitas concertadas («una puerta abierta»), dada la frecuencia de descompensaciones agudas.

En general, el proceso experimentado —en los casos de SIDA en homosexuales y toxicómanos— para la mayoría de los pacientes es bastante similar (21): **crisis inicial**, al conocer el diagnóstico, crisis que puede ser «negada», si bien las defensas generalmente no serán efectivas y el fracaso de las mismas se manifestará por períodos de intensa ansiedad. Esta negación puede evidenciarse también por un abandono del tratamiento, una continuación de las prác-

ticas de riesgo, o el rechazo de la atención médica.

La crisis de paso generalmente a un **estado transicional** (aquí se producirán la mayor parte de complicaciones psiquiátricas) o período de ajuste en el cual se va progresivamente aceptando el diagnóstico y posteriormente a un **estado de aceptación** cuando se integra la realidad de la infección en las expectativas del sujeto, pudiendo encontrar nuevos objetivos, intereses, etc...

LA EXPERIENCIA DE ALGUNAS CCTT

La literatura aparecida acerca del manejo de pacientes VIH (+), CAS o SIDA en las CCTT es muy escasa. Además de la comunicación de ROLDAN, G. (29), ya citada, hemos hallado tan sólo tres referencias que abordan directamente este problema. Se trata de tres comunicaciones, dos de ellas presentadas a la reunión de la Fed. Mundial de CCTT en Suecia y una presentada a la reunión de la Fed. Europea en Dublín.

BARTON, E. M. (5), de Samaritan Village, CT con 615 camas repartidas en 4 centros de tratamiento en EE.UU. comunica unas cifras de prevalencia de la infección por VIH del 50%, y la frecuencia desde hace años en su CT de pacientes con diversos trastornos relacionados con la infección: 3 fallecimientos por SIDA en 1984; 2 diagnósticos de SIDA en el 85 y un SIDA fallecido y otro dado de alta de la CT en 1986.

Su experiencia es que, aunque el número de casos no sea elevado, las consecuencias sobre los profesionales y los pacientes son profundas. Cada caso requiere una enorme dedicación y responsabilidad. El personal, en muchas ocasiones, tiene temor a un posible contagio, apareciendo fantasías de exclusión que a su vez originarán sentimientos de culpa.

La forma de intervención que en dicha CT han decidido es:

1) recogida sistemática de información sobre la infección para la educación y el en-

trenamiento de los profesionales y pacientes.

2) Atención a las actitudes del «staff» y a las necesidades de educación de los mismos.

3) Establecimiento de una estructura organizativa bien delimitada y con roles claros para difundir la información.

4) Existencia de directrices prácticas para la admisión y tratamiento en la CT. En general, se aceptan pacientes que tengan una situación médica estable y que puedan beneficiarse del tratamiento en la CT.

Según DAELSTROM, G. (8), en Vallmotorp Foundation (Suecia), CT con una prevalencia de la infección entre residentes del 10%, no abordan el problema diferenciando los pacientes seropositivos de los seronegativos. Insiste en el peligro que supone el tratar los problemas asociados al VIH como «algo especial». Desde el inicio han intentado incrementar los contactos regulares con el sistema sanitario para proveerse de una información objetiva que pueda contrarrestar el sensacionalismo de la difundida por los medios de comunicación. Aunque cita algunas CCTT que no aceptan a los VIH (+) sólo por el hecho de serlo, es partidario de no excluir a los seropositivos de ninguna actividad o tarea, ni siquiera de la cocina.

Según la experiencia de esta CT, la mayoría de pacientes reaccionan al conocer la infección de tres maneras diferentes:

— Mediante la **negación**: «no es mi resultado, se habrán confundido, deben haber cambiado la muestra de sangre, etc.».

— Con **pánico**: provocándose el abandono del tratamiento.

— **De una forma madura**, comprensiva: «a partir de ahora debo comenzar a pensar acerca de mí mismo, en mi vida, debo cuidarme, comer correctamente, hacer ejercicio e intentar vivir tanto como sea posible».

BIASE, V. (6) de DAYTOP Village, por el contrario, refiere que en dicha CT se aborda el problema de un modo específico, existiendo tres grupos que operan a diferentes niveles, aunque todos comparten

el mismo objetivo: **el ataque a la negación**, mecanismo de defensa más habitual en el toxicómano.

Existe en primer lugar un **grupo informativo**, de nivel introductorio, dirigido por una enfermera psiquiátrica y orientado a pacientes VIH (+) que, al menos, presentan un síntoma relacionado con la enfermedad. Tiene una finalidad educativa, persiguiendo, por otro lado, que los pacientes puedan manejar mejor la carga emocional asociada a la enfermedad. Se presentan claramente los riesgos de la infección e incluso se aborda directamente la posibilidad de muerte existente. Se reúne 2 ó 3 veces por semana y las respuestas de los pacientes van, desde la no colaboración, al desarrollo de trastornos ansiosos, consecuencia del fracaso de los mecanismos de defensa (negación).

En segundo lugar, para aquellos en que, tras el primer grupo presentan trastornos de ansiedad, hay un segundo grupo de cinco semanas de duración, coordinado por un médico y dirigido a analizar las ansiedades existenciales y la negación de las mismas. Se utilizan modelos habitualmente empleados para la aceptación de enfermedades terminales, a través de etapas sucesivas (Kübler-Ross). El objetivo es que el paciente consiga el control sobre la propia vida, reexaminando colectivamente las razones para vivir, planteándose ante el grupo, qué va a hacerse, qué objetivos existen para el resto de la vida.

Por último tras estos dos grupos existe un grupo de autoayuda, sin dirección profesional, con objetivos de recogida de información (a través de revistas, diarios, T.V.) y para la discusión de aspectos concretos relacionados con la enfermedad.

ALGUNAS CONCLUSIONES PROVISIONALES

La infección por VIH constituye un grave problema sanitario, tanto por su extensión como por sus consecuencias, que puede, en unos años, afectar a buena parte de la población atendida en las CCTT, siendo en bastantes ocasiones prioritario a la drogodependencia.

Apenas existen experiencias prácticas que indiquen qué abordaje u orientación están más indicados en la CT, lo que nos deja sin referentes respecto a cómo abordar el problema. Pronto habrá que responder a preguntas urgentes: ¿Cómo hacer efectivo el apoyo psicosocial a los afectados? ¿Cómo y dónde obtener ayudas económicas y sociales? ¿Cómo evitar que como consecuencia de la infección se agraven los problemas de reinserción social? ¿Cómo asesorar a familiares, esposos/as, compañeros/as? ¿Podrán seguir estableciéndose relaciones terapéuticas bajo la forma de un **contrato**, o los objetivos pasan más en la actualidad por conseguir la mejora y el mantenimiento de la salud de todos los drogodependientes y la "rehabilitación" de algunos?

Va a ser necesaria una mayor educación sanitaria de todos los profesionales que permita el correcto manejo de las distintas situaciones —no sólo médicas— que van a producirse. En este sentido, **resulta incomprendible que aún no se hayan impulsado, que sepamos, por parte de ninguna instancia oficial, programas de formación específicos para centros de drogodependientes**, tal y como vienen, desde hace tiempo, desarrollándose en varios países (22, 23).

¿Pueden profesionales que nunca han tenido que incorporar la presencia de la muerte a su trabajo cotidiano, pasar a atender —sin adiestramiento específico— a una «nueva» demanda que se caracteriza, entre otras cosas, por su letalidad? Con seguridad, esta nueva demanda va a determinar una importante sobrecarga a la frustración habitual que experimentan bastantes de los profesionales que atienden toxicómanos.

Nadie desconoce que la relación terapéutica con pacientes con una expectativa de vida limitada es muy difícil, no estando exenta de rechazos, por las implicaciones que tiene para los profesionales que los atienden: previsión de una próxima ruptura de la relación con el paciente; temor a sentirse «responsable» de su muerte; posibilidad de revivir pérdidas significativas ante-

riores; comprobación de que, al final, todo enfermo muere, lo que de alguna manera debilita y cuestiona el sentimiento de omnipotencia, la eficacia de la atención sanitaria y la justificación del ejercicio profesional. Por último, la muerte de los pacientes reenvía a considerar la propia (17) ¿Cómo no darse cuenta que estos aspectos hasta ahora inexistentes en el tratamiento de los drogodependientes van a resultar, en el futuro, cotidianos?

Muy posiblemente estamos aún lejos de conocer todas las implicaciones sanitarias y sociales de la infección por VIH en drogodependientes. De todas formas, a partir de ahora va a ser necesario que comencemos a pensar en que pueden cambiar muchas cosas, tanto en nosotros, como en los pacientes. Será conveniente, por ello, que más que nunca, sepamos estar atentos a las auténticas necesidades y demandas de los drogodependientes y seamos capaces de ver cómo podemos atenderlas en la forma más efectiva sin que interfieran nuestros condicionamientos ideológicos o morales. Algo así es lo que E. BARTON (5), en la comunicación que antes citábamos, apuntaba, jugando con la similaridad entre las palabras inglesas «cure» y «care». Quizás a partir de ahora en muchos pacientes, y ante la imposibilidad de «curarlos», no podamos hacer otra cosa que «cuidarlos». Comencemos, pues, en ese caso, a pensar cuáles son las formas más efectivas para proporcionarles estos cuidados.]

BIBLIOGRAFIA

- ADLER, M. W. Care for patients with HIV infection and AIDS. *Br. Med. J.*; 1987, 295; pp. 27-30.
- ANONIMO. El Patriarca: Dispuestos a acogerles. *Antitox*, 1987, 1; pp. 60.
- ANONIMO. Experimento piloto con metadona en Renania del Norte-Westfalia (Alemania Federal). *El Médico*, 9-10-87, pp. 82.
- ARENAS DOMINGUEZ, F. P. Modificaciones en la vía de administración de heroína en Sevilla. *Rev. Esp. de Drogodependencias*, 1988, 13 (1).
- BARTON, E. Approaches to treatment and coping with AIDS in a Therapeutic Community. Paper presented at the World Conference of TC's at Elkistuna, Sweden, 1986.
- BIASE, V. Psychotherapeutic Interventions for AIDS-related Issues within TC's. Paper presented at the 4th European Conference of TC's at Dublín, 1987.
- CAMPRUBI, J. SIDA. Prevalencia de la infección por VIH en ADVP: Situación actual y posibilidades de actuación. *Comunidad y Drogas*, 1986, 1; pp. 9-17.
- DALHSTROEM, G. How we meet the HTLV-III problems in our treatment center. Paper presented at the world Conference of TC's at Elkistuna. Sweden. 1986.
- DEGLON, J. P. *Le traitement à long terme des héroïnomanes par la méthadone*. Editions Médecine et Hygiène. Genève, 1982.
- DES JARLAIS, D. C. Current Programs to Prevent AIDS among Intravenous Drug users in New York City. Paper presented at the Jornadas sobre SIDA y Toxicomanías. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 19-20 Mayo, 1987.
- FORTEZA-REI, J. Comunicación personal.
- HECKMANN, M. W. Abstinence ou Maintenance? Raisons pour lesquelles aucun programme de distribution de méthadone n'a été mis en oeuvre en République Fédérale d'Allemagne. En: Conseil de l'Europe (1984). *Symposium sur la prise en charge des toxicomanes lourds*. Strasbourg. 151 págs.
- HENDERSON, D. K.; SAAH, A. J.; ZAK, B. J. Risk of nosocomial infection with HTLV-III/LAV in a large cohort of intensively exposed health care workers. *Ann. Int. Med.*, 1986, 104; pp. 644-7.
- HIRSCH, M.; WORMSER, G. P.; SCOOLEY, R. T. et al. Risk of nosocomial infection with HTLV-III. *N. Engl. J. Med.*, 1985, 312; pp. 1-4.