

# Adicciones y VIH/SIDA: desafíos y particularidades del tratamiento, a propósito de un caso clínico

María de los Angeles Lobos Palacios\*

## Resumen

### Introducción:

El presente artículo, de carácter descriptivo, tiene como objetivo dar cuenta de la especificidad y posibles complicaciones que adquiere el tratamiento y abordaje de una adicción cuando existe un diagnóstico concomitante de VIH/SIDA -ambas patologías de gran impacto en la salud pública.

### Material y método:

Para ello se utilizó como unidad de análisis un caso clínico y revisión bibliográfica relacionada.

### Resultados:

Se encontraron dificultades en torno a la adherencia tanto al tratamiento del consumo problemático de drogas como a la terapia antirretroviral para el manejo del VIH, así como también mayor deterioro físico y complejidad para establecer un diagnóstico diferenciado de la sintomatología. Otro hallazgo se vinculó con la dificultad de estructurar una demanda terapéutica y reafirmar la motivación al cambio, la cual suele verse interferida por trastornos anímicos reactivos al diagnóstico de VIH.

### Conclusión :

Desde ahí se visualiza la importancia de un tratamiento integral y de trabajo en red con otros dispositivos de salud, grupo familiar y comunitario que otorguen mayor soporte y eviten la exclusión a la que pueden verse expuestos quienes poseen este doble diagnóstico.

**Palabras clave:** Diagnóstico de VIH/SIDA, adicciones, motivación al cambio, tratamiento integral.

## Addiction and HIV/AIDS: challenges and peculiarities of treatment, in relation to a clinical case

### Summary

#### Introduction:

This descriptive article aims to account for the specificity and possible complications that acquires the treatment and approach of an addiction when there is a concomitant diagnosis of HIV / AIDS -both pathologies of great impact in public health.

#### Material and methods:

As a unit of analysis, a case report and a related literature review was used.

#### Results:

Difficulties regarding adherence were found in both the treatment of problem drug use as in antiretroviral therapy for HIV management, as well as greater physical deterioration and complexity to establish a differential diagnosis of symptoms. Another finding was linked to the difficulty of structuring a therapeutic demand and firm motivation for change, which tends to be interfered with by reactive mood disorders to HIV diagnosis.

#### Conclusions:

From this, the importance of a comprehensive approach and networking with other health devices, household unit and the community is viewed, to give greater support and prevent exclusion to those who are at risk and display this dual diagnosis.

**Keywords:** Diagnosis of HIV / AIDS, addictions, motivation to change, comprehensive treatment.

---

\* Psicóloga, Universidad de Chile

## Introducción

### Consumo problemático de drogas

La relación de los seres humanos con las drogas es de tiempos remotos<sup>1</sup>. Cada cultura se ha relacionado de manera particular con éstas otorgándole diversos usos, ya sean religiosos, rituales, terapéuticos o recreativos. Sin embargo, no será hasta comienzos del siglo XX donde su consumo se problematizará y se instalará como una preocupación pública y prioritaria en las agendas programáticas. Ello dado las consecuencias socio-sanitarias que su uso problemático acarrea y por otros factores de índole socio-económicos y políticos (1, 2).

La Oficina contra la Droga y el Delito (Naciones Unidas), en su Informe mundial sobre las drogas 2015, señala que 246 millones de personas -entre los 15 y 64 años- consumieron drogas ilegales en el 2013 a escala mundial, de los cuales 1 de cada 10 tendría un consumo problemático (27.000.000 de personas aproximadamente) (3).

El consumo problemático de sustancias se entiende como el uso recurrente de drogas con consecuencias nocivas, para la persona que consume o su entorno (4). Dicha definición abarca los conceptos de abuso y dependencia y es entendido como un fenómeno biopsicosocial que alteraría todas las esferas en la vida de una persona y que debiese, por lo tanto, recibir un tratamiento integral; entendiéndose éste como intervenciones que apuntan hacia las siguientes áreas: consumo de drogas, salud mental y física, área familiar y de relaciones interpersonales, integración socio-ocupacional, área afectiva-vincular y trasgresión a la norma social, en caso de que existiese.

En la actualidad, con la nueva versión del Manual de Diagnóstico Estadístico de los Desórdenes Mentales (DSM-V), de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), la distinción entre abuso y dependencia se elimina pasando ambas a incluirse en los Trastornos por Consumo de Sustancias, donde el diagnóstico se efectúa con 2 o más síntomas de 11, en un período de 12 meses y la severidad del trastorno estará dada por la cantidad de criterios diagnósticos presentes (Leve: 2-3 criterios, Moderado: 4-5 criterios, Severo: 6 o más criterios).

Los criterios a considerar, a modo general (el DSM-V define criterios específicos por cada sustancia), son los siguientes (5):

1. Se consume la sustancia con frecuencia, en cantidades y tiempos superiores a los previstos.
2. Hay un deseo persistente y esfuerzos infructuosos por cesar o controlar el consumo.

3. Inversión de gran cantidad de tiempo para conseguir la sustancia o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o poderoso deseo de consumir.
5. El consumo recurrente impide el cumplimiento de los deberes fundamentales ya sea en la familia, escuela y/o trabajo.
6. Consumo continuado a pesar de los problemas sociales e interpersonales que éste acarrea.
7. Abandono de actividades sociales o de ocio por el consumo.
8. Consumo recurrente en situaciones que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa el consumo a pesar de estar en conocimiento de los problemas físicos y psicológicos que éste provoca o exagera.
10. Tolerancia dada por alguno de los siguientes hechos: a) Necesidad de consumir cada vez mayores cantidades para lograr el efecto deseado; b) Un efecto considerablemente reducido a pesar de consumir la misma cantidad.
11. Abstinencia dada por alguno de los siguientes hechos: a) Presencia del síndrome de abstinencia característico de la sustancia; b) Uso de alguna otra sustancia para aplacar los síntomas de la abstinencia.

Más allá de las clasificaciones diagnósticas, el consumo problemático de drogas es un fenómeno complejo y multidimensional, presentándose rara vez de manera aislada. El contexto en el cual se desarrolla suele caracterizarse por condiciones socio-económicas de vulnerabilidad. Cada día es más común, desde la práctica clínica, el consumo de varias sustancias simultáneamente o también conocido como comorbilidad adictiva (6), lo que complejiza el abordaje y ensombrece el pronóstico, al igual que la presencia de comorbilidad psiquiátrica.

En general, el consumo problemático de drogas aumenta el riesgo de muchas condiciones, incluyendo las de carácter físico (lesiones por intoxicaciones agudas, enfermedades infecciosas VIH/SIDA, hepatitis B y C y otras patologías crónicas -cirrosis, afecciones cardiovasculares, cáncer- entre otras). Lo anterior dado por un estilo de vida poco saludable, la escasa asistencia a servicios y controles de salud, la exposición a conductas de riesgo y los daños directos de la ingesta de sustancias sobre el organismo (7).

Dentro de las enfermedades de mayor riesgo se encuentran las infectocontagiosas, dado el impacto que tienen en el individuo, la salud pública y a nivel social. Entre éstas se encuentra el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que ha cobrado más de 34

1. Los primeros antecedentes datan del cuarto milenio a.C en regiones Chinas y Mesopotámicas (cañamo, opio y efedra entre otros). Asimismo, la América precolombina experimentó un variado uso de plantas psicoactivas en rituales sagrados (Escohotado, 1998a).

millones de vidas a nivel mundial hasta ahora. Aún no hay cura para la infección por el VIH, pero los fármacos antirretrovirales (ARV) pueden controlarla y ayudar a prevenir su transmisión, prolongando la esperanza y calidad de vida de quienes la padecen (8).

Se torna relevante profundizar en la caracterización de ambas patologías –adicción y VIH– y la interacción entre ambas para poder afinar las estrategias de intervención y optimizar los recursos sanitarios, atendiendo a las particularidades de la población más vulnerable –grupo donde el acceso a tratamiento tiende a ser más limitado–.

## VIH/SIDA y consumo problemático de drogas

El VIH ataca el sistema inmunológico, debilitando las defensas contra las infecciones. La fase más avanzada de la infección se conoce como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y puede demorar de 2 a 15 años en manifestarse, dependiendo del sujeto. Se caracteriza por la aparición de ciertos tipos de cáncer, infecciones "oportunistas" (que aprovechan la debilidad del sistema) u otras manifestaciones clínicas graves; en definitiva se da cuando el sistema inmunitario se ve imposibilitado de cumplir su función (8).

Se estima que 36,9 millones de personas vivían con el VIH hasta el año 2014 a nivel mundial (9). En Chile, según datos del Ministerio de Salud, el número estimado de personas que viven con VIH asciende a 38.000, teniendo una prevalencia estimada del 0.35% en adultos al año 2012. Hasta el 2011, se registran 7.842 defunciones a causa del SIDA (10).

Si bien la epidemia del SIDA, con el transcurso de los años ha logrado reducirse –por el aumento de campañas preventivas y mayor acceso a detección y tratamiento– aún hay un número considerable de la población que padece dicha enfermedad y existe otro gran porcentaje que constituye la cifra negra, vale decir, que está en desconocimiento de que son portadores de VIH. En el mundo existen 17,1 millones de personas que desconocen ser portadores del virus, y aproximadamente 22 millones que no tienen acceso al tratamiento (9).

De la población mundial consumidora de drogas, se estima que 1,65 millones están afectados por el VIH, asociado mayoritariamente al uso de drogas inyectables (3). Si bien en la realidad epidemiológica chilena –en lo que a consumo de drogas se refiere– el uso inyectable es cuantitativamente marginal, el contagio de VIH no se asocia solamente a la vía de administración de la sustancia, siendo aún un aspecto poco visibilizado el rol del uso de drogas no inyectables en la transmisión de infecciones (11).

En Chile el VIH/SIDA se caracteriza por ser mayoritariamente de transmisión sexual (12). En la población consumidora de drogas las conductas de riesgo asociadas a dicha práctica son las que tienen mayor incidencia en la contracción del virus, dentro de las cuales destaca el intercambio de sexo por drogas o por dinero para su adquisición. Dicho ejercicio de la prostitución, al ser de carácter más informal o circunstancial, suele producirse en contextos sanitarios y sociales de mayor riesgo, por lo que hay mayor exposición a la contaminación. Asimismo el uso de drogas aumenta la probabilidad de tener relaciones sexuales desprotegidas, por la alteración de conciencia que implica. En usuarios de cocaína no inyectable también puede producirse contagio de infecciones por contacto con sangre contaminada a través de heridas y sangrado que causa el consumo intranasal, lo mismo con las lesiones orales causadas por el uso compartido de pipas u otros elementos para el consumo de pasta base de cocaína (13, 14, 15, 16, 22).

Si bien –tras la revisión bibliográfica– no se encontraron estadísticas respecto al uso de drogas no inyectables y VIH en Chile, las tasas de seroprevalencia del VIH entre fumadores o inhaladores de cocaína en países cercanos como Argentina y Uruguay son altas (comparativamente superiores a personas de las mismas características sociodemográficas de la población general), lo que sugiere cierta incidencia de la transmisión sexual del VIH en usuarios de drogas no inyectables (11).

## VIH/SIDA y trastornos mentales

Cabe destacar que la población infectada con VIH tiene mayor prevalencia de alteraciones psiquiátricas en su trayectoria vital, en comparación con la población general. En sí misma es una patología estresante, dado la cronicidad y limitaciones que genera (miedo a contagiar a seres queridos, creencia de que se produce el "término de la vida sexual", posibilidad de pérdida de trabajo, incertidumbre respecto al futuro e ideas de muerte, entre otras), además de la discriminación a la que aún se exponen quienes la padecen, implicando un cambio de consideraciones en el estilo de vida. Es así como los trastornos depresivos y ansiosos son los más comunes (más del doble de prevalencia que en población general) y, eventualmente, pueden devenir en aislamiento social, desesperanza y alteraciones de conducta (síntomatología psicótica o maniformes –"SIDA-manía"–) (17, 19, 20).

A medida que la infección avanza, y se encuentra en etapa de SIDA, la baja de peso, insomnio y fatiga se vuelven recurrentes. En virtud de ello, el diagnóstico de un episodio depresivo sólo se confirma cuando se evidencian otros síntomas afectivos de significación clínica (ánimo depresivo, anhedonia, sentimientos de minusvalía, culpa –creyendo que merecen la enfermedad– o

ideación suicida -entre 15 y 20 veces mayor que en la población general-) (17).

El VIH genera cambios a nivel cerebral, a saber, en las estructuras grises profundas incluido el tálamo, los ganglios basales y los núcleos del tronco cerebral, pudiendo originar trastornos del ánimo y de la motivación. El sistema nervioso central también puede sufrir alteraciones por las llamadas infecciones oportunistas (18).

La incidencia de desarrollar un síndrome depresivo en pacientes con VIH aumenta aún más en quienes presentan adicción a las drogas y/o trastorno de personalidad, siendo la predisposición o vulnerabilidad previa, los recursos personales y la auto-eficacia, determinantes en la aparición de la sintomatología. Evidentemente, dichas características suelen verse disminuidas en usuarios problemáticos de drogas, empeorando la prognosis.

Ahora bien, los trastornos depresivos pueden ser previos a la infección por VIH, coexistir o iniciarse en el desarrollo de la misma y adquirir magnitudes diversas. Ello dependerá en gran medida de la capacidad y forma de afrontamiento, las cuales suelen ser más desadaptativas entre los consumidores problemáticos de drogas, que pueden presentar una respuesta de orden evasivo, inhibiendo e intentando ocultar sus reacciones emocionales mediante lo que se conoce como "comportamiento de anestesia cognitiva" lo que va aparejado al uso y abuso de drogas, incrementando los riesgos (22).

## Farmacoterapia

En virtud de las complicaciones que pueden suscitarse en pacientes con diagnóstico de VIH y patología psiquiátrica concomitante se hace necesario el apoyo farmacológico, complementario a las intervenciones psicoterapéuticas y sociales. Sin embargo, hay que tener en consideración las posibles interacciones que pueden presentarse.

Hay algunos fármacos antirretrovirales que como efectos secundarios pueden producir agitación similar a la ansiedad e incluso, pueden incrementar la respuesta depresiva (17,18). Asimismo la interacción farmacológica entre los medicamentos para tratar el VIH y las adicciones pueden disminuir la eficacia de ambos tratamientos (22).

Los antidepresivos (tricíclicos, ISRS) han evidenciado ser eficaces en el manejo de la sintomatología psicopatológica y los usuarios han reportado percepción de mejoría de los síntomas físicos de la enfermedad. Se debe evitar el uso de estimulantes para prevenir posible abuso, dado la trayectoria adictiva de los pacientes, aunque en dosis bajas y con monitoreo también han

resultado eficaces para generar mejoras en el ánimo, la concentración y revertir la apatía y anhedonia (18).

En general, cualquier indicación psicotrópica debe iniciarse en bajas dosis dado la alteración que el sistema nervioso central sufre con el VIH. Se recomienda evitar fármacos con efectos anticolinérgicos porque aumentan la predisposición a infecciones oportunistas.

## Material y método

A continuación se presentará un caso clínico que da cuenta de la relación entre ambas patologías -adicción y VIH- y la particularidad que adquiere el tratamiento en usuarios con ese doble diagnóstico.

M., de sexo femenino y 34 años de edad, soltera con un hijo de 12 años (a cargo de la abuela materna), presenta un diagnóstico de trastorno por dependencia al alcohol y pasta base de cocaína (edad de inicio del consumo 14 y 20 años, respectivamente). Hay antecedentes familiares de alcoholismo (padre, quien fallece producto de traumatismo encéfalo craneano asociado al consumo de alcohol). Posee además diagnóstico de trastorno de personalidad limitrofe y es portadora del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) con tratamiento intermitente.

Su red de apoyo social es escasa. Con su familia de origen (madre y hermana) posee una relación conflictiva, en gran parte por el consumo problemático de M. y las conductas agresivas y descontrol de impulsos que ésta presenta, las cuales se acentúan con el consumo de alcohol. En ese contexto, la usuaria no presenta domicilio estable, residiendo de manera intermitente en la casa materna, pues cuando recae en el consumo de drogas pernocta en la calle, exponiéndose a riñas, situaciones de riesgo, conductas delictuales y prostitución (éstas últimas anteriores a su diagnóstico de VIH positivo).

Desde ahí se visualiza un compromiso biopsicosocial severo que la ha llevado a pasar por múltiples tratamientos (ambulatorios (2 veces), residenciales (2 veces), unidad de desintoxicación (1 vez)) y dispositivos sociales (viviendas para personas en situación de calle y oficina de integración socio-laboral), donde ha tenido dificultades para mantener la adherencia y lograr un cese o reducción del consumo de drogas.

El período de mayor estabilidad lo logró en su segunda interacción residencial, donde se desintoxicó y estabilizó física y anímicamente, retomando su terapia anti-retroviral para el VIH llegando a niveles de estabilización y reducción de la carga viral. En ese entonces el manejo farmacológico se realizó con Quetiapina 25 mg. (0-0-1) y Sertralina 50 mg. (1-0-0), que se mantuvo

en el posterior dispositivo de tratamiento ambulatorio. En dicho intervalo retomó el vínculo con su familia de origen e hijo, mejorando significativamente su red de apoyo.

Sin embargo, su motivación<sup>2</sup> por el tratamiento comenzó a declinar cuando inicia una relación de pareja con otra usuaria del programa. M. se define como homosexual, todas sus relaciones de pareja han sido con mujeres, a pesar de que también haya tenido intercambio sexual con hombres, los que solían darse en contextos de consumo y/o prostitución.

Fue así como desde un estado de acción, con recaídas median-tes, fue retrocediendo hacia estadios más contemplativos, para finalmente solicitar el traslado a un programa ambulatorio.

Una vez ahí, su condición empeoró retornando a situación de calle por lo que se gestiona su internación en una unidad de desintoxicación donde permaneció 15 días, negándose posteriormente a reingresar a un sistema residencial, como se había acordado en un primer momento en su plan de tratamiento individual. En función de su negativa y falta de vivienda, se realizan coordinaciones con una casa de acogida para personas con situación de calle donde accede a ingresar.

En ese escenario logra una estabilización temporal, retomando su actividad laboral, apoyada por la oficina de orientación socio-laboral. Sin embargo, recae prontamente al retomar su relación de pareja la cual se torna violenta, repitiendo el patrón experimentado con sus parejas anteriores donde ella ejerce como agresora. Luego, tras reiteradas faltas a las normativas de la residencia, se le otorga un alta administrativa por lo que nuevamente su situación y exposición a riesgos empeora.

Desde ahí, su adherencia al programa ambulatorio intensivo decae, a pesar de los reiterados intentos de rescate. Se visualiza desesperanza y escasa autoeficacia ante su situación de consumo. Ha perdido todo vínculo con su familia, y desistió de retomar la relación con su hijo. Volvió a vivir en la calle o casas de consumo, perdiendo también su empleo. Su relación de pareja también es intermitente, en el contexto de un círculo de

violencia. En definitiva su red social de apoyo se debilitó y no vislumbra mayor motivación para generar un cambio.

Si bien la usuaria reconoce que su relación de pareja representa un riesgo de recaída permanente, refiere incapacidad para ponerle término y temor ante la sensación de abandono. Cabe destacar que esta pareja ha sido la primera y única tras su diagnóstico de VIH positivo, señalando en reiteradas oportunidades su temor a la soledad. En ese escenario se le ofrece incorporar a su pareja al tratamiento y realizar un abordaje en conjunto, mas éste no logró concretarse por sus reiteradas inasistencias y lo intermitente de la relación.

Su situación planteó un desafío e interrogante para el equipo tratante pues es una usuaria que utilizó todos los dispositivos de la red asistencial de salud y social, no respondiendo satisfactoriamente a ello. La complejidad del caso por su triple diagnóstico –dependencia a sustancias, VIH positivo y trastorno de personalidad límite– hace necesario un análisis de la interacción entre ellos. En función del objetivo del presente artículo, el foco estará puesto en la relación VIH y consumo de drogas, destacando algunas consideraciones especiales que puedan ser de utilidad para la intervención.

## Resultados y análisis del caso

Uno de los problemas centrales en el desarrollo del tratamiento de M. fue la dificultad que tuvo en términos de adherencia<sup>3</sup>. M. constantemente presentó problemas para dar continuidad al tratamiento indicado para abordar el consumo problemático de drogas, faltando recurrentemente a sus sesiones de psicoterapia individual y a las citas con otros profesionales (trabajadora social, terapeuta ocupacional y técnicos en rehabilitación), interrumpiendo también la administración de su esquema farmacológico.

Sumado al problema de la adherencia, o a la base de éste, se puede hipotetizar que la presencia del VIH interfirió en la estructuración de la demanda terapéutica. En general, los usuarios pueden plantearse un cambio y cese del consumo para mejorar

2. Se entiende la motivación desde el modelo transteórico del cambio de Prochaska y Diclemente, el cual teoriza sobre los estadios del cambio de la conducta adictiva, que corresponden a una división temporal comprendida en etapas en base a la disposición o motivación del sujeto a cambiar su conducta. Los diferentes estadios son concebidos como un proceso en espiral, es decir, se avanza algunos estadios, se recae, retrocede y prosigue; de ahí que la recaída sea considerada como parte del proceso de cambio. Los estadios del cambio son: precontemplación (no existe conciencia del problema, no hay disposición al cambio y la llegada a tratamiento es por presión externa), contemplación (comienza a surgir conciencia del problema, reconociendo algunas consecuencias negativas del consumo, pero aún se está ambivalente respecto a cambiar la conducta), preparación (compromiso de la persona para abandonar la conducta, lo que puede ir acompañado por una baja en el consumo. Los aspectos gratificantes del consumo ya son bastante inferiores a los negativos), acción (se efectúa el cambio de conducta), mantención (conservación de los cambios realizados y adecuación a un nuevo estilo de vida) y recaída. Se utiliza la técnica de la entrevista motivacional, de Miller y Rollnik, para indagar el estadio en el que se halla el paciente y propiciar el avance del mismo (24,25).
3. La adherencia comúnmente asociada al seguimiento de las indicaciones farmacológicas, comprende –más allá de una conducta específica– una actitud hacia el tratamiento, pudiendo definirse 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 salud" (19).

la calidad de vida, recuperar la vinculación familiar, el trabajo o lo que sea significativo para ellos. Empero, en usuarios con VIH, la pregunta por el futuro incierto y el fantasma de una muerte inminente puede dificultar el que se instale una motivación por el cambio. En términos concretos, ¿para qué cambiar si aunque dejen el consumo de drogas continuarán enfermos?

En ese contexto se presentaron dificultades para la modificación de su patrón de consumo. Y si bien en un momento mantuvo abstinencia de pasta base de cocaína, prontamente las recaídas se tornaron más cercanas en el tiempo y retomó un consumo diario de la misma, sumado a marihuana y alcohol.

Una primera lectura de la situación puede conducirnos a plantear que la usuaria presentaba una escasa motivación por el cambio de la conducta adictiva. Sin embargo, dado el compromiso biopsicosocial severo que la usuaria presentaba (con presencia de problemáticas en los cuatro ejes diagnósticos: trastorno por dependencia a sustancias, trastorno de personalidad límite, VIH, violencia, cesantía, escasa red de apoyo y situación de calle), su escasa adherencia puede responder a la manifestación de cualquiera -sino todos- los trastornos, traduciendo ello en una actitud contemplativa hacia su conducta de consumo de drogas.

En general, el consumo problemático de drogas implica una desestructuración de las rutinas, interfiriendo en hábitos diarios, incluidos los que se vinculan con la implementación de un esquema farmacológico, ya sea éste perteneciente a los ARV o a los de tipo psiquiátrico. Ello, a pesar del trabajo de psicoeducación que se realizó tanto desde el centro de tratamiento de drogas como de la unidad de infectología del hospital, donde la usuaria se atendía por el VIH.

Al discontinuar la toma de ARV el nivel de VIH en la sangre puede aumentar, generando resistencia a los fármacos y empeorando el deterioro físico. Ello, a su vez, aumenta las probabilidades de desarrollar un trastorno anímico al ver que el curso de la enfermedad empeora y la calidad de vida disminuye. Así, la perturbación física y anímica propician el incremento del consumo de drogas, el cual puede tener una significación desde la automedicación (hipótesis planteada por Khantzian en 1985), vale decir, la persona consume drogas para paliar la sintomatología que la aqueja (23).

Es posible observar cómo la relación de las tres patologías es de modo de una interdependencia cíclica, donde el empeoramiento o falta de cuidado de una generó desestabilización en las otras. En el caso de M. sus constantes recaídas le hicieron interrumpir la terapia ARV, en ocasiones porque perdió los fár-

macos o en otras porque deliberadamente los interrumpió para evitar reacciones indeseadas (Hay fármacos utilizados para tratar infecciones, como el metronidazol, por ejemplo, que exigen abstinencia de alcohol (19)).

Ello, sumado a que su consumo la llevó a estar en situación de calle, exponiéndose a bajas temperaturas, escasa alimentación e higiene, lo que la volvió un blanco fácil de las llamadas "infecciones oportunistas" terminando en más de una oportunidad hospitalizada, principalmente por infecciones broncopulmonares. En esos lapsos breves de desintoxicación, sobrevino la culpa y la desmoralización, mermando su condición anímica, autoconcepto y autoestima.

En tal punto, se abrió la posibilidad de un viraje: en ocasiones logró visualizar el deterioro y las pérdidas generadas por el consumo, motivándose a dejarlo y reincorporándose al tratamiento para ello. Sin embargo, otras veces el darse cuenta de la precaria situación en que se encontraba, sin mayores expectativas de futuro, implicaba una carga emocional que desde la lucidez era intolerable y la vuelta al consumo fue la respuesta, iniciándose nuevamente el ciclo de vulnerabilidad.

Un elemento importante en todo el ciclo es el descontrol de impulsos de M. que la llevó a grandes ingestas de drogas. Dicha acción, puede interpretarse también, desde la auto destructividad, en respuesta a la desesperanza y escasa auto-eficacia donde prácticamente el único elemento que puede controlar en su vida es la ingesta de drogas.

Si bien ella recibió consejerías en los dispositivos de salud sobre el VIH y en la psicoterapia se propició la elaboración de su diagnóstico, aún hay dificultad para aceptarlo dando cabida a sentimientos de rabia y culpa consigo misma. Lo anterior, sumado a su diagnóstico de trastorno de personalidad límite y la desregulación emocional que éste conlleva, hacen que M. no cuente con mayores recursos para afrontar su intensa emocionalidad, llevándola en ocasiones a conductas violentas tanto con los otros como con ella misma, no con intentos directos de suicidio, pero sí exponiéndose constantemente a riesgos, y llevando un consumo altamente destructivo con episodios de intoxicación aguda.

## Discusión y conclusiones

Desde la imbricación que se genera entre las tres patologías presentes, el entrecruzamiento de los síntomas puede generar confusiones en los equipos tratantes. La sintomatología de la infección por VIH, puede solaparse con signos de trastornos depresivos o ansiosos. A su vez, el deterioro producido por el consumo de drogas suele ser similar al causado por la

inmunodepresión del organismo generado por el VIH. De ahí, la importancia de realizar un diagnóstico diferencial acucioso que permita intervenir la sintomatología desde su raíz etiológica.

Como ha sido posible observar, la complejidad de este tipo de pacientes con múltiples diagnósticos requiere estar atento a diversos síntomas y a la interacción entre éstos, por lo que un tratamiento integral que aborde todas las áreas afectadas por el consumo de drogas, e integrado con otros dispositivos de salud y sociales parece ser la respuesta adecuada para su abordaje.

Empero, la realidad de los centros de tratamientos de drogas y de salud pública suele ser precaria, y la cantidad de recursos económicos y humanos muchas veces no son suficientes para cubrir la alta demanda con la dedicación que requiere este tipo de casos altamente complejos.

En esta usuaria, en particular, se pudo abordar la problemática de consumo de drogas y el trastorno de personalidad de manera integrada, combinando estrategias farmacológicas, psicológicas, psicosociales y ocupacionales.

Sin embargo, la comorbilidad médica debió ser tratada en la red de salud, y si bien se hicieron coordinaciones, éstas no fueron suficientes para obtener una continuidad en los cuidados de la paciente, quedando espacios para recaídas entre una intervención y otra, con la desestructuración y descompensación que éstas implicaron.

Desde ahí se sugiere implementar la figura de un profesional de referencia que se haga cargo del caso y lidere las coordinaciones pertinentes, evitando la dispersión y discontinuidad entre los diversos dispositivos de tratamiento, generando la articulación efectiva entre los mismos que permitan tener al paciente vinculado a la red asistencial, evitando así su aislamiento y empeoramiento de su condición de salud.

## Bibliografía

1. Boville, B. (2000). La guerra de la cocaína. Madrid: Debate.
2. Escotado, A. (1998b). Historia general de las drogas 2. Madrid: Alianza.
3. Naciones Unidas, Oficina contra la droga y el delito. (2015). Informe mundial sobre las drogas. Recuperado de <http://www.ipu.org/spiz-e/unga16/drug-report-s.pdf>
4. CONACE (2008). Glosario de drogas. Consejo Nacional para el Control de Estupeficientes, Ministerio del Interior. Santiago. Recuperado de <http://www.bibliodrogas.cl/~bdrogas/bibliodrogas//documentos/glosario%20version%20final.pdf>
5. Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V. Arlington, VA. Recuperado de [https://drive.google.com/file/d/0B1\\_tR-uTrCqPcHNQWFRiWmJVcms/view](https://drive.google.com/file/d/0B1_tR-uTrCqPcHNQWFRiWmJVcms/view)
6. Torres, J. (2006). Comorbilidad de trastornos mentales y adicciones. Ponencia presentada en el VII Congreso Nacional de Especialistas en Adicciones "Depresión, ansiedad y trastornos del sueño asociados al consumo de drogas", Durango, Dgo. Recuperado de [http://sid.usal.es/idocs/F8/ART11381/comorbilidad\\_trastornos\\_metnales\\_adicciones.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/ART11381/comorbilidad_trastornos_metnales_adicciones.pdf)
7. Organización de los Estados Americanos, (2013). El problema de las drogas en las Américas: Estudios. Recuperado de [http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealth\\_ESP.pdf](http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealth_ESP.pdf)
8. Organización Mundial de la Salud (2015). VIH/SIDA: nota descriptiva. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
9. ONUSIDA (2015). El SIDA en cifras. Recuperado de [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/AIDS\\_by\\_the\\_numbers\\_2015\\_es.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_es.pdf)
10. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (2014). Programa nacional de prevención y control del VIH/SIDA/ITS. Recuperado de <http://www.achm.cl/seminarios/escuela%20verano%202014/concepcion/DOCUMENTOS/VIH%20SIDA.pdf>
11. Rossi, D. y Goltzman, P. (2012). Uso de Drogas y VIH Documento de trabajo con orientaciones para la intervención y la investigación. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil; Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes-graficos/0000000218cnt-2013-08\\_drogas-vih.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes-graficos/0000000218cnt-2013-08_drogas-vih.pdf)
12. Ministerio de Salud, Departamento de Epidemiología. División de Planificación Sanitaria, Gobierno de Chile (2013). Informe Nacional: evolución de la infección por VIH/SIDA Chile 1984-2012. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182015000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182015000100003&script=sci_arttext)
13. Mathieu, L. (2001). Prostitución en Europa. En UNESCO y ONUSIDA (comp.), Sida y abuso de las drogas, bloquear la epidemia (pp. 117-118). Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127135s.pdf>
14. Osimani, M. et al. (2002). VIH, Hepatitis B, Hepatitis C y VDRL en usuarios de cocaína no inyectable en Uruguay. Revista adicciones, vol. 17, n°2, 157-162. Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/380/380>
15. Muzzio, E. et al. (2010). Infecciones y otros problemas de salud en usuarios de pasta base de cocaína en un centro asistencial de Buenos Aires, Argentina. Revista Argentina de Salud Pública, 1(4),14-19. Recuperado de <http://www.saludinvestiga.org.ar/rasp/edicion-completa/RASP%20Volumen-I-IV.pdf#page=14>
16. Organización de los Estados Americanos, (2014). Consumo de pasta base de cocaína en América del sur: Revisión de los aspectos epidemiológicos y médico-toxicológicos. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Cristina\\_Bares/publication/266654249\\_Consumo\\_de\\_Pasta\\_Base\\_de\\_Cocaína\\_en\\_America\\_del\\_Sur\\_Revisión\\_de\\_los\\_aspectos\\_epidemiológicos\\_y\\_médico-toxicológicos/links/54367ab00cf2dc341db33279.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Cristina_Bares/publication/266654249_Consumo_de_Pasta_Base_de_Cocaína_en_America_del_Sur_Revisión_de_los_aspectos_epidemiológicos_y_médico-toxicológicos/links/54367ab00cf2dc341db33279.pdf)
17. Flores, E., Borda, M. y Pérez, M. (2005). Sida y exclusión social: alteraciones emocionales. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica Vol. 11, N.º 1, pp. 37-49, 2006. Recuperado de [http://www.aepp.net/arc/04.2006\(1\).Floresetal.pdf](http://www.aepp.net/arc/04.2006(1).Floresetal.pdf)
18. Ochoa, E. (2000). Psicopatología en pacientes VIH+. Prevalencia-día en una unidad de enfermedades infecciosas. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000; Conferencia 30-Cl-

- C. Recuperado de: [http://www.psiquiatria.com/congreso/mesa/mesa30/conferencias/30\\_ci\\_c.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesa/mesa30/conferencias/30_ci_c.htm)
19. Organización Panamericana de la Salud, (2006). Manual para la atención y manejo integral de los usuarios de drogas viviendo con VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. Recuperado de: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/wp-content/uploads/2015/02/Manual-para-atencion-y-manejo-usuarios-drogas-vih.pdf>
  20. Dupont, M. (2011). Desarrollo de patologías orgánicas y deterioro inmunológico grave en personas con VIH/SIDA: desvalimiento, psicoanálisis y la influencia de lo psicosocial. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.academica.com/000-052/750>
  21. Pernas, A. et al. (2001). Formas de afrontamiento y afectividad en personas con VIH/SIDA. Diferencias entre toxicómanos y no toxicómanos. *Revista Adicciones*, 2001 Vol. 13, n°4, pp. 393-398. Recuperado de: [www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/download/553/545](http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/download/553/545)
  22. Volkow, N. (2006). ¿Cómo afecta el abuso de drogas a la epidemia del VIH/SIDA? Serie de reportes de investigación el VIH/SIDA. Instituto Nacional sobre el abuso de drogas (NIDA). Recuperado de: <http://www.taadas.org/publications/prodimages/Serie%20de%20Reportes%20VIH%20SIDA.pdf>
  23. Tenorio, J. y Marcos, J. (2000). Trastornos duales: tratamiento y coordinación. *Revista Papeles del Psicólogo*, 2000, n°77. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=846>
  24. CONACE (2004). Diagnóstico, tratamiento y alianza terapéutica, programa de apoyo a los planes de tratamiento y rehabilitación de personas derivados del consumo de drogas ilícitas u otras sustancias estupefacientes o psicotrópicos. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, Ministerio del Interior. Santiago.
  25. Ministerio de Salud (2007). Guía Clínica consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años. Ministerio de Salud: Santiago. Recuperado de: [http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/articles-3811\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/articles-3811_recurso_1.pdf)