

MANUAL PARA LA ATENCIÓN Y MANEJO INTEGRAL DE LOS USUARIOS DE DROGAS VIVIENDO CON VIH/SIDA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

MANUAL PARA LA ATENCIÓN Y MANEJO INTEGRAL DE LOS USUARIOS DE DROGAS VIVIENDO CON VIH/SIDA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



**Organización
Panamericana
de la Salud**

*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington D.C. 20037

www.paho.org

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud
Manual para la atención y manejo integral de los usuarios de drogas viviendo con VIH/SIDA en América
Latina y el Caribe.
Washington, D.C: OPS, © 2006.

ISBN 92 75 32675 4

I. Título

1. DROGAS ILÍCITAS
 2. TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS
 3. SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA
 4. INFECCIONES OPORTUNISTAS RELACIONADAS CON SIDA
- NLM WM 270

© Organización Panamericana de la Salud, agosto de 2006

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes deberán dirigirse a la Unidad de Enfermedades Transmisibles, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

Pan American Health Organization
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C., 20037

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

Las opiniones expresadas en esta obra por autores cuyo nombre se cita son de la responsabilidad exclusiva de dichos autores.

AGRADECIMIENTOS	V
INTRODUCCIÓN	1
Usuarios de drogas viviendo con VIH/SIDA	1
Aspectos éticos	2
Riesgo y vulnerabilidad	3
Tratamiento del SIDA	3
La cuestión de la salud mental	6
CAPÍTULO I - ADHERENCIA A LA TERAPIA ANTIRETROVIRAL (ARV)	
DE LOS PACIENTES VIH (+) USUARIOS DE DROGAS	7
Introducción: el concepto de adherencia	7
Cierta grado de no adherencia es universal	7
Factores relacionados que facilitan la adherencia	8
Factores relacionados a la efectividad de las intervenciones	9
Programas integrados	9
Factores de riesgo para la no adherencia:	9
Posibles consecuencias de la baja adherencia:	10
Medidas de adherencia	11
El servicio de salud	12
Los pacientes necesitan ser apoyados, no culpados	13
Reducción de daños	13
CAPÍTULO II - COINFECCIONES MÁS FRECUENTES ENTRE PERSONAS VIVIENDO	
CON VIH (+) USUARIOS DE DROGAS INTRAVENOSAS	15
Coinfección VIH/Tuberculosis	15
Hepatitis	15
Infecciones de Transmisión Sexual - ITS	17

CAPÍTULO III - SALUD MENTAL, DEPENDENCIA A DROGAS Y VIH/SIDA	19
Evaluación y diagnóstico de trastornos mentales	19
Criterios diagnósticos para el uso nocivo de sustancias psicoactivas	19
El concepto de dependencia	20
Síndrome de abstinencia por sustancias psicoactivas	21
Trastornos mentales más frecuentes en pacientes VIH (+)	21
Trastornos mentales asociados al VIH/SIDA	22
CAPÍTULO IV - PRINCIPIOS PARA LOS SERVICIOS QUE ATIENDEN USUARIOS DE DROGAS VIVIENDO CON VIH	25
Políticas de Salud Colectiva: el papel de los servicios	25
Políticas de atención a usuarios de alcohol y otras drogas	25
CONCLUSIÓN	31
BIBLIOGRAFÍA	33

AGRADECIMIENTOS

Esta guía fue escrita por Mónica Malta, Francisco Inácio Bastos y Helena Lima, con la colaboración de Maristela G. Monteiro y Maria José Bravo. El manuscrito fue revisado por Louis Glicksman, Raquel Magri, Ana Lia Kornblit, Waleska Teixeira Caiaffa, Mariano Montenegro, Inés Elvira Mejía, Jordi Casabona, Miguel Casas Brugué, Laura Rios, Laura Krech, Ricardo Camacho, Carlos Magis, Leonardo Costa, María Luz Osimani, Mercedes Weisembacher, Rafael Mazín, Marcelo Vila, Marcelo Cruz y Flavio Pechansky.

La OPS agradece el apoyo financiero del Ministerio de Salud y Consumo de España y la Agencia Española de Cooperación Internacional para la preparación y confección de la misma.

Este Manual fue producido a través de la colaboración de las unidades de VIH/SIDA y Alcohol y Abuso de Sustancias de la Organización Panamericana de la Salud.

Abril, 2006.

INTRODUCCIÓN

Este Manual tiene como objetivo presentarles a los profesionales de la salud de América Latina y El Caribe algunas directrices y sugerencias para trabajar con pacientes VIH (+) o con SIDA, usuarios de drogas. Incluye los fundamentos teóricos para abordar la reducción de daños, articulando el tratamiento del SIDA a las cuestiones de salud mental, en especial al fenómeno de la dependencia de sustancias psicoactivas. También presenta informaciones sucintas sobre las infecciones secundarias más comunes en pacientes con SIDA, como la Tuberculosis, Hepatitis e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

El objetivo principal es educar a los profesionales de la salud, médicos y paramédicos sobre las principales cuestiones contemporáneas en el manejo de los usuarios de drogas con VIH/SIDA y sobre los servicios públicos de salud necesarios para atender ese grupo tan vulnerable.

Los pacientes usuarios de drogas en general despiertan reacciones negativas en los equipos de salud que tienden a descalificarlos moralmente y a ofrecerles servicios de calidad inferior de los que le otorgarían a un no usuario.

Es hora de ampliar los horizontes y proporcionarles atención integral, humanizada y del más alto nivel posible a todo tipo de pacientes.

Usuarios de drogas viviendo con VIH/SIDA

El paciente con VIH/SIDA usuario de drogas intravenosa presenta las mismas angustias y temores que otros pacientes no usuarios de drogas: gravedad de las infecciones secundarias, posibilidad de control o no, apariencia personal, destino de las relaciones interpersonales y profesionales, entre otras.

En términos generales, en función del tipo de droga utilizada y la cantidad y tiempo de uso, el organismo puede estar más debilitado que el de los no usuarios, con reflejos en la terapéutica y en la rutina del tratamiento. Es fundamental que el profesional de la salud esté atento para permitirle al usuario hablar sobre su condición sin ser juzgado o castigado por la misma – y en ese sentido, la capacitación en la estrategia de prevención para reducir daños¹ es muy importante, por cuanto se trata de una nueva alternativa al servicio de

¹ La prevención para reducir daños es cualquier programa o política destinado a reducir el daño relacionado al uso de drogas, sin solicitar abstinencia o reducción de su uso. Las intervenciones pueden ser dirigidas al individuo, familia, comunidad o sociedad.

los profesionales de la salud. Cuando el profesional exige la abstinencia inmediata del uso de drogas, en contraposición al inicio de la terapia antiretroviral, si el paciente fuera asintomático o tuviera pocos síntomas, él probablemente abandonará la terapia y no la droga (Brasil, 2000).

Cuando el paciente no logra o no quiere dejar de usar drogas, muchas veces el profesional de la salud responsable se siente frustrado y angustiado, traduciendo esos sentimientos en rechazo e impaciencia. No siempre hay servicios disponibles para atender a los dependientes de drogas, ni profesionales debidamente actualizados de forma consistente y permanente acerca de los reales maleficios de las interacciones medicamento-sustancias psicoactivas. La casi inexistencia de programas preventivos y terapéuticos adecuados a las necesidades de las personas que usan drogas, que no estén dirigidos exclusivamente a la abstinencia, acaban facilitando la diseminación del VIH y otros patógenos de transmisión sexual y sanguínea, puesto que los usuarios de drogas VIH (+) que no se adaptan a los tratamientos dirigidos exclusivamente a la abstinencia tenderán a abandonar el tratamiento y al no recibir consejería abreviada e intervenciones adecuadas, podrán volver a adoptar comportamientos menos seguros (Ej.: sexo sin protección, compartir jeringas).

Esos pacientes también tienen, con frecuencia, dificultades para tener acceso a los beneficios que ofrecen los servicios de salud y en muchos casos, al utilizarlos, no reciben una respuesta a la altura de la complejidad de sus casos clínicos.

En esta guía, la prevención para reducir daños, más allá del colocar a disposición de los usuarios de drogas intravenosas los insumos necesarios, es una herramienta útil e importante para tener acceso a ellos y facilitarles su vinculación a los servicios públicos. Además permite formar una red social capaz de auxiliarles para que, de hecho, cada paciente logre internalizar su real condición y desarrollar un plan de tratamiento eficaz – ayudándose a sí mismo y permitiendo que los indicadores de salud mejoren.

Aspectos éticos

La norma para tratar las cuestiones éticas tiene como base el principio de *no perjudicar*, en que las conductas de los profesionales y equipos son monitoreadas para garantizar y asegurar la confidencialidad, el anonimato y el no cometer represalias contra el paciente, en virtud de su tratamiento.

Lo primero es garantizar la **confidencialidad**: tanto el usuario de drogas ilícitas como el paciente VIH (+) no quieren que su diagnóstico sea divulgado, una vez que pueden ser estigmatizados. Diversos estudios señalan que el estigma – tanto relacionado al status de HIV (+) como al consumo de drogas – puede representar una importante barrera para identificar y tratar a esta población (Vlahov & Celentano, 2006; McKinney & Marco-ni, 2002; Cohn, 2002; Celentano *et al.*, 2001; Knowlton *et al.*, 2001). El establecer normas claras de conducta acerca del secreto y privacidad puede aliviar la indecisión del paciente acerca de la búsqueda de atención y/o revelar su status relacionado al VIH y/o a la dependencia química.

Otro aspecto ético que debe ser considerado es el **respeto a las cuestiones culturales** que contribuye para establecer relaciones de confianza entre paciente y profesional de la salud, ayuda para mejorar su autoestima y valoriza el contexto de vida del paciente, lo que es determinante para su adherencia al tratamiento.

Fuente: http://www.camh.net/public_policy/harmreductionposition.html

Finalmente, el **respeto** al paciente – en todos los niveles, desde el serológico hasta el social más amplio – con el objetivo de mejorar las prácticas para aumentar la adherencia, garantía de ciudadanía y mejor calidad de vida. Esos son verdaderos desafíos ya que se trata de una clientela frecuentemente estigmatizada. Así siendo, es altamente recomendable que existan normas rigurosas y un monitoreo constante de los financiadores y gestores. El respeto incluye y presupone una *consejería abreviada*², con ausencia de juicios morales y con el objetivo claro de cuidar la salud del paciente de la mejor manera posible.

Riesgo y vulnerabilidad

Los conceptos de *vulnerabilidad* y *prevención de situaciones de riesgo* se entienden como resultados de un proceso gradual, producto del aumento en las pésimas condiciones en que viven muchas personas de los países de la región, lo que facilita la influencia negativa del medio, impidiendo que reaccionen satisfactoriamente frente a situaciones de crisis o adversidad.

Los comportamientos más vulnerables (tales como práctica sexual de riesgo, tráfico de drogas, vivienda irregular) están presentes en el estilo de vida de muchos usuarios de drogas, particularmente de cocaína (independientemente de la modalidad usada, sea aspirada, inhalada o inyectada).

En América Latina, los usuarios de drogas intravenosas, principalmente de cocaína, corren riesgos adicionales con relación al VIH/SIDA y demás infecciones de transmisión sexual o sanguínea, puesto que presentan un patrón de uso que con frecuencia incluye la utilización de agua contaminada (por ejemplo, agua de alcantarilla o equivalente) para diluir la droga, aplicándose inyecciones varias veces al día (patrón denominado "binges") y el compartir y reutilizar agujas y jeringas.

La interacción de los riesgos asociados a la actividad sexual y el uso de drogas coloca a estos usuarios en una condición más vulnerable frente al VIH/SIDA y otras infecciones, por lo que el *tratamiento* es un desafío de gran envergadura para los profesionales de la salud.

Tratamiento del SIDA

El abordaje clínico de la infección por VIH y sus complicaciones es bastante complejo. Con la llegada de la potente terapia antiretroviral, las manifestaciones clínicas de la infección por VIH se volvieron menos frecuentes y hubo una mejoría sustancial en el pronóstico y calidad de vida de los individuos infectados (Brasil, 2004).

La asistencia y el tratamiento de las personas viviendo con VIH/SIDA le han exigido al profesional de la salud:

- actualización constante;
- aplicación cotidiana de los principios de atención primaria, medicina de familia y abordaje de enfermedades crónicas;
- conocimiento básico con el objetivo de manejar las complicaciones asociadas a la infección por VIH.

La resistencia viral, la toxicidad de las drogas, la intensidad de los efectos colaterales y la necesidad de alta adherencia al tratamiento continúan siendo importantes barreras para el éxito de la terapia, a largo plazo.

Objetivo de la terapia ARV (antiretroviral): retardar la progresión de la inmunodeficiencia³ y/o restaurar, dentro de lo posible, la inmunidad, aumentando el tiempo y la calidad de vida de la persona infectada.

Cuando iniciar la terapia ARV

En primer lugar es importante resaltar que, en principio, no existe ningún motivo para negarle al usuario de drogas el acceso a la terapia antiretroviral basado sólo en su consumo o dependencia a las drogas. La decisión del profesional de la salud debe tener como base la evaluación objetiva del paciente, su motivación para iniciar y seguir la terapia de forma adecuada, tal como se evalúan todos los otros pacientes VIH (+). La opinión personal o juicios morales sobre el uso o dependencia de drogas no deben interferir en la decisión final de otorgarles o negarles ese tipo de tratamiento a tales pacientes.

Esa es una de las decisiones más importantes en el monitoreo del paciente con VIH, para evitar trastornos y fallas terapéuticas⁴. La terapia antiretroviral en individuos con infección por VIH no se constituye en una emergencia y no debe ser iniciada antes de que se realicen las correspondientes evaluaciones clínicas y de laboratorio, para determinar el grado de inmunodeficiencia que tiene el paciente, además del riesgo de progresión.

La falla terapéutica, principalmente por resistencia a las drogas, es un fenómeno esperado y un número creciente de pacientes inicia el tratamiento con alternativas muy limitadas, en lo que se refiere a la variedad de medicamentos ARV que los pacientes podrían utilizar.

Efectos colaterales son cada vez más frecuentes e intensos y muchas veces responsables por la interrupción parcial o total de la terapia e incluyen: neuropatías, hepatotoxicidad, pancreatitis, lipodistrofia, diabetes, dislipidemia, osteoporosis y acidosis láctica, entre otros.

Considerando siempre el conteo de linfocitos T-CD4 (+) como el principal marcador pronóstico, deben ser considerados otros factores para efectos de la toma de decisiones acerca del inicio de la terapia: conteo de la carga viral plasmática (que no debe, bajo ninguna circunstancia, ser verificada antes de cuatro semanas después de resolver cualquier infección interrecurrente o vacunación), la velocidad de la disminución de los linfocitos T-CD4 (+) y la co-morbilidad.

Muchas veces el usuario de drogas presenta dificultad para adoptar rutinas y olvida tomar sus remedios o deja los medicamentos para usar drogas. Estas situaciones deben ser abordadas con el paciente de forma que sean entendidas, para que puedan ser minimizadas. No todas las drogas presentan interacciones adversas a la terapia antiretroviral y cuando el paciente siente que está participando en su tratamiento de modo auténtico

3 Inmunodeficiencia provocada por el HIV: intensa y continua replicación viral en diversos compartimentos celulares y anatómicos, que deriva en la destrucción, disfunción de linfocitos T que expresan el antígeno de la membrana CD4 (linfocitos TCD4+) y de otras células del sistema inmunológico. La depleción progresiva provoca inmunodeficiencia, que en su forma más grave se manifiesta cuando surgen infecciones oportunistas y neoplasias, que caracterizan el síndrome. Así, la supresión máxima y continua de la replicación viral es deseable para reducir o revertir el daño inmunológico. BRASIL, Ministerio de la Salud. Secretaría de Vigilancia de la Salud. Programa Nacional de DST e AIDS. *Recomendações para Terapia anti-retroviral em Adultos e Adolescentes infectados por HIV*. Brasília: Ministério de Salud, 2004.

4 Falla terapéutica primaria: se estima que del 10 al 20% de los pacientes que inician el tratamiento no consiguen suprimir la viremia de forma satisfactoria luego de recibir algunos meses de terapia. Falla terapéutica secundaria: cerca del 20 al 50% de los pacientes que presentan buena respuesta inicial presentarán falla terapéutica después de un año de tratamiento. BRASIL, Ministerio de la Salud. Secretaría de Vigilancia de Salud. Programa Nacional de ITS y SIDA. *Recomendações para Terapia anti-retroviral em Adultos e Adolescentes infectados por HIV*. Brasília: Ministerio de Salud, 2004.

mejora su adherencia no tan sólo a los medicamentos, comprende su adherencia al servicio, a la institución y al equipo de salud que lo cuida.

Necesidades de los usuarios de drogas

El paciente usuario de drogas presenta una fragilidad especial, en lo que se refiere a su condición: el temor a hacerse exámenes, la “urgencia” de ser atendido, la frecuente impaciencia mientras aguarda ser atendido en las salas de espera y la dificultad para relatar con claridad los hechos en una secuencia cronológica lineal. El oír al paciente que está bajo su cuidado, exige del profesional una atención y paciencia adicional, considerando que la orientación temporal y espacial del paciente están generalmente alteradas. Ello significa que se espera que tal paciente presente cierta inquietud, la que puede ser controlada entregándole explicaciones acerca de cómo son los flujos habituales de la institución, los procedimientos paso a paso, además de ayudarlo para que se reorganice en el tiempo y el espacio.

En el caso de que el profesional, por limitaciones personales o técnicas, considere que no puede atender a los pacientes que están bajo el efecto de drogas, es importante que lo derive a otro profesional mejor preparado, pero siempre que sea posible no debe dejar de atenderlo. Con frecuencia, la calidad de la primera atención puede influir en el éxito de todo el tratamiento.

Entre las necesidades específicas de los usuarios de drogas, las más frecuentes e importantes son:

1. La necesidad de aceptación de su condición de usuario: o sea, si él estuviera en condiciones poco adecuadas de higiene y raciocinio, que no sea inmediatamente rechazado. Que el profesional tenga sensibilidad y logre escucharlo, acepte su presencia y lo atienda, a pesar de sus limitaciones. Eso no significa ser condescendiente o que haya pérdida de los límites; por el contrario: la aceptación auténtica contempla, de forma implícita, el *límite*, cuestión central del punto de vista psíquico en el tratamiento de la dependencia a las drogas. Que haya claridad al explicarle las rutinas: muchas veces el paciente puede sentirse perseguido e imaginar que determinada situación *sólo le ocurre a él y sólo le sucede porque es usuario de drogas*. Por lo tanto, si el profesional le explica como es el funcionamiento y la rutina de la institución, él se sentirá más tranquilo durante la realización de los exámenes, mientras espera las consultas y otros aspectos de orden institucional.
2. La necesidad de ser escuchado: aunque en los servicios públicos de salud haya siempre gran cantidad de pacientes y pocos profesionales disponibles, por lo que la atención a los pacientes, en general, es muy rápida, en el caso de los usuarios de drogas es de suma importancia que exista una *consejería abreviada*. El profesional que logre de hecho comprender al paciente en su universo – el uso de drogas – y realice un diagnóstico y consejería abreviada adecuados tendrá más oportunidades de conseguir su adherencia y una mejoría de su condición.

El profesional de la salud necesita indicarle al paciente, de forma clara, los horarios, la cantidad de comprimidos, grageas o cucharadas que debe tomar cada vez; la necesidad de restringir su alimentación para que sea lo más compatible posible con sus actividades diarias. También es fundamental que al paciente se le insiera en el servicio de salud y se le muestren todas las alternativas de atención, prevención de otras patologías (vacunación) y los tratamientos disponibles para tratar su dependencia a las drogas, si así él lo deseara.

La cuestión de la salud mental

Los servicios de atención de la salud mental todavía no están integrados o bien articulados a los de atención de las ITS y SIDA en la mayor parte de América Latina y El Caribe. Es un desafío adicional promover una atención integral del paciente respetando sus límites éticos, satisfaciendo las necesidades más urgentes, bien como que los profesionales de la salud responsables de su tratamiento consideren su realidad y su contexto de vida.

Por lo general, los pacientes con VIH/SIDA usuarios de drogas presentan buenos niveles de adherencia a los antiretrovirales cuando están vinculados a servicios que ofrecen atención integral – tratamiento para la dependencia química, apoyo y tratamiento de la salud mental, asistencia social y tratamiento del VIH/SIDA y otras enfermedades – mostrando una evidente mejoría de su estado de salud y de su calidad de vida como un todo (Agins et al., 2001, Martin et al., 2001, Knowlton et al., 2001, Clarke et al., 2002 y Broadhead et al., 2002).

Por lo tanto, para ofrecer un servicio de excelencia al paciente con VIH usuario de drogas, es imprescindible que exista articulación entre los servicios de salud mental y de atención básica, articulación que debe reflejarse en una atención multidisciplinaria, en la discusión supervisada de los casos y en el análisis de esquemas terapéuticos realistas y pertinentes con el estilo de vida del sujeto.

Gran parte de los usuarios de drogas presenta patologías psiquiátricas asociadas y la propia infección por VIH puede deteriorar las funciones cognitivas y provocar alteraciones de humor. Es así que el diagnóstico de la co-morbilidad psiquiátrica es un paso fundamental para estructurar un plan de tratamiento más adecuado a las necesidades de estos pacientes.

Este documento presenta más detalles sobre el vínculo entre salud mental y VIH/SIDA en el Capítulo III.

CAPÍTULO I

ADHERENCIA A LA TERAPIA ANTIRETROVIRAL (ARV) DE LOS PACIENTES VIH (+) USUARIOS DE DROGAS

Introducción: el concepto de adherencia

Este concepto implica la competencia y claridad del profesional de la salud para evaluar las condiciones mentales y el contexto de vida del paciente para que él sea capaz de discernir y participar en su tratamiento de la forma más activa posible, con un mínimo de interferencia en su rutina o, en el caso de ausencia completa de rutina, para establecer los parámetros iniciales para intervenir y adherir a las recomendaciones.

En principio, el concepto de adherencia se refiere al uso de medicamentos – con todo, comprende la adopción de diferentes actitudes y formas de interacción personal que van mucho más allá de las prescripciones. En términos técnicos, la adherencia puede ser definida como: “El grado en que el comportamiento de una persona – tal como tomar medicamentos, seguir una dieta y/o adoptar cambios en su estilo de vida – corresponde a las recomendaciones comentadas (y aceptadas) con un profesional de la salud⁵”.

La adherencia se hace extensiva también al comportamiento de la persona – ingesta de los medicamentos, seguir una dieta y/o realizar cambios en su estilo de vida – en conformidad con las recomendaciones dadas por el profesional de la salud.

La efectividad del tratamiento se determina por la eficacia del medicamento/terapia, por la extensión de la adherencia, así como por las características de la enfermedad y del paciente. Se consideran factores importantes para una buena adherencia: el cuanto comprende el paciente su condición, el proceso terapéutico que va a iniciar, los medicamentos y rutinas que deberá seguir y el curso de su enfermedad.

Cierto grado de no adherencia es universal

Estudios muestran que algún grado de no adherencia ocurre de forma universal, tanto en países ricos como en países pobres, inclusive cuando se trata de enfermedades que envuelven potenciales riesgos de vida (Remien et al., 2003; Chesney et al., 2000). Los pacientes tienen “momentos de no adherencia” y la historia de los que tienen buena adherencia es una historia de superación de dificultades (Brasil, 2000).

5 OMS, 2001 http://www.who.int/chronic_conditions/en/Section1.pdf

La adherencia tiene que ver con la aceptación de la enfermedad y el contexto sociocultural en que el diagnóstico le fue presentado al paciente. Hay estudios que demuestran que los pacientes sufren un estado de ansiedad y de alteración del humor, algunas veces intenso, al recibir el diagnóstico de VIH (+) o SIDA, aunque hayan recibido consejería pre y post test (Fitzgerald et al., 2004), lo que hace que no adhieran inmediatamente a la terapia.

La falta de adherencia puede manifestarse a través del simple hecho de no cumplir las prescripciones, por la falta de continuidad y fallas terapéuticas, por la interrupción total de la ingesta de medicamentos y prescripciones correlatas, o inclusive, a través de la ingesta excesiva y consecuente "sobredosis". El profesional de la salud debe estar atento a las diversas formas de no adherencia que, eventualmente se manifiesten y para poder ayudar al paciente a superar las dificultades.

Es importante destacar los perjuicios que la no adherencia provoca, tanto para el paciente, como para la historia clínica de la enfermedad y para la salud pública en general. La baja adherencia es uno de los problemas más graves del sistema de salud, transformando el mejor tratamiento disponible en ineficaz.

Es necesario considerar que los pacientes pueden frustrarse cuando sus opiniones acerca de las decisiones relativas a su tratamiento no son consideradas. Por ejemplo, pacientes que tienen poco poder de influencia a la hora de tomar decisiones, con frecuencia presentan más actitudes negativas frente a la terapia antiretroviral y presentan bajos niveles de adherencia (Webb et al., 2001). La adherencia mejora cuando se toman en cuenta las necesidades, preocupaciones y creencias personales de los pacientes y, dentro de lo posible, se realice una evaluación costo-beneficio del tratamiento (Horne & Weinman, 1999).

El aumento del grado de libertad del paciente o corresponsabilidad, implica establecer vínculos de poder de otro tipo, en que no haya una relación directa entre "orden" y "obediencia". El paciente es activo y comprende sus límites; el profesional de salud está alerta y busca unir su saber técnico científico a la realidad singular de cada paciente, respetando sus características socioeconómicas y culturales.

Factores relacionados que facilitan la adherencia

Varios factores están descritos como correlatos y indicadores de la adherencia, tales como:

1. Reconocer la complejidad y duración del tratamiento.
2. Carácter inter y multidisciplinario de la intervención – características del servicio de asistencia.
3. Abordaje cuidadoso del profesional de la salud durante el diagnóstico y la prescripción – relación entre profesional y paciente.
4. Capacidad de diálogo y negociación del profesional de la salud y del propio servicio que permita cierta flexibilidad en los horarios, plazos y fechas de las consultas y para retirar los medicamentos, según el caso.
5. Acceso a los medicamentos: costo, mecanismos expeditos, disponibilidad.
6. Dificultad para comprender el esquema terapéutico: ingesta de medicamentos – horarios, requisitos, relación con la alimentación (necesidad de ayuno; luego de alimentarse; ayuno prolongado).
7. Tipo de enfermedad: la forma como el paciente ve su estado y comprende su enfermedad.
8. Co-morbilidad conocida, medicada y controlada: en especial aquellas relativas a la salud mental.
9. Presencia o ausencia de síntomas: ante la ausencia de síntomas existe la tendencia a interrumpir la ingesta de los medicamentos.

10. Efectos colaterales de los medicamentos.
11. Condiciones sociodemográficas, condiciones de vida, alimentación y vivienda;
12. Apoyo de la familia y amigos.
13. Buena acogida y apoyo en el ambiente de trabajo, según sea el caso.
14. Adherencia del paciente no tan sólo al tratamiento médico, sino también al servicio de salud (Ej.: yendo a las consultas agendadas, los días y horarios correspondientes).

Factores relacionados a la efectividad de las intervenciones

- (1) Factores económicos y sociales – condición de vida del paciente.
- (2) Equipo de asistencia–capacitación, actualización, integración entre profesionales y servicios.
- (3) Factores relativos al sistema de salud – atención, flujo, plazos, acceso.
- (4) Terapias disponibles – acceso, restricciones y limitaciones, costo, complejidad.
- (5) Factores relativos a los pacientes – particularidades, concepciones religiosas o culturales, etc.

Programas integrados

Lo ideal sería que en las instituciones que tratan pacientes con VIH, usuarios de drogas o no, ofrecieran los siguientes servicios:

- Identificación, diagnóstico y tratamiento de disturbios mentales, incluyendo la dependencia a las drogas.
- Identificación, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, tuberculosis y hepatitis.
- Servicio de educación por pares, o sea, desarrollar acciones educativas que privilegien el abordar a los pacientes por otros pacientes, de jóvenes por otros jóvenes, etc.
- Protocolos específicos para farmacéuticos, enfermeras y paramédicos.
- Consejería individual y/o grupal.
- Monitoreo de los pacientes.
- Supervisión institucional.
- Supervisión técnica para los paramédicos.
- Servicios sociales.
- Grupos de apoyo para familiares y pacientes.
- Reuniones para tratar casos clínicos y las respectivas conductas a ser seguidas por el equipo de salud, en relación a determinados pacientes.

Es importante que los servicios estén integrados y no actúen de forma aislada, especialmente cuando sólo se ofrece parte de los servicios en un mismo local. En los países donde los profesionales de la salud están recargados de trabajo y existen grandes dificultades para realizar reuniones y actualizarse técnicamente, les corresponde a los gestores o autoridades la responsabilidad de fomentar políticas que garanticen la calidad de los servicios y de ofrecer la mejor atención posible a los usuarios, sin discriminar a nadie.

Factores de riesgo para la no adherencia:

1. Intervención unidimensional: foco exclusivo en la consulta médica.
2. Escolaridad inferior a cuatro años de estudios.
3. Ausencia de renta personal o pérdida del empleo.

4. Inicio del tratamiento mal conducido por el profesional de la salud: "descalificación" del paciente o de la enfermedad, comunicación inadecuada a la familia, etc.
5. Falta de claridad cuanto a las modalidades de atención en el servicio de salud: desconocimiento de las condiciones básicas de flujo en la unidad de atención.
6. Falta de medicamentos en la red de salud o falta de condiciones para adquirirlos.
7. Número elevado de comprimidos por día.
8. Estigma sobre la enfermedad.
9. Falta de apoyo psicológico.
10. Uso de drogas lícitas o ilícitas.
11. Disturbios mentales.
12. Deficiencia mental.
13. Dos o más de los factores antes mencionados, de forma concomitante.

Uso de drogas

Wood et al. (2004) describen un estudio con 1.422 pacientes, donde 359 (25,3%) eran usuarios de drogas intravenosas, antes de iniciar la terapia ARV. Luego de un año de inicio del tratamiento, el 30,3 % de los usuarios de drogas no intravenosas se habían encontrado con fallas terapéuticas, mientras que el 42,5 % de los usuarios de drogas intravenosas habían interrumpido el tratamiento. La historia del uso de drogas intravenosas está asociada a una discontinuidad o interrupción precoz de la terapia antiretroviral.

La supresión viral está asociada positivamente a altas dosis de medicamento antiretroviral y edad superior a 25 años; y se asocia negativamente al uso de drogas o alcohol durante los 30 días anteriores (Palepu et al., 2004).

Disturbios mentales

En un estudio reciente, Ingersoll (2004) evaluó a 120 adultos con VIH tomando antiretrovirales en términos de esquema terapéutico, los comportamientos que podrían facilitar la adherencia, la presencia de problemas mentales y los patrones de uso de sustancias psicoactivas. Otras investigaciones también mencionan la ansiedad, depresión y el uso crónico de sustancias psicoactivas como factores que predisponen a la no adherencia. Tanto la ansiedad como la depresión perjudican la adherencia del paciente, no sólo al tratamiento con medicamentos, sino también al tratamiento de la dependencia a las drogas, además de interferir en los vínculos familiares, provocando cambios en el estilo de vida y en otras condiciones relacionadas a una mayor adherencia a la terapia ARV.

Posibles consecuencias de la baja adherencia:

1. Aumento del riesgo de desarrollar resistencia a los ARV: en pacientes con VIH/SIDA, la resistencia a la terapia antiretroviral está relacionada a los bajos niveles de adherencia (Bangsberg et al., 2000). La adherencia baja o parcial, con niveles inferiores al 95% puede facilitar la replicación viral, la reducción de la tasa de supervivencia y la mutación de cepas resistentes de VIH (Patterson et al., 2000).
2. Recaídas: la baja adherencia continuada puede agravar el curso de la enfermedad y, eventualmente, incapacitar al paciente para responder al tratamiento (Weiden, 2002).
3. Aumento del riesgo de efecto-rebote: efectos adversos y daños potenciales pueden ocurrir cuando la ingesta de medicamentos se interrumpe bruscamente, sea de forma parcial o total. Un buen plan de adherencia es fundamental para que disminuyan las posibilidades de que el paciente sufra situaciones adversas como resultado de la interrupción o discontinuidad del tratamiento (Kaplan, 1997).

4. Aumento del riesgo de toxicidad: en el caso del uso excesivo o abuso de medicamentos (otro tipo de no adherencia) existe el riesgo de sobredosis de medicamentos o drogas con farmacodinamia acumulativa - son especialmente susceptibles los pacientes adultos mayores y los que sufren disturbios mentales (esquizofrenia, por ejemplo).
5. Aumento de la probabilidad de accidentes: la administración de diversos medicamentos exige cambios en el estilo de vida del paciente con el objetivo de evitar accidentes derivados del efecto colateral de ciertos remedios. Por ejemplo, medicamentos que exigen abstenerse de beber alcohol (Metronidazol) o tomar precauciones en el caso de choferes y operadores de máquinas (sedantes e hipnóticos).

Medidas de adherencia

Para que se pueda elaborar y monitorear un plan de tratamiento eficiente es necesario realizar una evaluación cuidadosa del comportamiento de cada paciente, principalmente de los comportamientos que puedan influir su adherencia al tratamiento. Tal evaluación permitirá también monitorear los cambios en los resultados y la posterior evaluación de la eficacia del régimen terapéutico recomendado.

No existe un "nivel oro" para medir la adherencia del paciente al tratamiento (Farmer, 1999). El profesional de la salud debe contar con varias estrategias para evaluar el paciente, una vez que el relato personal tiende a ser poco real y superestimado (Di Matteo & Di Nicola., 1982). Por ejemplo, pacientes que no toman los medicamentos correctamente tienden a describir su comportamiento como adecuado (Cramer & Mattson, 1991). Existen varias otras formas de evaluar la adherencia del paciente a la terapia, indicadas a continuación.

Cómputo de los comprimidos

El cómputo de los comprimidos, ya sea en las consultas o inclusive mediante el monitoreo electrónico de la tapa de los frascos que contienen los comprimidos y también por el control de planillas en las farmacias donde el remedio ha sido retirado, son métodos limitados que tienden a superestimar la adherencia, pues sólo registran que el paciente obtuvo los medicamentos (Cramer & Mattson, 1991). Sin embargo, estos métodos dependen de tecnología y de disponer un banco de datos con las farmacias, lo que puede ser inviable en varios países.

Marcadores biológicos

Las medidas bioquímicas, con marcadores no tóxicos adicionados a los medicamentos y su presencia en la sangre u orina, pueden mostrar si la ingesta fue reciente y en la dosis correcta. Esa estrategia puede estar influenciada por diversos factores biológicos individuales, como dieta, absorción y excreción (Vitolins et al., 2000).

Independientemente de la técnica de medida utilizada, es importante que el profesional sea capaz de definir un nivel óptimo de adherencia y utilizar esa medida al dialogar con el paciente. Algunos estudios usan como medida de adherencia para la terapia antiretroviral la utilización del 95% de los medicamentos prescritos, cuando se trata de inhibidores de proteasa (Ingersoll, 2004), sin embargo otros estudios utilizan como parámetro la ingesta del 80% de los medicamentos en los últimos tres días o en el último mes (Leite & Vasconcelos, 2003).

No hay consenso sobre estas definiciones que varían mucho en los diferentes estudios. Es por ello que es fundamental que las evaluaciones y comparaciones de los niveles de adherencia siempre consideren el método utilizado y el nivel en el cual la adherencia fue definida. A pesar de ser difícil construir curvas de dosis-respuesta en situaciones de vida real, donde la dosis, temporalidad y otras variables pueden ser diferentes de

las testadas en ensayos clínicos, ellas son necesarias – en especial para recordar que existen diferentes niveles de adherencia para diferentes terapias y que eso puede orientar la formulación de políticas.

En síntesis, las medidas de adherencia pueden generar sólo *estimativas* del comportamiento actual del paciente. Una medida considerada “buena” o de amplia cobertura, de forma que se pueda obtener una aproximación del comportamiento de la adherencia necesita considerar todos los factores descritos y las estrategias utilizadas deben tener referencias y parámetros objetivos de evaluación, con buena validez y confiabilidad (Nunnally & Bernstein, 1994).

El servicio de salud

Es necesario tener claridad sobre las medidas de evaluación y costo-beneficio de la adherencia y no adherencia en los servicios de salud, dado que la no adherencia puede ser responsable por un aumento significativo de la morbi-mortalidad. Para los profesionales de salud y gestores de políticas públicas es fundamental que se definan parámetros objetivos, que no haya sólo un control de los insumos, de tal forma que se promuevan mejoras efectivas de los indicadores de salud pública, con buenos resultados.

A continuación, algunos puntos importantes que deben ser considerados:

- si el servicio proveerá la atención necesaria durante todo el tratamiento;
- si existe una política de fomento a la educación del paciente (prevención secundaria) y consejería;
- si se comparten informaciones y actualizaciones científicas entre los profesionales y los pacientes;
- el nivel de comunicación y articulación política entre los pacientes.

Estudios realizados con usuarios de drogas intravenosas demuestran que la atención regular y estable está asociada a la aceptación de la terapia ARV y mejoría de la adherencia al tratamiento, inclusive entre pacientes con estilo de vida considerado caótico, sin ninguna rutina (Clarke et al., 2002).

Esos pacientes son muchas veces rechazados por los profesionales de los servicios de salud por razones morales, así como les sucede a los pacientes con historial de intentos de suicidio y aborto (Lima, 2002).

Para los efectos de los usuarios de drogas, en todos los países de América Latina y El Caribe es necesario realizar cambios políticos y estructurales significativos, incluyendo la capacitación de los profesionales de modo que actualicen sus conceptos sobre drogas y dependencia, articular los programas para atender a los dependientes, además de revisar las políticas sobre drogas que existan, creando mecanismos que faciliten el acceso de los pacientes a los tratamiento y cuidados de la salud.

Según Word y colaboradores (2004), en áreas urbanas con alta incidencia de VIH entre usuarios de drogas intravenosas, los servicios de asistencia a esas personas pueden aumentar significativamente sus indicadores de morbi-mortalidad, cuando no atienden a los pacientes con VIH usuarios de drogas.

Según Palepu y colaboradores (2004), los programas para tratar la dependencia química pueden ofrecerles una oportunidad a las personas viviendo con VIH (+) o SIDA para que reciban consejos y tratamiento, respectivamente, así como para abordar cuestiones relativas a su adherencia.

Los pacientes necesitan ser apoyados, no culpados

Es importante destacar que la cuestión de la adherencia es más compleja de lo que sólo la ingesta de medicamentos y que para realizar intervenciones eficaces hay que utilizar varias estrategias: grupos de autoayuda, grupos orientados por psicólogos, apoyo psicoterapéutico para pacientes y familiares. Estas son algunas de las medidas que ayudan a los pacientes a comprender su enfermedad y la importancia de su conducta para que haya un buen pronóstico.

En relación a los profesionales de la salud, sean médicos o paramédicos, está comenzado a intensificarse la supervisión técnica (para abordar aspectos relativos a las conductas y actualización profesional) e institucional (examinando las relaciones profesionales e interinstitucionales). Para ejecutar las actividades de supervisión técnica e institucional es necesario contar con el concurso de profesionales de gran experiencia y muy bien capacitados en condiciones de evaluar conductas y orientar acerca de la forma de abordar a los pacientes.

En relación a los pacientes usuarios de drogas, los médicos todavía tienden a exigir abstinencia inmediata desvinculada de un proceso terapéutico, sin considerar la dependencia como un problema crónico y recurrente. Tal exigencia cuando se la trata como un prerrequisito para tener acceso a la terapia ARV – muchas veces en nombre de una interacción farmacocinética entre drogas y remedios que puede no existir – podría resultar en el alejamiento del servicio de salud o en una mayor dificultad para seguir la terapia. Los profesionales deben entender que puede pasar bastante tiempo hasta que el paciente esté en condiciones de considerar la posibilidad de la abstinencia como uno de los objetivos de su propio tratamiento contra la dependencia.

Reducción de daños

La “reducción de daños” es una estrategia de salud pública preventiva que promueve una mayor integración entre los usuarios y servicios de salud, respetando los aspectos éticos y los derechos humanos, priorizando la manutención de la vida y permitiendo la reducción de las infecciones y las lesiones secundarias. El paciente debe tener la posibilidad de negociar su condición de dependiente sin ser juzgado ni descalificado moralmente, requisito fundamental para un buen plan de tratamiento o plan de adherencia. Esto implica un cambio de paradigma de los profesionales para que acepten a los pacientes en el nivel en que se encuentren con relación al consumo y dependencia de sustancias, sin exigir cambios inmediatos o profundos, no realistas o no aceptables por ellos.

Estudios han mostrado que usuarios de drogas VIH (+) pueden ser estimulados en el sentido de cambiar su conducta y de esta forma proteger a su(s) pareja(s) sexual(es) o para que dejen de inyectarse drogas para no contraer la infección (Rhodes et al., 1998; van Empelen et al., 2003). Las actividades en el ámbito de la prevención para reducir daños deben estar dirigidas no tan sólo a los usuarios individuales, sino también a sus parejas, redes sociales y comunidad en general.

La reducción de daños comprende la realización del llamado trabajo en terreno donde se realiza la búsqueda de usuarios de drogas, el que debe ser realizado por un agente de salud especialmente preparado. Por lo general se le capacita a un ex-usuario o usuario de drogas que conozca la comunidad de usuarios, sus códigos y particularidades, para que pueda accionar a otros usuarios y sus parejas, entregándoles informaciones y elementos para que comiencen a adoptar nuevos hábitos de uso, sin compartir jeringas y agujas y para que busquen atención en los servicios de salud.

Los componentes efectivos de un programa de prevención para reducir daños son:

- Prevención de la transmisión del VIH y otras enfermedades infecciosas.
- Exámenes y terapia para pacientes portadores del VIH.
- Vacunación contra hepatitis B y tétano.
- Acceso a preservativos.
- Educación para evitar compartir jeringas (por ejemplo, nunca reutilizar o compartir jeringas, agua o el equipo para preparar las drogas).
- Uso exclusivo de jeringas esterilizadas obtenidas en fuentes confiables (una farmacia o un programa de acceso a jeringas). Cuando lo anterior no sea posible, deben ser divulgadas técnicas de limpieza y desinfección. El agua sanitaria (o cloro sin diluir) es el desinfectante más eficaz en el caso de que no existan alternativas más seguras.
- Usar agua esterilizada para preparar las drogas o usar agua limpia de una fuente confiable.
- Usar una cuchara u otro instrumento nuevo o desinfectado para calentar la droga y un filtro nuevo (algodón) para prepararlas.
- Antes de la aplicación, limpiar la región donde será aplicada la inyección, con un algodón nuevo embebido en alcohol.
- Eliminar las jeringas en un lugar seguro después de usarlas solamente una vez.

En Brasil, el programa consiste en ofrecer insumos (el llamado 'kit para reducir daños' con jeringas desechables, hisopos, recipiente, agua destilada para diluir la droga, preservativos y folleto con instrucciones para inyectarse de forma más segura), además de actividades informativas y educativas, así como la estructuración de una red para cuidar y reinsertar en la sociedad a los usuarios.

El impacto de la adopción de estrategias de prevención para reducir daños entre los usuarios de drogas intravenosas en Brasil se tradujo en una disminución de la incidencia del VIH entre ellos (Mesquita et al., 2003). En varios servicios de salud, la excesiva demanda y el gran número de pacientes no permite que los médicos establezcan una relación de confianza que facilite una apertura inmediata, para conversar acerca de su condición de dependientes químicos. En estos casos, los servicios de psicología y asistencia social son decisivos porque pueden contribuir de forma significativa para evaluar la real condición de los pacientes y no quedarse sólo con lo que relatan en los contactos iniciales.

Uso de cocaína intranasal

Con relación al uso de cocaína por vía intranasal, todavía no está muy claro si el uso de esa forma es una forma independiente de transmisión, resultante de la absorción de la sangre contaminada por la mucosa nasal por el uso compartido de las 'bombillas o pajillas' usadas de forma colectiva.

CAPÍTULO II

COINFECCIONES MÁS FRECUENTES ENTRE PERSONAS VIVIENDO CON VIH (+) USUARIOS DE DROGAS INTRAVENOSAS

En este capítulo describimos sucintamente algunas de las infecciones más frecuentes entre los usuarios de drogas infectados con VIH. En otro Manual de la OPS (Bravo, 2004), se encuentran más informaciones sobre ésta y otras infecciones presentes en los usuarios de drogas intravenosas.

Coinfección VIH/Tuberculosis

La coinfección por VIH y tuberculosis (en adelante denominada TB) altera de forma importante el comportamiento clínico y la historia natural de ambas enfermedades que también pueden presentarse personas dependientes al alcohol y otras drogas, sean intravenosas o no. Cuando alguien contrae tuberculosis se observa una baja significativa del conteo de linfocitos T-CD4 (+) y un aumento en la replicación del VIH. Por lo tanto, la quimioprofilaxis, el diagnóstico y el tratamiento precoz son fundamentales para controlar la TB en pacientes coinfectados.

La Rifampicina es el componente fundamental para tratar la TB. Sin embargo, asociar la Rifampicina a ciertos Inhibidores de Transcriptasa Inversa no Análogo de Nucleosidio (NNRTI)⁷ y/o Inhibidores de Proteasa (IP) provoca interacción farmacológica en el sistema microsómico hepático, que puede reducir los niveles séricos antiretrovirales y aumentar el riesgo de falla terapéutica susceptible de crear resistencia al VIH.

Los esquemas alternativos para el tratamiento de la tuberculosis sin Rifampicina tienen eficacia terapéutica reducida, incluyen el uso de drogas menos activas, suelen ser más complejos, demandan el uso de inyectables y el tratamiento es más prolongado. Por lo tanto, para que no haya prejuicios para el paciente, se recomienda el uso de esquemas antituberculosis con Rifampicina y esquemas antiretrovirales con uso de drogas potentes, cuyo uso concomitante con Rifampicina no reduzca significativamente, los niveles séricos.

Hepatitis

Los usuarios de drogas intravenosas tienen más riesgo de contraer varias formas de hepatitis virales, particularmente la Hepatitis B, C y también la Hepatitis A. Los virus B y C pueden ser transmitidos a través del contacto sexual, reutilización de jeringas, vía transfusiones de sangre y verticalmente de la madre al feto. La Hepatitis A se transmite por contaminación de alimentos y contagio directo y está vinculada a malas condiciones sanitarias a las que se exponen algunas veces los usuarios de drogas intravenosas.

⁷ {USG} abreviatura inglesa en uso.

La Hepatitis B puede volverse crónica y provocar el desarrollo de cirrosis y carcinomas hepáticos. Muchos de los pacientes infectados no desarrollan hepatitis aguda; por lo tanto, es importante realizar el test para realizar el diagnóstico de laboratorio. El uso de marcadores biológicos en el monitoreo de los portadores crónicos puede prevenir brotes de hepatitis B. La identificación de las personas con infección crónica, diagnosticadas de forma precoz puede reducir la transmisión prolongada de la infección, sin contar que el tratamiento antiviral disminuye el riesgo de que evolucione para una cirrosis y carcinoma hepatocelular.

La vacunación contra la Hepatitis B en recién nacidos y menores de un año ya está implantada en varios países, tal como Brasil. Para reducir el contagio vía transmisión sexual en grupos de alto riesgo – profesionales del sexo, usuarios de drogas intravenosas, reclusos, hombres que hacen sexo con hombres – exigen campañas específicas para informar, aclarar y adoptar medidas de prevención y vacunación. Las mujeres embarazadas y las que están amamantando no tienen contraindicaciones para usar la vacuna.

La coinfección por el virus C (que causa la Hepatitis C, VHC) y VIH es relativamente frecuente entre los dependientes a drogas. La frecuencia de la infección por VHC en usuarios de drogas intravenosas en el mundo, varía de 50% a 90% y la incidencia es de 10% a 30% (Hagan & Des Jarlais, 2000); o sea, la hepatitis C cuando se relaciona al uso intravenoso de drogas es un problema más frecuente y geográficamente más homogéneo que la propia infección por VIH (Bravo, 2004).

Durante la década de los 90, al conocer mejor la dinámica viral y al adoptar test diagnósticos más sensibles y específicos, permitió conocer mejor la situación epidemiológica de la hepatitis causada por el virus C. Más del 90% de las infecciones evolucionan de forma asintomática (lo que impide detectar casos clínicos, identificados sólo en determinadas situaciones como donación de sangre, exámenes de rutina, etc.) y la mayoría se vuelve crónica, pero el sistema de notificación todavía tiene fallas y los test son caros, sin contar que no existe una vacuna contra la Hepatitis C.

La vacuna contra la Hepatitis A tiene alta inmunogenicidad, es segura y determina de 95% a 100% de seroconversión en individuos sanos. Es capaz de evitar el avance de la enfermedad durante episodios de brotes protegiendo también a los individuos que tengan contacto con el paciente infectado en su residencia. La inoculación es recomendada en grupos de alto riesgo: viajeros en zonas de media y alta incidencia, niños en áreas endémicas, hombres que hacen sexo con hombres, receptores de factores concentrados de coagulación, pacientes hepatopatas crónicos y usuarios de drogas intravenosas.

Interacciones Medicamentosas

Durante el tratamiento de la hepatopatía crónica, del punto de vista clínico, medicamentos como el Interferon Alfa y la Ribavirina pueden presentar interacciones medicamentosas importantes. El médico debe estar atento a posibles interacciones con otras drogas, inclusive los medicamentos no relacionados al tratamiento del VIH/SIDA y sus infecciones oportunistas asociadas.

Entre los antiretrovirales, la Didanosina (ddI) y la Zidovudina (ZDV) pueden presentar interacciones farmacológicas con el Interferón o la Ribavirina. Las repercusiones clínicas del uso concomitante de esas drogas, a la fecha, no están bien establecidas y no existe ninguna contraindicación para usarlas conjuntamente. Se recomienda el uso de otros antiretrovirales o, cuando eso no sea adecuado o posible, del punto de vista del control terapéutico del VIH, se debe realizar un monitoreo cuidadoso durante el tratamiento (Ej.: medir la dosis semanal o quincenal de los niveles de hemoglobina con ZDV y de amilasa con ddI). En el caso de que surjan enfermedades oportunistas graves, es necesario darles prioridad en desmedro del tratamiento contra la hepatitis.

Infecciones de Transmisión Sexual - ITS

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) como: herpes genital, clamidia, gonorrea, virus papiloma, sífilis y tricomonas son los problemas más comunes de salud pública en todo el mundo. En los últimos años, probablemente debido a la alta incidencia del SIDA, el trabajo con las otras ITS pasó a segundo plano, principalmente en lo que se refiere a vigilancia epidemiológica, capacitación de profesionales, actualización en términos de diagnósticos y terapias, disponibilidad y control de medicamentos y destaque en los medios de comunicación social, como si “el SIDA ‘incluyera’ las otras ITS.”

Considerando que la presencia de una úlcera genital aumenta hasta 18 veces el riesgo de infección por VIH, la prevención de las ITS es una forma de profilaxis del SIDA – desde el punto de vista orgánico, de las laceraciones inherentes que aumentan la exposición al virus, como por el hecho de estar expuestas a riesgos: si alguien se infectó con una ITS necesariamente significa que no tomó medidas para protegerse.

Según reza la literatura internacional, en todos los pacientes recién diagnosticados como portadores de VIH (+) es recomendable realizarles un examen clínico minucioso para detectar otras ITS. Luego de la primera consulta, es recomendable realizar una reevaluación anual (New York State Department of Health, 2000).

Atención de las ITS: agentes comunitarios de salud

Cada vez es más frecuente que los llamados agentes de salud realicen el diagnóstico y monitoreo de los casos de ITS, utilizando mecanismos que permiten establecer vínculos entre los servicios públicos y la comunidad. El objetivo de ese tipo de atención es tratar de brindar, en sólo una consulta: diagnóstico, tratamiento y consejería abreviada adecuados, utilizando fluxogramas específicos desarrollados y probados, instrumentos que ayudarán al profesional que realiza la atención para tomar las decisiones adecuadas.

Sea cual sea el sistema de salud local, es importante que esos profesionales sean capacitados y supervisados regularmente, para que puedan realizar una buena atención y aprovechen el espacio institucional para fortalecer (o iniciar) el vínculo entre el paciente y el servicio de salud.

Investigación de otras ITS

La asociación entre las diferentes ITS son frecuentes, destacándose, actualmente, la relación entre la presencia de ITS y el aumento del riesgo de infección por VIH.

Debe formar parte de la rutina, el seguir todos los pasos para obtener la historia clínica del paciente, el examen físico, la colecta de secreciones y material para realizar el diagnóstico etiológico, el ofrecer realizar el diagnóstico serológico anti VIH y la consejería abreviada. Sin embargo, es importante destacar que para realizar el examen para detectar los anticuerpos anti VIH, sólo puede hacerse si el profesional se siente capacitado para realizar la consejería abreviada pre y post test.

Confianza y juicio moral

Algunas veces es difícil abordar con los pacientes lo relacionado a las ITS porque envuelve prácticas de tipo muy íntimo. Así siendo, los profesionales necesitan tener claro los valores del paciente, así como sus propios valores. Si el paciente presenta una conducta que el profesional de la salud condena moralmente, habrá más probabilidades de que realice una atención menos comprometida y menos cuidadosa. Si se evalúan las propias ideas, se evita que se tengan actitudes prejuiciosas, que se emitan juicios de valor y que haya imposición de conductas a pesar de las eventuales diferencias, se podrá garantizar que haya diálogo.

El examen físico y la anamnesia del paciente y de su(s) contacto(s) sexual(es) deben ser los principales elementos para diagnosticar una ITS, considerando que en la mayoría de las ciudades hay dificultades para tener acceso inmediato a exámenes de laboratorio.

Es importante resaltar que para obtener informaciones fidedignas para una anamnesia consistente y precisa implica establecer una relación de confianza entre el profesional de la salud y el individuo que está siendo atendido.

En el contexto asistencial de las ITS y uso de drogas, el profesional de la salud debe reflexionar y pensar que las cuestiones sobre sexualidad, fidelidad, placer, falta de placer, violencia, concepto de riesgo, de enfermedad, de salud y otros, se presentan de las más diversas formas, en consonancia con la historia de cada uno de los interlocutores (paciente y profesional), su medio socioeconómico y personal. Si así no fuera, puede haber problemas como la omisión de informaciones necesarias para realizar el diagnóstico, minimizar la real gravedad de la enfermedad o maximizarla, causando, de esta forma, angustias innecesarias.

Derivaciones

Por lo general es fuera del ámbito de los servicios de salud que se busca atención para tratar las ITS: farmacéuticos, curanderos y diversos profesionales vinculados a la salud informal. Es por ello que, es fundamental que los profesionales del servicio de salud identifiquen esas personas y traten de establecer una articulación, ya sea ofreciendo capacitación técnica, sea orientándoles para que la atención sea integrada, siempre evitando enfrentamientos. Las relaciones de confianza son fundamentales para realizar un adecuado monitoreo.

En la atención de posibles casos de ITS, los profesionales de la salud deben realizar un examen clínico-genital minucioso que contemple: la búsqueda de otras ITS, educación para reducir riesgos, orientación sobre cuidados higiénicos, ofrecer el test anti VIH, consejería abreviada, estimular la adherencia al tratamiento, promover el uso de preservativos y convocar a la(s) pareja(s) sexual(es), además de notificar el caso. Siempre que sea posible deberá investigar y observar hallazgos que puedan ser indicios de otras enfermedades por medio de la inspección general, control de presión arterial, palpación de las mamas y toque rectal. La citología oncológica del cuello uterino deberá ser realizada cuando haya necesidad y efectuada en la segunda consulta de la paciente.

Usuarios de drogas intravenosas e ITS

Los usuarios que están comenzando a usar drogas intravenosas pueden tener una mayor tendencia a tener prácticas sexuales de riesgo, que los usuarios de drogas intravenosas que ya las usan por largos periodos (Des Jarlais et al., 1999). Por lo tanto, la educación para reducir daños es una estrategia fundamental para este grupo en particular, insistiendo en las prácticas más confiables para usar drogas y sexo seguro.

Diagnóstico de las ITS para usuarios de drogas

Es posible que haya resultados de test falso (+) para sífilis tanto en usuarios de drogas como en pacientes con VIH, HBV y HCV. En personas viviendo con VIH/SIDA, el test de anticuerpos para detectar sífilis (FTA antibody test) puede influir en el resultado con más frecuencia que en las personas no infectadas por VIH (Rolfs et al., 1990), por lo que, en estas situaciones, es aún más importante la consejería abreviada post-test (Capítulo IV de este Manual).

CAPÍTULO III

SALUD MENTAL, DEPENDENCIA A DROGAS Y VIH/SIDA

Evaluación y diagnóstico de trastornos mentales

La evaluación clínica y el correcto diagnóstico de los trastornos mentales, incluyendo aquellos vinculados al uso de sustancias psicoactivas⁸ deben considerar siempre el comportamiento del paciente *en el contexto en el cual este comportamiento ocurre*.

Una buena anamnesia puede indicar qué trastorno ocurrió inicialmente (o sea, si el uso de sustancias es secundario a otro trastorno mental o si lo precede), si el paciente se siente motivado para cambiar y para seguir tratamientos farmacológicos y si dispone de una red de apoyo familiar, social y terapéutico para lidiar con ese tipo de trastornos.

En otros casos, un trastorno psiquiátrico latente puede emerger en presencia de un factor desencadenante como el diagnóstico de VIH (+). Casos de esquizofrenia, trastorno bipolar y otras patologías, que irrumpen generalmente entre los 20 y 30 años de edad pueden iniciarse de forma concomitante o posterior al diagnóstico. Es imprescindible que haya monitoreo psiquiátrico con la finalidad de realizar una correcta prescripción y para analizar la interacción con otros medicamentos de la terapia antiretroviral.

Criterios diagnósticos para el uso nocivo de sustancias psicoactivas

Según la OMS (2006), el uso nocivo es "Patrón de consumo de cualquier sustancia psicoactiva que provoca daños a la salud. El perjuicio puede ser físico o mental. Generalmente, pero no siempre, el uso nocivo tiene consecuencias sociales adversas, sin embargo, las consecuencias sociales, por sí mismas, no son suficientes para justificar el diagnóstico de uso nocivo". La presencia del síndrome de abstinencia o dependencia (a continuación) excluye ese diagnóstico.

A continuación, se indican los criterios diagnósticos de la OMS para *uso nocivo* de sustancia psicoactiva (1993):

- A. Se sugiere el patrón de uso nocivo por la presencia de por lo menos uno de los siguientes criterios:
- (1) uso continuo a pesar de saber que tiene un problema persistente o recurrente de tipo social, ocupacional o físico causado o exacerbado por el uso de una sustancia psicoactiva;

⁸ Se trata de una sustancia que cuando se ingiere afecta los procesos mentales; por ejemplo, la cognición o el humor. Sustancia o droga psicoactiva son los términos más descriptivos y neutros para todas las clases de sustancias lícitas e ilícitas, de interés para las políticas sobre drogas (Bertolote, 2004).

- (2) Uso recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso usar drogas (por ejemplo, conducir vehículos en estado de intoxicación).
- B. Algunos síntomas de perturbación han persistido por lo menos durante un mes o han ocurrido repetidamente por un periodo mayor de tiempo.
- C. Atiende uno de los criterios anteriores y nunca atendió los criterios de dependencia a sustancia psicoactiva para esta sustancia.

El concepto de dependencia

La *dependencia* puede ser definida, "En términos generales, como el estado de necesidad o dependencia a alguna cosa o de alguien para sentirse apoyado, para funcionar o sobrevivir. Cuando se aplica al alcohol y otras drogas, el término implica en la necesidad de repetidas dosis de la droga para sentirse bien o para evitar sensaciones desagradables⁹". De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades - 10 (OMS, 2006) deben estar presentes, en cualquier momento durante el año anterior, por el menos tres de los siguientes seis criterios:

- 1) Evidencia de tolerancia, según la cual existe necesidad de dosis mayores de la sustancia psicoactiva para tener los efectos producidos, anteriormente, con dosis inferiores;
- 2) Un deseo fuerte o compulsivo de consumir la sustancia.
- 3) Abandono progresivo de otros placeres o intereses debido al consumo de sustancias psicoactivas, aumento del tiempo para conseguir o consumir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- 4) Estado de abstinencia fisiológica cuando el consumo se suspende o se reduce, demostrado por: síndrome de abstinencia característica; consumo de la misma sustancia (u otra muy semejante) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- 5) Dificultad para controlar el consumo de la sustancia en términos de inicio, fin o niveles de consumo.
- 6) Persistencia del consumo de sustancias a pesar de la presencia de pruebas evidentes de consecuencias claramente perjudiciales, tales como lesiones hepáticas causadas por el consumo excesivo de alcohol, humor deprimido como consecuencia de un gran consumo de sustancias o perturbación de las funciones cognitivas relacionada a la sustancia. Es fundamental realizar esfuerzos para determinar si el consumidor estaba realmente, o podría estar, consciente de la naturaleza y gravedad del daño.

Es de suma importancia evaluar la cantidad, frecuencia y modo de uso de las sustancias consumidas por el paciente (lícitas e ilícitas) para determinar si el consumo es de riesgo, si ya está causando problemas o si la persona es dependiente a una o más sustancias. Existen instrumentos estandarizados que facilitan esas evaluaciones (Ej., AUDIT y ASSIST disponibles en las siguientes páginas electrónicas:

http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf; http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/index.html.

La gravedad de la dependencia puede también ser evaluada por medio de otros instrumentos tales como el *Addiction Severity Index* (ASI - Índice de Gravedad de la Dependencia)¹⁰. Según la gravedad de la dependencia, las condiciones de vida de la persona, sus condiciones de salud general y mental, se puede ofrecer una variedad de servicios, desde la atención ambulatoria realizada por profesionales capacitados y grupos de

9 En el DSM-III-R (*American Psychiatric Association. 1987. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition, revised. Washington, DC*), la dependencia se define como un grupo de síntomas cognitivos, de comportamiento y psicológicos que indican que una persona tiene el control del uso de la sustancia psicoactiva perjudicado y continúa usándola a pesar de las consecuencias adversas. Es aproximadamente equivalente al *síndrome de dependencia de la CID-10*. (Bertolote, 1997).

auto-ayuda, hasta la internación hospitalaria o en alguna comunidad terapéutica por periodos más prolongados. El que haya o no estos servicios y su calidad puede variar de lugar a lugar y los profesionales deben conocer, por lo menos, cuál está disponible y si cumple las exigencias mínimas de calidad, bien como si tiene capacidad para tratar las demás patologías del paciente.

Las intervenciones breves en los servicios de atención primaria, especialmente para los casos de consumo excesivo de alcohol, son efectivas para grupos de riesgo, pero que todavía no están perjudicados o no son dependientes, las que pueden ser realizadas por profesionales capacitados.

Es importante recordar que muchos usuarios de drogas, infectados o no con VIH, cuando comparecen a los servicios de salud pueden no estar preparados para reducir o parar el consumo y los que aceptan la abstinencia con frecuencia recaen. Así, es fundamental la educación en reducción de daños, en especial para los que tienen otros comportamientos de riesgo y los que hacen uso de drogas intravenosas, la que debe ser parte de los servicios y ofrecidos a personas viviendo con VIH (+).

Síndrome de abstinencia por sustancias psicoactivas

En pacientes dependientes de drogas, es común que sufran síndrome de abstinencia si hubiera interrupción abrupta del uso de la sustancia. Dependiendo de la intensidad de las señales y síntomas, los pacientes pueden necesitar tratamiento farmacológico y ser internados (Ej., abstinencia alcohólica grave), pero en general la abstinencia puede ser bien controlada en servicios ambulatorios. El inicio y el curso del síndrome son limitados en términos de tiempo y están relacionados al tipo de sustancia y la dosis que estaba usando inmediatamente antes de la interrupción o de la reducción. Las señales y síntomas varían de una sustancia a otra y pueden ser confundidos con otros disturbios mentales, por lo tanto, el diagnóstico preciso es importante para tomar decisiones acerca de cómo lidiar con cada caso.

Más informaciones sobre las diferentes sustancias psicoactivas y alteraciones mentales relacionadas a su uso y sobre la abstinencia pueden ser encontradas en el libro "Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas" (OMS, 2005).

Trastornos mentales más frecuentes en pacientes VIH (+)

Los trastornos neurológicos y mentales tienen una estrecha relación con el VIH, pero son relegados con frecuencia cuando se planean e implementan intervenciones para tratar el SIDA. Los trastornos cognitivos, el abuso de sustancias y los trastornos de personalidad pueden influir de forma tal que pueden interferir en la adherencia al tratamiento.

Es importante tener en mente que pacientes viviendo con VIH (+) tienen elevados niveles de delirio, demencia¹¹, y trastornos psiquiátricos. Ello puede tener su origen en enfermedades mentales preexistentes (especial-

¹⁰ http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/addictionseverity/en/index

¹¹ La demencia puede ser definida como un "síndrome, generalmente crónico y progresivo, provocado por una patología encefálica en la que se verifican diversas deficiencias en las funciones corticales superiores que incluyen la memoria, pensamiento, orientación, comprensión, cálculo, capacidad de aprender, lenguaje y juicio; la conciencia no está afectada; las deficiencias cognitivas están acompañadas (y algunas veces precedidas) por deterioro del control emocional, de la conducta social o de la motivación". (Bertolote, 1997)

mente por el uso de alcohol y otras sustancias), efectos directos del VIH en el cerebro, infecciones oportunistas, neoplasias malignas y/o los efectos colaterales de los antiretrovirales y otros medicamentos usados para tratar a las personas con enfermedades relacionadas al VIH¹². El trabajo con esos pacientes requiere un diagnóstico preciso y muy cuidadoso.

Trastornos mentales asociados al VIH/SIDA

Entre el 38 y 73% de los pacientes portadores de VIH/SIDA tienen por lo menos un trastorno psiquiátrico en la vida (Gallego et al., 2000). Hasta el 20% de los pacientes infectados presenta síntomas psiquiátricos como primeras manifestaciones del SIDA (Stern et al., 2000).

El saber que es portador de VIH/SIDA, el estigma y la discriminación que el paciente sufre, con frecuencia pueden también provocarle trastornos mentales, tales como depresión o ansiedad.

Los trastornos mentales también pueden ser resultado de cambios neurológicos en la estructura física y química del sistema nervioso central, los que ocurren como resultado de la infección por VIH, por infecciones oportunistas o tratamientos relacionados (Stern et al., 2000).

Problemas que surgen debido a circunstancias de vida:

Individuos infectados por VIH enfrentan los mismos factores estresantes que sufren otros pacientes viviendo con enfermedades crónicas, tales como el malestar prolongado, el deterioro físico, la dependencia financiera y muerte. Además de ello, con frecuencia los pacientes viviendo con VIH tienen parejas infectadas, que pueden morir antes que ellos o pueden tener que enfrentar el rechazo de las parejas no infectadas. En la mayoría de los países existe un gran estigma social contra personas portadoras de VIH/SIDA y en los lugares que no disponen de una red de apoyo para los pacientes infectados, su situación se dificulta, aumentando las posibilidades de manifestar trastornos mentales (Gallego et al., 2000).

Desmoralización

La desmoralización resultante del estigma y la discriminación que algunas veces provoca el hecho de estar infectado por VIH/SIDA puede provocar síntomas de depresión, sentimientos de impotencia, pensamientos suicida y disturbios del sueño. Por lo general también afectan el estado psíquico del portador de VIH/SIDA, las actitudes negativas de parientes, profesionales de la salud y de la comunidad, lo que dificulta el acceso al tratamiento, su participación en el mismo, adherencia a los medicamentos y motivación para enfrentar una enfermedad crónica.

El estrés agudo es común en las personas portadoras de VIH (+) inmediatamente después del diagnóstico. Ese tipo de estrés puede provocar síntomas somáticos, pensamientos suicida y aumento del uso de sustancias psicoactivas (Gallego et al., 2000). La consejería abreviada después del test diagnóstico es fundamental para ofrecer apoyo y asistencia a las personas portadoras de VIH (+) con relación a sus alternativas y necesidades, tanto presentes como futuras.

Los disturbios del sueño también son comunes y pueden estar relacionados tanto a la propia infección como a la depresión, ansiedad o uso de sustancias psicoactivas (incluyendo el síndrome de abstinencia).

¹² La demencia relacionada a la infección por VIH puede ser reducida con la terapia antiretroviral. También, la presencia de cuadros demenciales en pacientes con cerca de los 30 años de edad se describe como siendo un efecto colateral de los medicamentos ARV.

Disturbios Neurológicos

Es posible que ocurran problemas neurológicos debido a la infección por VIH del sistema nervioso central (SNC) o como resultado de infecciones oportunistas (Armstrong et al., 1993). Hasta un 50% de los pacientes con SIDA presentan un cierto grado de deficiencia cognitiva. Otros autores muestran (Koutsilieri et al., 2002) que las alteraciones neuroquímicas resultantes de la infección por el virus pueden afectar la cognición de una forma negativa después de dos meses de contaminados (infección inicial).

En general, los disturbios neurológicos más frecuentes en las personas viviendo con HIV/AIDS son causados por lesiones cerebrales (Treisman et al., 2001), como por ejemplo: el Complejo de Demencia del SIDA (CDS), tumores e infecciones oportunistas como la tuberculosis y la criptococosis meníngea. Otras infecciones oportunistas comunes son: encefalitis toxoplásmica (la infección parasitaria más frecuente causadora de lesión cerebral), linfoma primario del sistema nervioso central, encefalitis por citomegalovirus, leucoencefalitis multifocal progresiva y meningitis tuberculosa (Mamidi et al., 2002).

El CDS ocurre en cerca del 20% de las personas viviendo con VIH (+) (Project Inform, 2002) y se caracteriza por una deficiencia acentuada del funcionamiento cognitivo, incluyendo la capacidad de observar, concentrarse, memorizar y la rapidez para procesar informaciones (Gallego et al., 2000).

La característica principal de la demencia por VIH/SIDA es el hecho de que este tipo específico de demencia es consecuencia directa de la infección por VIH y se caracteriza por el olvido, lentitud, problemas de concentración y dificultad para resolver problemas. También son comunes la apatía, el retraimiento social algunas veces acompañada de delirios o alucinaciones, los temblores, compromiso de los movimientos repetidos rápidos, desequilibrio, ataxia (falta de coordinación motora), hipertonía, hiperreflexia generalizada y problemas con los movimientos oculares para acompañamiento de la visión.

La demencia producto de la infección por VIH también puede ser producto de tumores del sistema nervioso central (como el linfoma primario y/o infecciones oportunistas como la toxoplasmosis, citomegalovirus, criptococosis, tuberculosis y sífilis). Pueden también estar presentes infecciones sistémicas como la neumonía y las neoplasias por *Pneumocystis carinii* (hoy denominada *Pneumocystis Jirovecii*) y/o sarcoma de Kaposi.

Según Boccellari et al. (1993), los cuadros de demencia y déficit cognitivo son más frecuentes en personas viviendo con VIH/SIDA inmunodeprimidas de forma grave. El conteo de células CD4 es un parámetro para evaluar el riesgo de un paciente de desarrollar demencia debido al VIH/SIDA; el cuadro demencial es más frecuente en pacientes con CD4 inferior a 200. La realización de pruebas neuropsicológicas específicas pueden establecer en qué etapa del cuadro demencial se encuentra el paciente, que permiten planificar mejor las acciones terapéuticas.

El VIH/SIDA también puede provocar trastornos del humor. La depresión es muchas veces adjetivada y confundida con "mala voluntad", "falta de amor", "falta de pareja", etc. El público tiene poca información sobre la depresión abordada como disturbio mental, que puede afectar a cualquier persona y para la cual existe tratamiento efectivo.

Treisman et al. (2001) calcularon que hasta el 60% de los pacientes portadores de VIH/SIDA sufre depresión grave en algún momento, frecuencia más que el doble de la población general (Ciesla & Roberts, 2001). El diagnóstico de la depresión puede ser complicado porque varios síntomas (Ej., fatiga, pérdida de peso, etc.) derivados de la supresión general del sistema inmunológico por VIH son similares a los que se presentan en la depresión grave.

Según Angelino & Treisman (2001), inclusive los pacientes sin historia familiar o personal de hipomanía¹³ pueden desarrollar un síndrome maniaco en las etapas más avanzadas de la infección por VIH. A "la manía" de este cuadro se le llama generalmente "SIDA-manía" (Whitefield et al., 1992). La manía se presenta generalmente como excitación intensa y puede variar desde la verborrea, agitación, hasta los delirios¹⁴ de grandeza y violencia (Lyketsos et al., 1997).

Un estudio realizado por Lyketsos y colaboradores (1993), tomando como base fichas médicas del servicio para pacientes viviendo con VIH/SIDA de la Universidad Johns Hopkins (USA), constató que el 8% de los pacientes portadores de SIDA presentaban cuadros maniacos, que pueden también ser causados por complicaciones relacionadas al uso indebido de sustancias (en especial cocaína y otros estimulantes).

Los pacientes también pueden alternar períodos de manía y depresión, una condición conocida como trastorno bipolar¹⁵. Para las personas portadoras de VIH/SIDA, la separación de la realidad o la psicosis, también puede ser resultante de la deficiencia del SNC y ocurre en las últimas etapas del SIDA, entre el 0,2% a 15% de los pacientes (Gallego et al., 2000). Se han relatado síntomas de psicosis en los pacientes infectados con SIDA incluyendo comportamientos extraños, delirios y alucinaciones (Stern et al., 2000).

Interacciones Medicamentosas

Existen varias interacciones entre los medicamentos psicotrópicos utilizados para tratar los disturbios mentales y los antiretrovirales. Para obtener informaciones más detalladas sobre las interacciones medicamentosas se recomienda la publicación "Salud Mental y VIH/SIDA" disponible en la página:

http://www.who.int/mental_health/resources/mh_VIH_SIDA/en/print.html

13 Hipomanía: trastorno caracterizado por una pequeña elevación, sin embargo persistente del humor, aumento de la vitalidad y de la actividad y generalmente, una notable sensación de bienestar y eficiencia física y mental. También se presentan con frecuencia aumento de la sociabilidad, locuacidad, familiaridad exagerada, aumento del vigor sexual y disminución de la necesidad de sueño, pero no al punto de molestar seriamente el desempeño ocupacional o que resulte en rechazo social. Los trastornos del humor y del comportamiento no están acompañados por delirios ni por alucinaciones. (Bertolote, 1997).

14 Delirio: síndrome orgánico cerebral agudo caracterizado por perturbaciones concomitantes de la consciencia, de la atención, de la percepción, de la orientación, del pensamiento, de la memoria, del comportamiento psicomotor, de las emociones y del ciclo sueño-vigilia. La duración varía de pocas horas a pocas semanas y la gravedad va de leve hasta muy grave (Bertolote, 2004).

15 Trastorno afectivo bipolar: trastorno caracterizado por dos o más episodios en los cuales los niveles de humor y de la actividad del paciente están significativamente perturbados. Esta perturbación consiste, en algunas ocasiones, en una exaltación del humor y un aumento de energía y actividad y, en otras, en una disminución del humor o debilitamiento de la energía y de la actividad (Bertolote, 1997).

CAPÍTULO IV

PRINCIPIOS PARA LOS SERVICIOS QUE ATIENDEN USUARIOS DE DROGAS VIVIENDO CON VIH

Políticas de Salud Colectiva: el papel de los servicios

La salud colectiva, o sea, aquella dirigida a toda la población, debe enfatizar la atención *universal, humanizada e integrada*. Existe también el sistema de Salud Complementaria, compuesto por los convenios médicos privados. Cada país tiene su política de salud articulada a los demás sectores de la estructura de gobierno y es fundamental que los profesionales de la salud comprendan el marco político de su accionar, sus directrices políticas y la amplitud de la intervención que ellos realizan.

Por lo tanto, la integración de los servicios de atención para pacientes viviendo con VIH/SIDA y el tratamiento de la dependencia a drogas es imprescindible para que los pacientes portadores de VIH/SIDA usuarios de drogas intravenosas sean atendidos de forma efectiva. Para esto se debe dar especial atención a la capacitación de los profesionales (que debe estar prevista en el presupuesto), a la formulación de una política pública que incorpore las propuestas y la definición, en las esferas competentes, de recursos financieros para la salud pública.

Los servicios de salud mejor preparados son aquellos que tienen en su cuadro de funcionarios personas con capacidad de escuchar, paciencia y condiciones para que no limiten su forma de intervenir a prescripciones de orden inmediata. En términos de estructura, una referencia importante es la red a la que pertenece aquel servicio, que permita cierta movilidad al paciente, que tenga algún tipo de apoyo social de instituciones asociadas, ONG y que tenga proyectos ya implementados.

Políticas de atención a usuarios de alcohol y otras drogas

Es importante comprender y/o definir, en cada país, cuáles son los órganos públicos responsables por la llamada "cuestión de las drogas", en los diferentes niveles del gobierno.

A partir de esta definición, ¿Cuáles son las políticas que sustentan y orientan las acciones? ¿Cuáles son sus principios teóricos y sus responsables? Es imprescindible que las políticas públicas no prohíban el tratamiento o la atención al usuario de drogas intravenosas o que comprometan el acceso, la calidad y la extensión del tratamiento que se les ofrece.

Consejería abreviada

La consejería abreviada se entiende como "un proceso de escucha activa individualizada y centrada en el cliente. Supone la capacidad de establecer una relación de confianza entre los interlocutores, con el propósito de rescatar los recursos internos del cliente para que él mismo tenga la posibilidad de reconocerse como sujeto de su propia salud y transformación" (Brasil, 1998).

A la consejería abreviada se la considera un instrumento importante para quebrar la cadena de transmisión de las ITS, ayuda al paciente a comprender la relación que existe entre su comportamiento y el problema de salud que presenta y también a reconocer los recursos de que dispone para cuidar su salud y evitar nuevas infecciones.

Ello supone que el profesional de la salud reconozca que el éxito a ser logrado depende de la acción conjunta de ambos (profesional y paciente). Implica, por lo tanto, la participación activa del paciente en el proceso terapéutico y en estimular un diálogo:

- por un lado está el profesional con su saber técnico científico, creencias, valores y sus posibilidades y limitaciones para manejar/conducir cada caso, y
- por otro lado está el paciente con su saber, creencias, valores y sus posibilidades y limitaciones para adoptar medidas preventivas y seguir las prescripciones médicas.

Objetivos de la consejería abreviada

En la medida en que en la consejería abreviada se identifica y acoge la "demanda" del paciente - demanda entendida como sus necesidades, dudas, preocupaciones, miedos, angustias, etc., todas ellas relacionadas a su problema de salud - es posible desarrollar una relación de confianza y promover apoyo emocional. De esa forma, el nivel de estrés del paciente se reduce, permitiéndole alcanzar los siguientes objetivos:

- Intercambiar informaciones sobre las ITS, VIH y SIDA, sus formas de transmisión, prevención y tratamiento;
- realizar una evaluación de riesgos que le permita comprender/tomar conciencia de los riesgos personales de infección de la actual ITS y para el VIH;
- identificar los límites y posibilidades que existen para que adopte medidas preventivas, estimulando el cuidado de sí mismo y su(s) pareja(s);
- promover su adherencia al tratamiento;
- promover la comunicación y tratamiento de la(s) pareja(s) sexual(es) del paciente.

Consejería abreviada individual y en grupo

La consejería abreviada puede realizarse tanto en grupo como individualmente. Cuando se realiza de forma colectiva, las temas comunes enunciadas por los participantes deben orientar el contenido a ser tratado. En este sentido, es fundamental identificar la demanda del grupo.

En grupo, las personas tienen la oportunidad de redimensionar sus dificultades al compartir dudas, sentimientos, conocimientos, etc. En algunas circunstancias, tal actividad puede aliviar el estrés emocional que viven los pacientes. La dinámica de grupo también puede ayudar al individuo para que perciba su propia demanda y para reconocer lo que sabe y siente, estimulando su participación en las sesiones individuales siguientes.

La consejería en grupo realizada en salas de espera puede ser un ejemplo de ese abordaje, grupos en los cuales los pacientes pueden conversar, aclarar dudas e interactuar de forma más abierta; los grupos en salas de espera también son útiles porque se optimiza el tiempo que el usuario permanece en el servicio de salud. Los grupos también pueden ser realizados en fechas y locales específicos, en el caso que los profesionales y pacientes noten que el espacio de las salas de espera no permite este tipo de interacción, principalmente por ser un espacio abierto que no ofrece mucha privacidad para abordar asuntos más íntimos y personales.

Con todo, es importante que el profesional esté atento para percibir los límites entre los aspectos que deben ser abordadas en grupo, de aquellos que procede abordar en una atención individual.

Procedimientos básicos de la consejería abreviada

- Reafirmar la confidencialidad y el secreto de las informaciones;
- identificar claramente la demanda del paciente;
- darle apoyo emocional al cliente, facilitándole el que pueda expresar sus sentimientos;
- identificar las creencias y valores del cliente acerca de las ITS, VIH y SIDA, intercambiando informaciones específicas sobre las mismas;
- utilizar un lenguaje compatible con el nivel cultural del cliente;
- evaluar con el paciente cómo contrajo otras ITS y las conductas de riesgo culminaron en la actual ITS;
- reforzarle la necesidad de adoptar prácticas más seguras para reducir riesgos;
- explicarle las complicaciones resultantes de no seguir el tratamiento indicado, de no terminarlo y de la automedicación;
- reforzarle la necesidad de volver al servicio de salud si no siente mejoría o siempre que presente determinados síntomas;
- reforzarle la necesidad de que su(s) pareja(s) sexual(es) siga(n) un tratamiento;
- ayudarle a evaluar y percibir los riesgos de infección por VIH y otras ITS, identificando sus barreras para revertir la situación;
- examinar con el paciente la elaboración de planos viables de reducción de riesgos, para no transmitir el VIH y otras infecciones relacionadas;
- explicarle los beneficios del preservativo y demostrarle la forma correcta de usarlo;
- recordarle que el uso de alcohol y otras drogas lícitas o ilícitas puede alterar la percepción del riesgo y la adherencia a la terapia ARV;
- estimularlo para que derrumbe estigmas, mitos y prejuicios relacionados a las ITS, VIH y SIDA;
- derivarlo para otros servicios de asistencia, inclusive grupos comunitarios de apoyo, si fuera necesario;
- enfatizarle la relación entre ITS, VIH y SIDA, principalmente el hecho de que una ITS facilita la transmisión del VIH, independientemente de la que sea;
- enfatizarle la importancia de tener buena salud y bienestar mental, para que sea efectivo el tratamiento contra el VIH/SIDA;
- ofrecerle el test anti VIH y una consejería abreviada pre y post test.

Consejería abreviada pre test

- Reafirmarle el carácter voluntario y confidencial del test;
- evaluar con el paciente la pertinencia de realizar o no el test;
- verificar el histórico clínico del paciente observando si realizó otros test y presenta conductas de riesgo;
- intercambiar informaciones sobre el test y el concepto de "periodo de ventana";
- intercambiar informaciones sobre lo que pueden significar los posibles resultados del test;
- reforzarle la diferencia entre VIH y SIDA;

- analizar con el paciente el impacto en su vida de los posibles resultados del test;
- sondear con qué apoyo emocional y social cuenta el paciente (familia, pareja, amigos, trabajo y otros);
- analizar con el paciente las posibles reacciones emocionales por las que puede pasar durante el periodo de espera del resultado del test;
- reforzarle la necesidad de adoptar prácticas seguras frente al VIH, también durante ese periodo.

Consejería abreviada post test, con resultado negativo

- Informarle que un resultado negativo significa que no está infectado o que fue infectado hace tan poco tiempo que llegó a producir los anticuerpos necesarios que fueron detectados en el test;
- evaluar la posibilidad de que el paciente esté en "periodo de ventana" y que pueda necesitar un nuevo test;
- recordarle que un resultado negativo no significa inmunidad;
- reforzar la necesidad de continuar con las prácticas seguras ya adoptadas o a ser adoptadas por el paciente con relación al VIH;
- educarle sobre el uso exclusivo de equipos para preparar las drogas intravenosas y demostrarle los métodos correctos para limpiar y desinfectar jeringas y agujas;
- entregarle información sobre los servicios de atención para usuarios de drogas y tratamiento de la dependencia, cuando el paciente demuestre interés en disminuir o parar de consumir drogas.

Consejería abreviada post test con resultado positivo:

- Darle el tiempo necesario para que el paciente asimile el impacto del diagnóstico y exprese sus sentimientos;
- conversar sobre sus sentimientos y dudas, dándole el apoyo emocional necesario;
- estar atento para que el paciente maneje de forma adecuada sentimientos comunes como rabia, ansiedad, depresión, miedo, negación y otros;
- desmitificar sentimientos frecuentemente asociados al VIH/SIDA como culpa, castigo, rechazo, degeneración, muerte y otros;
- enfatizar que un resultado positivo significa que la persona es portadora del virus, pero que puede o no haber desarrollado la enfermedad;
- enfatizar que aunque sea portador asintomático, puede transmitirle el virus a otras personas;
- reforzar la necesidad de adoptar prácticas seguras para la reducción de riesgos de reinfectarse con VIH y otras ITS;
- entregarle informaciones sobre los servicios de atención para usuarios de drogas y tratamiento de la dependencia, cuando el paciente exprese interés en disminuir o parar de consumir drogas;
- reforzar la importancia del acompañamiento médico, resaltando que la infección es controlable;
- reforzar el beneficio del uso de preservativos y demostrarle la forma correcta de usarlo, en el caso de que todavía tenga dudas;
- reforzar los beneficios del uso exclusivo de equipos para preparar las drogas intravenosas y demostrarle los métodos correctos para limpiar y desinfectar jeringas y agujas;
- enfatizar la necesidad de comunicarle el resultado a su(s) pareja(s) sexual(es) ofreciéndole ayuda, si le fuera solicitada;
- orientarle respecto de la necesidad de que su(s) pareja(s) haga(n) el test anti VIH;
- definir con el paciente los servicios de asistencia que necesita, incluyendo grupos comunitarios de apoyo;
- en el caso de que se trate de una embarazada, explicarle:
 - las formas de transmisión perinatal-vertical del VIH (de la gestante al feto), que pueden ocurrir durante el embarazo, parto o lactancia y cómo se pueden minimizar las posibilidades de transmisión;

- la transmisión de los anticuerpos maternos y el proceso de seroconversión en los recién nacidos;
- los riesgos de la lactancia; y
- la necesidad de realizar el test a todos los hijos nacidos después de haber sido infectada.

En el caso de un paciente usuario de drogas, es importante que el profesional que esté dando consejería abreviada estudie, a partir de la descripción dada por el paciente, cómo está el patrón de uso de drogas: calidad de la droga que usa, tipo de droga, multiuso, frecuencia y forma de administración.

Algunos pacientes, por ejemplo aquellos con historial de sobredosis¹⁶, pueden recibir terapias breves, con número determinado de sesiones, todas de corta duración con un foco bastante específico: ¿Qué lo llevó a la sobredosis? ¿Utilizó una combinación de diferentes drogas? ¿La droga que usa es de mala calidad? ¿Tiene dificultades para ingerirla? En fin, se trata de una intervención direccionada, en los moldes de un tratamiento breve (con paciente y profesional de salud frente a frente) y con técnicas de control del comportamiento – diarios, registros, planillas, visitas sistemáticas – que puede ser benéfica y prevenir episodios futuros o motivar al paciente para disminuir o modificar el consumo de drogas.

Por lo general sucede que situaciones intensas como la sobredosis, la pérdida de alguien cercano o de un usuario amigo, ayudan para toma decisiones y para tener más cuidado, además de sensibilizar al usuario para adoptar nuevas actitudes y tomar iniciativas aunque sean mínimas, para cambiar y eventualmente realizar un tratamiento que cure su dependencia a las drogas.

16 Sobredosis: el uso de cualquier medicamento en tal cantidad que produzca efectos adversos agudos físicos o mentales. La sobredosis intencionada es una forma común de suicidio e intento de suicidio. En números absolutos, la sobredosis con medicamentos lícitos generalmente es más frecuente que con drogas ilícitas. La sobredosis puede producir efectos transitorios o duraderos, inclusive la muerte; la dosis letal de un medicamento en particular varía de individuo a individuo y de las circunstancias.

http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

CONCLUSIÓN

- Todo paciente viviendo con VIH (+) debe ser evaluado en relación al uso de drogas lícitas e ilícitas, salud mental y coinfecciones.
- Todo usuario de drogas debe ser evaluado en relación a los comportamientos que ofrecen mayor riesgo de infección por VIH, posible infección por VIH, prácticas de riesgo que puedan diseminar la infección, aspectos relacionados a salud mental y coinfecciones.
- Los pacientes portadores de VIH (+) usuarios de drogas intravenosas necesitan atención especial en relación a las medidas de prevención para reducción de daños, tratamiento de la dependencia y de los disturbios mentales asociados.
- La terapia antiretroviral debe tomar en cuenta las interacciones medicamentosas, el estilo de vida, el apoyo familiar y comunitario, además de los factores de riesgo para la no adherencia.
- Los profesionales necesitan tener nociones mínimas sobre los aspectos antes mencionados para atender bien a los pacientes.
- Los pacientes viviendo con VIH (+) usuarios de drogas intravenosas no deben ser discriminados y deben recibir un tratamiento integral que cubra toda la gama de problemas que puedan presentarse.

El profesional de la salud tiene una formación específica, creencias personales y valores morales que orientan su práctica. En la práctica, lo que se ve es una preparación personal insuficiente en relación a la intensa demanda y la diversidad de pacientes que llegan a los servicios de salud. Aunque el profesional haya sido capacitado para mantener cierta distancia del paciente y adopte una forma técnica para relacionarse con él, muchos profesionales de la salud se sienten con falta de preparación para atender las múltiples demandas y necesidades de estos pacientes, los que generalmente necesitan una atención más global y un constante soporte psico-social a lo largo del tratamiento médico (Malta et al, 2003).

El paciente que usa drogas provoca en los profesionales de la salud diversas reacciones: preocupación, compasión, miedo, desconfianza, juicio moral, identificación inconsciente con usuarios de su familia o de su círculo de amigos. La dependencia todavía se le ve como una "mera cuestión de fuerza de voluntad" entre los profesionales del área de la salud. Los médicos, farmacéuticos, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras e inclusive personal del área administrativa no están inmunes a las reacciones de discriminación frente a pacientes que llegan con demandas tan complejas.

La desigualdad social se refleja y se manifiesta en la relación profesional de la salud versus paciente y de estos últimos con el servicio de salud. No se puede olvidar que la salud no es una mera ausencia de enfermedad, sino un proceso de construcción de proyectos importantes de vida; a la persona sana se le entiende como una persona capaz de trabajar o accionar recursos para alcanzar sus objetivos (Dejours, 1986).

Muchos pacientes relatan que comenzaron a cambiar su vida, mejorándola, después de ser diagnosticados como portadores de VIH (+) (Collins et al., 2001). Varios agentes que actúan en la prevención para reducción de daños comienzan a articularse de forma relevante en la sociedad promoviendo fuertes vínculos con personas que usan drogas, permitiendo que ellos refuercen su condición de ciudadanos, trayéndolos de vuelta a la vida en comunidad.

No es sencillo asimilar nuevas estrategias en los servicios de salud pública: se necesita una capacitación específica, supervisión constante y que los profesionales de la salud tengan una actitud abierta a los cambios, abriendo espacios para que los antiguos paradigmas sean objeto de dudas, dadas las nuevas formas de abordaje y los nuevos requisitos y hallazgos en el área de la salud.

Ello no es sencillo porque se necesita adoptar una postura humanitaria, ética y científica por parte de los profesionales de la salud. La atención integral y coordinada se presenta como una alternativa efectiva al método prescriptivo radical y a la visión vertical de la enfermedad, dejando en abierto la posibilidad de que el paciente sea el protagonista de su historia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agins B, Gourevitch M, Masci J, et al. Substance abuse treatment should be key component of HIV treatment plan. Experts explain some best-practice strategies. *AIDS Alert*; 16(7):81-83, 2001.
2. Angelino AF & Treisman GJ. Management of psychiatric disorders in patients infected with human immunodeficiency virus. *Clinical Infectious Diseases*;33(6):847-856, 2001.
3. Armstrong FD, Seidel JF, Swales TP. Pediatric HIV infection: A Neuropsychological and Education Challenge. *Journal of Learning Disabilities*; 26(2): 92-103, 1993.
4. Bangsberg DR, Hecht FM, Charlebois ED, et al. Adherence to protease inhibitors, HIV-1 viral load, and development of drug resistance in an indigent population. *AIDS*; 14(4):357-366, 2000.
5. Bertolote, JM (organizador). Glossário de termos de psiquiatria e saúde mental da CID-10 e seus derivados. Organização mundial da saúde (OMS) e Porto Alegre: Artes Medicas, 1997.
6. Bertolote, JM (tradutor). Glossário de álcool e drogas. Secretaria Nacional Antidrogas, Gabinete de Segurança Institucional, Governo Federal, Brasil, 2004.
7. Boccellari AA, Dilley JW, Chambers DB, et al. Immune function and neuropsychological performance in HIV-1-infected homosexual men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*;6(6):592-601, 1993.
8. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. Recomendações para Terapia anti-retroviral em Adultos e Adolescentes infectados pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
9. Brasil, Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS. Aderência ao tratamento por Anti-retrovirais. Ministério da Saúde, CN DST/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
10. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Aconselhamento em DST, HIV e AIDS: diretrizes e procedimentos básicos, 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
11. Bravo MJ. Infecciones de transmisión sanguínea o sexual entre las personas que se inyectan drogas y sus parejas en las Americas. Manual para profesionales de la salud. OPS, Washington, 2004.
12. Broadhead RS, Heckathorn DD, Altice FL, et al. Increasing drug users' adherence to HIV treatment: results of a peer-driven intervention feasibility study. *Social Science and Medicine*;55(2):235-246, 2002.
13. Celentano DD, Galai N, Sethi AK, et al. Time to initiating highly active antiretroviral therapy among HIV-infected injection drug users. *AIDS*; 15(13):1707-1715, 2001.
14. Chander G, Himelhoch S, Moore RD. Substance Abuse and Psychiatric Disorders in HIV-Positive Patients: Epidemiology and Impact on Antiretroviral Therapy. *Drugs*; 66(6):769-789, 2006.
15. Chesney MA, Ickovics JR, Chambers DB, et al. Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: the AACTG adherence instruments. Patient Care Committee & Adherence Working Group of the Outcomes Committee of the Adult AIDS Clinical Trials Group (AACTG). *AIDS Care*; 12(3):255-266, 2000.

16. Ciesla JA & Roberts JE. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *American Journal of Psychiatry*;158(5):725-730, 2001.
17. Clarke S, Keenan E, Ryan M, et al. Directly observed antiretroviral therapy for injection drug users with HIV infection. *AIDS Read*;12(7):305-307, 312-316, 2002.
18. Cohn JA. HIV-1 infection in injection drug users. *Infect Dis Clin North Am* 16(3):745-770, 2002.
19. Collins RL, Kanouse DE, Gifford AL, et al. Changes in health-promoting behavior following diagnosis with HIV: prevalence and correlates in a national probability sample. *Health Psychology*;20(5):351-360, 2001.
20. Cramer JA & Mattson RH. Monitoring compliance with antiepileptic drug therapy. In: Cramer, JA, Spilker B eds. *Patient compliance in medical practice and clinical trials*. New York: Raven Press, 1991:123-137.
21. Dejours C. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 54(14): 7-11, 1986.
22. Des Jarlais DC, Friedman SR, Perlis T, et al. Risk behavior and HIV infection among new drug injectors in the era of AIDS in New York City. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*;20(1):67-72, 1999.
23. Di Matteo MR, Di Nicola DD. *Achieving Patient Compliance*. New York, NY: Pergamon Press, 1982.
24. Farmer KC. Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clinical Therapeutics*; 21(6):1074-1090, 1999.
25. Fitzgerald DW, Maxi A, Marcelin A, et al. Notification of positive HIV test results in Haiti: can we better intervene at this critical crossroads in the life of HIV-infected patients in a resource-poor country? *AIDS Patient Care STDS*;18(11):658-664, 2004.
26. Gallego L, Gordillo V, Catalan J. Psychiatric and Psychological Disorders associated to HIV Infection. *AIDS Reviews*; 2(1):48-60, 2000. (<http://www.aidsreviews.com>)
27. Hagan H & Des Jarlais DC. HIV and HCV infection among injecting drug users. *Mt Sinai J Med*;67(5-6):423-428, 2000.
28. Horne R & Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*;47(6):555-567, 1999.
29. Ingersoll K. The impact of psychiatric symptoms, drug use, and medication regimen on non-adherence to HIV treatment. *AIDS Care*;16(2):199-211, 2004.
30. Kaplan EM. Antidepressant noncompliance as a factor in the discontinuation syndrome. *Journal of Clinical Psychiatry*;58(Suppl 7):31-35, 1997.
31. Kerr T, Marshall A, Walsh J, et al. Determinants of HAART discontinuation among injection drug users. *AIDS Care*;17(5):539-549, 2005.
32. Knowlton AR, Hoover DR, Chung SE, et al. Access to medical care and service utilization among injection drug users with HIV/AIDS. *Drug and Alcohol Dependence*;64(1):55-62, 2001.
33. Koutsilieris E, Scheller C, Sopper S et al. Psychiatric Complication in Human Immunodeficiency Virus Infection. *Journal of Neurovirology*; 8(2)129-133, 2002.
34. Leite SN & Vasconcelos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*; 8(3):775-782, 2003.
35. Lima HMM. The rejection of health professionals to Harm Reduction in São Paulo, Brazil. *Barcelona, XIV International Conference*, 2002.
36. Lyketsos CG, Hanson AL, Fishman M, et al. Manic syndrome early and late in the course of HIV. *American Journal of Psychiatry*;150(2):326-327, 1993.
37. Lyketsos CG, Schwartz J, Fishman M, Treisman G. AIDS mania. *Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*;9(2):277-279, 1997.
38. Malta M, Carneiro-da-Cunha C, Kerrigan D, et al. Case management of human immunodeficiency virus-infected injection drug users: a case study in Rio de Janeiro, Brazil. *Clinical Infectious Diseases*; 37 (Suppl 5):S386-391, 2003.

39. Mamidi A, DeSimone JA, Pomerantz RJ. Central Nervous System Infection in Individuals with HIV-1 Infection. *Journal of Neurovirology*; 8(3):158-167, 2002.
40. Martin DJ, Riopelle D, Steckart MJ, et al. Support group participation, HIV viral load and sexual-risk behavior. *American Journal of Health Behavior*; 25(6):513-27, 2001.
41. McKinney MM & Marconi KM. Delivering HIV services to vulnerable populations: a review of CARE Act-funded research. *Public Health Reports*; 117(2):99-113, 2002.
42. Mesquita F, Doneda D, Gandolfi D, et al. Brazilian Response to the Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome Epidemic among Injection Drug Users. *Clinical Infectious Diseases*; 37 (Suppl 5):S382-385, 2003.
43. New York State Department of Health. Promoting GYN care for HIV infected women. New York, AIDS Institute, 2000.
44. Nunnally JC & Bernstein IH. *Psychometric theory*, 3rd ed. New York. Mc Graw-Hill, 1994.
45. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artmed, 1993.
46. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Classificação Estatística Internacional de Doenças*. (<http://www.who.int/classifications/icd/en/>)
47. Organização Mundial de la Salud (OMS). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psico-activas*, Washington DC, OPS, 2005.
48. Palepu A, Horton NJ, Tibbetts N, et al. Uptake and adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected people with alcohol and other substance use problems: the impact of substance abuse treatment. *Addiction*;99(3):361-388, 2004.
49. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of internal medicine*;133(1):21-30, 2000.
50. Project Inform. "AIDS Dementia Complex." April 2002. (<http://www.projinf.org/fs/dementia.html>)
51. Remien RH, Bastos FI, Berkman A, et al. Universal access to antiretroviral therapy may be the best approach to 'Do no harm' in developing countries: the Brazilian experience. *AIDS*;17(5):786-787, 2003.
52. Rhodes T, Quirk A. Drug users' sexual relationships and the social organisation of risk: the sexual relationship as a site of risk management. *Soc Sci Med*;46(2):157-169, 1998.
53. Rolfs RT, Goldberg M, Sharrar RG. Risk factors for syphilis: cocaine and prostitution. *American Journal of Public Health*; 80(7):853-857, 1990.
54. Stern RA, Perkins DA, Evans DL. Neuropsychiatric Manifestations of HIV-1 Infection and AIDS. In *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*. Edited by F.E. Bloom & D.J. Kupfer. New York: Raven Press Ltd, 2000.
55. Treisman GJ, Angelino AF, Hutton HE. Psychiatric Issues in the Management of Patients with HIV Infection. *JAMA: Journal of the American Medical Association*; 286(22):2857-64, 2001.
56. van Empelen P, Kok G, van Kesteren NM, et al. Effective methods to change sex-risk among drug users: a review of psychosocial interventions. *Soc Sci Med*;57(9):1593-1608, 2003.
57. Vitolins MZ, Rand CS, Rapp SR, et al. Measuring adherence to behavioral and medical interventions. *Controlled clinical trials*;21(5 Suppl):188S-194S, 2000.
58. Vlahov D & Celentano DD. Access to highly active antiretroviral therapy for injection drug users: adherence, resistance, and death. *Cadernos de Saúde Publica*;22(4):705-718, 2006.
59. Webb DG, Horne R, Pinching AJ. Treatment-related empowerment: preliminary evaluation of a new measure in patients with advanced HIV disease. *International Journal of STD & AIDS*; 12(2):103-107, 2001.
60. Weiden P. Adherence to antipsychotic medication: key facts. *Schizophrenia Home Page*, 2002 (<http://www.schizophrenia.com/ami/coping/noncompli2.html>).

61. Whitefield SG, Everett AS, Rein MF. Mania and AIDS. *American Journal of Psychiatry*; 149(4):583-584, 1992.
62. Wood E, Montaner J, Braitstein P et al. Elevated rates of antiretroviral treatment discontinuation among HIV-infected injection drug users: implications for drug policy and public health. *International Journal of Drug Policy*; 15(2):133-138, 2004.



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

**525 Twenty-third Street, N.W.
Washington D.C. 20037**

www.paho.org