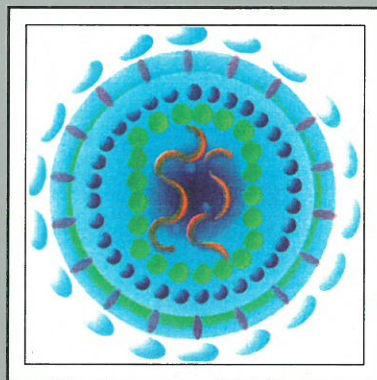


PUBLICACION OFICIAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
INTERDISCIPLINARIA DEL

S.I.D.A.

Volumen 8, Número 4
Abril 1997



***IV CONGRESO NACIONAL
SOBRE EL SIDA***

Valencia, 1, 2 y 3 de Abril de 1997

Organizado por:
***SOCIEDAD ESPAÑOLA INTERDISCIPLINARIA
DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA
ADQUIRIDA (SEISIDA)***

AFILIADA A LA INTERNACIONAL AIDS SOCIETY (IAS)

Patrocinado por:

GENERALITAT VALENCIANA
Conselleria de Sanitat
Dirección General de Salud Pública
&
Ajuntament de València

PROGRAMA Y RESÚMENES DE PONENCIAS

PUBLICACION OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA INTERDISCIPLINARIA DEL **S.I.D.A.**

Volumen 8, Número 4, Abril 1997.

COMITÉ DE REDACCIÓN

DIRECTOR

R. Nájera Morrondo

Subdirector

R. de Andrés Medina

Redactor jefe

J. González Lahoz

Redactores*

L. Medrano Soria

O. Tello Anchuela

R. Usieto Atondo

J. Verdejo Ortés

Secretaria de Redacción

P. Nájera Morrondo

CONSEJO EDITORIAL*

J. Alonso Gómez	J. M. Martínez Vázquez
M. Araujo Gallego	M.J. Mellado Peña
M.V. Armas Portela	T. Millán Rusillo
J. Atenza Fernández	A. Mirabet i Mullol
J.M. Barrera i Sala	J.M. Miró i Meda
G. Barrio Anta	B. Momprade López
C. Canosa Martínez	C. Moya García
J. Casabona i Bárbara	A. Muñoz Sanz
J. Casal Lombos	I. Nájera Vázquez de Parga
G. Clavero González	F. Nuño Palacios
C. Colomo Gómez	I. Ocaña Ribera
J. Colomer Sala	R. Ortiz de Lejarazu
G. Contreras Carrasco	J. J. Paredes i Carbonell
I. Cour Bóveda	J.D. Pedreira Andrade
E. Domingo Soláns	J. M. ^a Peña Sánchez de Rivera
T. Español Boren	L. Pérez Álvarez
P. Estébanez Estébanez	A. Peruga Urrea
E. Fernández-Cruz Pérez	D. Podzamczar Palter
R. Fernández Muñoz	R. Polo Rodríguez
L. de la Fuente de Hoz	E. Ródenas de la Rocha
J. M. Gatell i Artigas	J. Rovira i Fornos
L. González Barrios	C. Ruiz Cosín
A. González Molina	J. Sánchez Caro
D. Gurbindo Gutiérrez	A. Satrústregui Spinelli
T. Hernández Sampelayo	A. Segura i Benedicto
F. Laguna Cuesta	V. Soriano Vázquez
M. Leal Noval	X.A. Taboada Rodríguez
J.M. López Aldeguer	A. Toraño García
A. López Bravo	S. de Torres Sanahuja
C. López Galíndez	L. Valenciano Clavel
D. López-Gay	M. Weissenbacher
P. López de Muniaín	F. Zacarías

SEISIDA. JUNTA DIRECTIVA

Presidente: R. Nájera Morrondo

Vicepresidente: R. Usieto Atondo

Secretario: R. De Andrés Medina

Vicesecretario: D. Zulaica Aristi

Tesorero: J. González Lahoz

Vicetesorera: T. Pelayo Cortines

Vocales: C. Sanchis Piñol

P. Nájera Morrondo

F. J. Rodríguez-Piñero

B. Sarabia Heydrich

J. M. Gatell i Artigas

I. Herrera Calvet

SEISIDA. SOCIOS PROTECTORES

Pfizer

Glaxo Wellcome, S. A.

Pensa

Bristol-Myers SAE

Schering Plough

Rhône-Poulenc-Rorer

Productos Roche, S. A.

Laboratorios Serono, S. A.


Astra Ifesa, S. A.

Merck Sharp & Dohme de España, S. A.

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización por escrito del titular del copyright

Tarifa suscripción anual 7.000 ptas. IVA incluido
Ejemplar atrasado 750 ptas. IVA incluido

© Copyright 1997 Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA (SEISIDA)

Control voluntario de difusión realizado por 

Edita: Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA (SEISIDA)

Las opiniones expuestas en la sección

«Comentarios a la bibliografía internacional» no coinciden necesariamente con las del Comité de Redacción, Consejo Editorial y/o Junta Directiva de SEISIDA

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo como Soporte Válido: SV-90012-R
ISSN: 1130-1597
Depósito legal: M-13.585-1990

Publicación mensual con 10 números al año (bimestral los meses de julio-agosto y noviembre-diciembre)
Miembro de la Asociación de Prensa Profesional **APP**
Miembro de la Federación Internacional de la Prensa Periódica **FIPP**

Correos: calificación 13/02/91. Franqueo concertado 01/1283
Redacción y administración: IDEPSA
(Internacional de Ediciones y Publicaciones, S.A.)
Príncipe de Vergara, 112, 1.º F. Tel. 563 73 06. Fax: 563 23 93
28002 Madrid

* Por orden alfabético.

Así pues, la complementariedad y compatibilidad de programas en el contexto de un centro ambulatorio se debería garantizar a partir de:

- 1) La integración y normalización de los objetivos y estrategias de reducción de riesgos en la oferta global de los servicios.
- 2) La individualización de los tratamientos (objetivos, recursos...) y flexibilidad en el diseño y articulación de las estrategias terapéuticas.
- 3) La globalidad y calidad de los tratamientos frente a la progresiva medicalización y masificación a que en algunos casos se ven condenados.
- 4) La garantía de la continuidad y coherencia asistencial durante todo el proceso terapéutico.
- 5) La acción de posibilitar espacios de discusión, formación y supervisión en el seno de los equipos.

Finalmente, señalar que este proceso de cambio y transformación de nuestras prácticas asistenciales no puede quedar limitado en el interior de nuestras instituciones sino que requerirá también de nuestros equipos y de nuestros centros, una actitud abierta, de diálogo e intercambio con el resto de colectivos e instituciones presentes en la comunidad. Es decir, de *!trabajo comunitario!*

Objetivo: cuidarse (con drogas y sin drogas)

FO2.4 G. Roldán Inchusta.

Dirección del CT Haize-Gain.
Oiartzun, Guipúzcoa.

Cuando me refiero a cuidarse quiero señalar, sobre todo, el hecho de que la persona tome más conciencia de las limitaciones que tiene y las situaciones de riesgo a las que está expuesto, analizando los beneficios y los daños de tomar drogas y desarrollando capacidades que le permitan tener más recursos en relación con su conducta.

En este sentido, cuidarse va a ser diferente para cada persona y dependiendo del momento en el que se encuentre esa misma persona en distintos momentos de su vida. Cuál es la situación personal y en qué circunstancias se produce la drogodependencia y cuáles son las consecuencias de ella lo antepongo a la cuestión: tomo o no tomo drogas. Poniendo un ejemplo, nos encontramos con pacientes terminales de SIDA que llevan bastante tiempo tomando metadona y llevan una vida más o menos normalizada. En un momento se encuentran físicamente mal, hacen demanda en una Comunidad Terapéutica pretendiendo dejar la metadona y realizar un programa libre de drogas, me pregunto: ¿es oportuna esta demanda?, ¿cómo ayudarle a cuidarse mejor en este momento?

A veces, hay personas que no tienen conciencia de su situación de daño en relación con el consumo de drogas. Esto se hace más complejo con algunas personas que puede ser que no tengan intenciones de dejar de hacerse daño, aun siendo conscientes de su situación. Es bien conocida la capacidad destructiva de nosotros mismos en determi-

nadas situaciones y, en muchos casos, en el drogodependiente este aspecto es constatable.

En algunas personas, a un posible deterioro físico evidente, asociado a un consumo de drogas, puede añadirse un abandono social, emocional y baja autoestima que puede llevar a "situaciones límite" con grave riesgo para la vida. Nos encontramos en los servicios de atención a personas a las que les cuesta reconocer que tienen problemas o dificultades más allá de la droga, no tienen conciencia de enfermedad, o la tienen parcialmente, y los beneficios al hacer una demanda de tratamiento, en algunos casos, suelen ir más allá de la curación.

Lo importante es que la persona se cuide más, y aquí, es donde hay que empezar a trabajar, con humildad, aceptando las limitaciones propias de cada caso y abriendo vías que permitan mejorar la calidad de vida del paciente, adecuando los objetivos terapéuticos al momento en el que se encuentre. El hecho de tomar drogas es un aspecto más de nuestra atención, pero no el objetivo central de nuestro interés.

En la actualidad, en el estado español, ha cambiado la consideración del consumo de drogas y de los problemas derivados por parte de la sociedad. Hay un mayor reconocimiento de la realidad del consumo de determinadas sustancias (opiáceos, por ejemplo) y se han abierto vías para atender a estas personas que consumen estas drogas ilegales desde recursos normalizados. Es decir, se reconoce la necesidad de atender a estos sujetos, sin demonizar el consumo y perseguir la abstinencia. Pongamos un ejemplo. Un conocido eslogan de prevención de hace unos años: No a la droga, es hoy en día: habla con tu hijo, resaltado en un primer lugar aspectos de calidad en la comunicación, en la relación, dentro del núcleo familiar y sin especificar el tema droga. No es el único cambio, probablemente un síntoma de cómo han cambiado las cosas en los últimos años en el tema drogas. El "boom" de la heroína de los años 70 ha descendido.

El rápido desarrollo de los programas libres de drogas de los 80 se ha complementado en los 90 con los programas de reducción de daños. Ha influido en todo ello el SIDA, las reformas penales y judiciales, el cambio en los hábitos de consumo, el estilo y el decorado de las drogas. Muchas cosas de éstas han ido cambiando muy rápidamente en estos años y el fenómeno de drogodependencia como exponente es un ejemplo. Los profesionales nos hemos visto obligados a cambiar en nuestra visión de los tratamientos y creo, aunque a veces me cuesta verlo, que las instituciones de atención a drogodependientes también en general han evolucionado.

En muchos momentos de la génesis y el desarrollo de los programas de atención a drogodependientes, los programas libres de drogas y los programas de reducción de daños han aparecido como contrapuestos, incluso a veces enfrentados, y con connotaciones éticas distintas. Cito: "Los antecedentes de la reducción de daños se sitúan en el modelo sanitario científico, con raíces más profundas en el humanitarismo y el libertarismo. Por tanto, contrasta con la teoría de la abstinencia, que se arraiga más en el modelo punitivo de aplicación de la ley y en un paternalismo médico y religioso" (R. Newcombe, 1992). Estas separaciones que se han manifestado de modo maniqueo entre diferentes tendencias, han podido obedecer al desarrollo en compartimentos estancos del conocimiento en el ámbito de atención a drogodependientes los primeros años de su desarrollo, con pocos canales de comunicación co-

munes, por no pensar en otros muchos intereses. Esto podía ser así hace unos años, pero en mi opinión, la experiencia en el trabajo con drogodependientes de los últimos años nos ha llevado a planteamientos desde las dos partes más flexibles, y tanto los objetivos en los programas de reducción de daños y en los libres de drogas intentan en la práctica acercarse y complementarse. Por ejemplo, es usual en algunas comunidades terapéuticas ofrecer programas sociosanitarios para enseñar a reducir los daños en relación al consumo de drogas dentro de un programa de prevención de recaídas, o plantearse el ingreso de un paciente que está siendo atendido en un programa de mantenimiento de metadona. Por otro lado, en un programa de mantenimiento de metadona, dar apoyo psicológico a un paciente en una situación de crisis, incluso alentar cambios en su conducta o proponer un programa de abstinencia.

Hay un amplio y variado abanico de situaciones personales con relación a la droga que necesitan en ocasiones la atención de los profesionales y que comienzan con una petición de ayuda por parte del usuario. El trabajo con esta primera demanda permitirá el establecimiento de una relación terapéutica y una estrategia de intervención: "La primera demanda no es el objetivo último de la intervención, sólo un primer elemento fundamental que nos indica sobre qué y en qué sentido debemos actuar, diagnóstico de la situación: qué va mal, en qué orden y cómo arreglarlo y hasta donde" (Megias, 87).

Una cosa es que algo necesite ser cambiado, y otra diferente que quiera y pueda hacerse. Para ello debemos tener en cuenta: la voluntad del interesado y los elementos realidad que imponen su ley y sus limitaciones. Hablamos pues de objetivos personales para cada sujeto a cada situación y en referencia a un equipo terapéutico. Las necesidades de atención por parte de los usuarios a drogas es amplia y la problemática grave y de larga duración. Es bastante habitual que una persona drogodependiente tenga necesidades que deban ser atendidas por diferentes equipos de atención a lo largo de todo un proceso. El 65% de los usuarios que acceden a nuestro servicio habían recibido algún tipo de tratamiento anterior, la mayoría tratamientos ambulatorios (30,7%), desintoxicaciones hospitalarias (19,9%), Proyecto Hombre (8,4%), Patriarca (5,4%), Naltrexona (4,8%), otra Comunidad Terapéutica (3,6%), PMM (3,1%) y Tilitrate (3%).

Y un 45% de las personas atendidas accedieron a otro tratamiento posterior a Haize-Gain (con una media de dos tratamientos cada uno de ellos), siendo el más frecuente el ambulatorio (33,3%), pero muy seguido de otra Comunidad Terapéutica (24,1%), y a mayor distancia de Naltrexona (16,7%), desintoxicación (12,9%), Proyecto Hombre (9,3%), y PMM (3,7%) (Comas, García, Roldán, 1996). Llegados a este punto parece obvia la complementación de objetivos, con uno primero, el de cuidarse.

En mi experiencia, me he encontrado con un grupo de pacientes (consumidores crónicos de recursos) en los que la permanencia en una situación de control parece ser su estilo o proyecto de vida. El tratamiento no empieza ni termina en una Comunidad Terapéutica y "el alta no es una valoración de que alguien esté en condiciones de arreglárselas solo, sino lograr que se sienta capaz de arreglárselas acompañado" (O'Donnell, 96).

Cada vez más entiendo el programa de Comunidad Terapéutica como un recurso desde donde poder trabajar con esta primera demanda del paciente (que pueda ser o no fi-

nalista), por ejemplo, quiero estar un tiempo sin consumir, desde donde la persona pueda conectar con sus deseos, necesidades y limitaciones dentro de un contexto grupal pero atendiendo su individualidad. Esta base permite el trabajo con el equipo terapéutico y orienta el tratamiento y el seguimiento futuro, complementándolo con otros servicios de atención. La persona en términos generales tiene más conciencia de qué quiere y cómo lo quiere, un importante paso para cuidarse y poder elegir lo que desea hacer con su vida.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Comas D, García E, Roldán G. Políticas sobre drogas a partir de los resultados de un estudio longitudinal retrospectivo de adictos a la heroína (1982-1992). *Revista Ediciones-1996*; 8(1).
- Megias E. Indicación terapéutica en drogodependencias. *Revista Comunidad y Drogas. PNSD 1987*; 4.
- O'Hare R, Newcombe, et al. La reducción de daños relacionados con las drogas. *Grup Igia 1995*.
- O'Donnell P. Teoría y práctica de psicoterapia grupal. *Amorrortu Editores*.

¿Abstinencia?: no, gracias (cuando la salud no es lo primero)

FO2.5 J. Cancelo Martínez.

Dirección del Programa de Drogodependencias Alborada, ACLAD. Vigo, Pontevedra.

Con este título pretendemos ilustrar una realidad que se observa en el trabajo diario con pacientes drogodependientes seropositivos y/o enfermos de SIDA, y es la incapacidad de muchos de ellos para mantenerse abstinentes a pesar de estar incluidos en programas de mantenimiento con metadona. Se supone que cuando a las personas se les diagnostica alguna enfermedad seria deberían, a partir de ese momento, cuidarse al máximo y seguir las indicaciones médicas lo más fielmente posible. En el caso del SIDA esto no es estrictamente así: la abstinencia no tiene por qué formar parte de los objetivos prioritarios del sujeto. Para algunos porque no creen que su salud se vea perjudicada por consumir drogas y para otros porque las drogas les permiten soportar mejor las sensaciones físicas y psicológicas de la ausencia de salud. Qué hacer, es algo que debatimos constantemente en equipo, puesto que hemos comprobado que ni las posturas sancionadoras ni las tolerantes parecen resolver el problema. En diferentes ocasiones hemos realizado estudios transversales sobre la incidencia del consumo de sustancias, como la heroína y la cocaína, entre los usuarios del programa de metadona de la Unidad Asistencial de Drogodependencias Alborada. Pues bien, en el último de ellos nos encontramos con que la orina de 78 de los 256 pacientes que componen el programa es positiva a opiáceos. Es decir, que aproximadamente un 30% de ellos consumen heroína a pesar de los esfuerzos terapéuticos para favorecer la abstinencia.