

DOSSIER

## Introducción

---

## Introduction

Desde la aparición del SIDA hasta el momento presente, con la aparición de los primeros casos en España, se han producido numerosos cambios que podrían estructurarse en etapas, en cuanto a las respuestas profesionales y medidas puestas en marcha. Desde un primer momento de desconocimiento y estupor, a una segunda etapa en que se producen las primeras regulaciones legales en cuanto a medidas sanitarias generales. (Ej. Análisis plasma sanguíneo, etc.), a una tercera que comienza en la década de los noventa con una toma de conciencia general sobre las dimensiones del problema (y que contienen múltiples medidas, a modo de ejemplo: utilización eficaz de los registros epidemiológicos, investigación rigurosa sobre la incidencia real del problema, comparación con entorno Europeo, puesta en marcha de medidas acordes con las prioridades generales del Consejo de Europa, ONU, OMS, etc...). Entrando en una cuarta etapa que entendemos puede caracterizar el momento presente, y en el que se parte de la necesidad imperiosa de establecer políticas conjuntas que integran medidas multifactoriales en cuanto a salud, educación, servicios sociales, trabajo, esto es, políticas que integren y compatibilicen los derechos constitucionales básicos y que en definitiva incrementen la calidad de vida de las personas y su promoción.

En esta línea de actuación general presentamos este monográfico, contando con cuatro artículos en su dossier que creemos analizan algunos de los grandes problemas, que dependiendo al menos en parte, de nuestras actuaciones profesionales, pueden determinar el futuro de las próximos años. Por destacar algunas de estas cuestiones:

- **Calidad de Vida** de afectados y familiares.
- Respeto a los **derechos humanos** en nuestras actuaciones profesionales.
- Diferencia entre «cumplimiento terapéutico» y **adherencia** a los tratamientos.
- Efectos Yatrogénicos de nuestras actuaciones (tanto como equipos interdisciplinares, como individualmente desde las diferentes disciplinas).
- Preguntas y sugerencias de actuación con jóvenes de las cuales dependerá la **incidencia** del SIDA en las **futuras generaciones**.
- Propuestas y sugerencias de actuación interdisciplinaria e integral con **drogodependientes**, así como algunas de las técnicas que han demostrado eficacia y eficiencia en otros programas de rehabilitación.

También el apartado de Experiencias incluye un abanico de actuaciones en este campo. Y por último, en Espacio Abierto recogemos un estudio intercultural. España-Nicaragua.

*Introducción*

Confiamos en que este monográfico, en el que es imposible abordar la multiplicidad de experiencias y la enorme complejidad del problema, al menos consigamos algunos objetivos que consideramos básicos:

- Promover la reflexión en los equipos de trabajo que están interviniendo.
- Concedernos todos el beneficio de la duda sobre las «verdades profesionales» que a veces son consideradas como inamovibles.
- Tomar conciencia de la importancia y trascendencia de nuestra actuación para la vida de las personas que atendemos.
- Animar a los profesionales a mejorar día a día su actuación, intentando conseguir una buena práctica profesional.
- Y por último, no perder como disciplinas la oportunidad histórica que el VIP-SIDA nos ha brindado para poner al alcance de las personas que sufren nuestra mejor calidad profesional.

**Manuela Matellanes**

*Miembro Consejo Redacción  
Revista Intervención Psicosocial*

**FE DE ERRATAS VOLUMEN 7, n.º 1, año 1998**

En el artículo correspondiente a la Sección Investigaciones Aplicadas cuyo título es «Fiabilización del cuestionario adaptado de motivación para el trabajo para enfermos mentales crónicos» el nombre correcto de la primera autora es Marta Pascual.

DOSSIER

## Reflexiones sobre la evolución de la infección por VIH. Oportunidades para el cambio social.

## Reflections on the evolution of the infection by HIV: Opportunities for social change

**Enrique GARCIA HUETE\***

Profesor titular. Facultad de Psicología. Universidad Complutense

### RESUMEN

*En esta breve reflexión se analiza la evolución de la infección por el VIH/Sida desde sus comienzos hasta nuestros días, los cambios en las actitudes sociales y en la sensibilidad política que han permitido nuevas formas de abordaje para las personas que están sufriendo por esta infección sobre todo para aquellas que tuvieron contacto con el virus a través de jeringuillas. Se perfilan las carencias existentes en la actualidad así como ciertos peligros en abandonar un análisis más profundo de las condiciones sociales que han permitido la expansión de la epidemia, terminando con el Manifiesto Ideológico que ha surgido de la experiencia de un grupo de personas que nos dedicamos a aprender y enseñar sobre el Sida.*

### PALABRAS CLAVE

*VIH/Sida, Evolución de actitudes, Uso de sustancias, Ideología.*

### ABSTRACT

*This short paper examines the evolution of HIV infection so far, as well as changes in social attitudes and in political sensitivity towards the illness allowing new approaches, specially concerning those patients infected through syringes. The paper shows today's deficiencies, together the dangers of neglecting an analysis in deep of social conditions that have allowed the spread of the illness. Finally, it includes the Ideological Manifest raised by those of us devoted to the task of learning about AIDS and training that knowledge.*

### KEY WORDS

*HIV/AIDS, Evolution of attitudes, Drug use, Ideology.*

\* Psicólogo Grupo Luria. C/ Zurbarán, 14, Bajo Dch. 28010 Madrid.

## INTRODUCCIÓN

Desde el comienzo de la década de los 80 la infección por VIH y el Sida ha cambiado la vida de millones de personas, incluidas sus familias, allegados y comunidades a las que pertenecen.

—Ha incidido especialmente en la población juvenil y en el comienzo de las edades medias.

—Ha influido en la práctica médica, inicialmente en la asistencia hospitalaria y más recientemente en la atención primaria y en los Servicios Sociales.

—A nivel político ha sido origen de la revisión de políticas sanitarias y sociales.

—Ha influido en la actitud de la población en temas tabú como el comportamiento sexual y el uso de sustancias ilícitas.

—En una visión más amplia a nivel mundial ha afectado al desarrollo humano de los países más pobres y su efecto seguirá estando presente en los próximos años.

Por todo esto no podemos observar el fenómeno Sida sólo desde el punto de vista médico sino también desde sus aspectos psicológicos, sociales, económicos, políticos y básicamente desde la perspectiva de los derechos humanos.

En esta visión retrospectiva es importante por lo tanto, revisar la evolución que han tenido las actitudes sociales y la representación de la infección por VIH a lo largo de estas casi dos décadas, para posteriormente hacer una reflexión sobre la situación actual, con todos los cambios producidos desde la aparición de los tratamientos combinados y apuntar algunos elementos de cara al futuro y más concretamente en los aspectos relacionados con el uso de sustancias.

Centrándonos en la primera etapa en nuestro país, al igual que en el resto de países occidentales, al comienzo de los 80, el Sida y la infección por VIH se asoció a los mal denominados «grupos de riesgo», «homosexuales» y «drogadictos», así como a la idea de muerte inminente sin curación o tratamiento posible. En la población general surge el miedo y como consecuencia comportamientos sociales de rechazo, marginación y ocultamiento.

Recordemos como inicialmente se acentuaron casos en la prensa de niños y niñas con problemas de escolarización por simples sospechas, incluso actitudes agresivas desde diferentes colectivos. Existía una fuerte presión para que se identificaran a las personas portadoras del VIH incluyendo algunos sectores del medio sanitario.

La asociación del VIH, con los varones que practicaban sexo con varones y con las personas que se inyectaban sustancias, hacía que la estigmatización previa de los comportamientos de estas personas no hubiera más que aumentar la marginación ya existente, añadiendo «excusas médicas» para el mantenimiento de las actitudes de reprobación social.

En el medio sanitario se percibió la infección por VIH como un riesgo adicional y además en nuestro país el perfil mayoritario de personas afectadas era el de usuarios de droga por vía intravenosa incluyendo elementos que dificultaban las tareas en los cuidados de salud y desencadenando en ciertos sectores prejuicios y temores irracionales que alteraban la calidad de los servicios sanitarios.

Una década después de la aparición del primer caso los estudios desde 1991 en adelante nos indicaron que el personal sanitario no percibía un adecuado nivel de preparación para atender de una forma integral a los afectados, incluso el 53% del personal de enfermería y el 66% del personal auxiliar consideraban una medida de

prevención «no relacionarse con los grupos de riesgo». Estos temores y prejuicios generaron actitudes negativas en cuanto a exigencias de pruebas obligatorias y existían tendencias a romper la confidencialidad. De hecho en nuestro país y actualmente se han denunciado casos de hospitales en donde se realizan las pruebas de detección del VIH de forma rutinaria a embarazadas sin una información adecuada y sin consentimiento informado.

En el medio Educativo, siguiendo en la primera década fueron notorios los primeros casos de niños y niñas portadores de VIH generando temores y confusión en la comunidad escolar y produciéndose auténticas actitudes de rechazo, rupturas de confidencialidad y exclusión del medio escolar.

Acciones rápidas y eficaces pudieron normalizar la situación, proponiendo como ejemplo paradigmático el programa de integración realizado en el País Vasco que ha servido de referencia para otras regiones del estado español.

A este panorama inicial, descrito de forma general, se sumaron otros factores que a nivel social se percibían como consecuencias indeseables.

- El riesgo en sí para la salud pública.
- El aumento de costes para el sistema sanitario.
- El aumento de la marginación social.

Hay que destacar también actitudes que han cambiado de forma positiva en la población general y otros sectores catalizadas como consecuencia del «boom» de la información sobre el Sida:

Se ha podido hablar más abiertamente y sin la doble moral característica previa a la aparición de la infección, sobre la sexualidad en general, sobre la homosexualidad y los derechos de las personas a elegir sus propios comportamientos, sobre

la prostitución, sobre los preservativos y las drogas.

Se defienden los derechos de los afectados, los movimientos ciudadanos se movilizan y sus voces son oídas por las instancias políticas y por las industrias farmacéuticas.

Se desarrollan conceptos como la confidencialidad, el consentimiento informado, el acceso a tratamientos universal.

Se amplía la perspectiva biomédica, con acceso a otros recursos psicosociales.

Se hacen nuevos planteamientos de intervención sobre las personas que sufren de adicciones y estos cambios de actitud llegan también a las instituciones penitenciarias

## EVOLUCION

El cambio de actitudes va calando en la población general, en los responsables políticos y en los medios de comunicación, pero de cualquier forma no son ni todo lo deseables ni tan rápidos como hubiera sido necesario para frenar de forma considerable la epidemia, así después de 10 años de los primeros casos en España, según datos del propio Ministerio de Sanidad y Consumo, en su informe de 1993 «Actitudes sociales ante el Sida» se describe:

A nivel de población general el 50% se siente preocupado por la enfermedad, y se mantiene la idea de algo «contagioso», a diferencia de otras enfermedades como el cáncer y las cardiovasculares, aparece una percepción social que puede resumirse en: «Enfermedad contagiosa con muerte a corto plazo».

El 58% todavía opina que una forma de prevención es la de evitar relacionarse con personas infectadas por el VIH.

El 29% piensa que no donar sangre es una forma de prevención

Sólo un 60% percibe un riesgo nulo de transmisión del virus en las escuelas.

Un 26%, mantiene una postura radical de aislamiento de los enfermos.

Todos estos datos correlacionan en la investigación, con desconocimiento sobre la enfermedad y sobre las vías de transmisión.

Sigue manteniéndose un estereotipo de que sólo afecta a grupos desviados de la norma social, y que están afectados por sus «comportamientos desviados» y lo pueden contagiar a la gente «normal»

Actualmente, los datos de las investigaciones de los últimos años nos dicen que el conocimiento adecuado sobre la infección sobre el VIH y sus formas de transmisión roza el 99%. Estos mismos datos describen como como el 90% de la población no ha modificado en nada sus costumbres en cuanto a su vida cotidiana, mientras que los cambios con respecto a los comportamientos sexuales han experimentado una mayor variación, siendo el 30% los que en 1993 habían cambiado, en 1997 ha subido al 41%.

Los cambios realizados se configuran de la siguiente manera: 47% comentan tener una mayor higiene sexual. 44% usan el preservativo de forma habitual. 39% mantienen pareja estable.

También ocurre que un 4% dejó de donar sangre y un 10% de los que en alguna ocasión han donado, actualmente no lo harían.

De cualquier forma, en 1997, nos encontramos como un estudio sobre adolescentes escolarizados en Catalunya (Miret, Rodes y cols.), en una muestra significativa entre los 12 y los 21 años, se comenta que aproximadamente un 20% son sexualmente activos, pero sólo el 51% usan el preservativo siempre. Se observa que el aumento de conocimientos y de la percepción de riesgo siguen sin correlacionar con

los comportamientos de riesgo. En la actualidad en nuestro País, la incidencia de la infección por VIH, está disminuyendo entre los varones homosexuales y entre las personas dependientes de sustancias adictivas, pero esta incrementándose progresivamente la transmisión en la población heterosexual, por comportamientos sexuales entre hombres y mujeres.

### **USO DE SUSTANCIAS POR VIA INTRAVENOSA Y SIDA.**

En esta revisión sobre el impacto de la infección por VIH en España, es debido destacar lo que ha significado el binomio Droga-Sida, por ello hago un especial hincapié en este apartado resumiendo el análisis y las propuestas realizadas al Parlamento, que como miembro del Comité Directivo de Las Conferencias sobre Parlamento y Sida, me correspondió defender.

En la primera Conferencia de Parlamentarios sobre el VIH/SIDA, en 1993, se propusieron algunas líneas de acción respecto al binomio Sida-Udi (uso de drogas por vía intravenosa), que resumían las tendencias dentro del ámbito internacional, con el objetivo de generalizar aquellas que estaban demostrando una mayor eficacia. Dos años después algunas de ellas se fueron consolidando, mientras que otras acciones que están siendo eficaces todavía no han sido adoptadas de forma general. Ambos tipos de acciones se describirán, haciendo hincapié en aquellas que todavía se estaban desarrollando en forma de proyectos piloto.

De cualquier forma, a lo largo de los últimos 5 años se ha ido produciendo un importante cambio de actitudes en relación con el tema del uso de sustancias, ya que prácticamente la totalidad de los programas de prevención y atención de la infección por VIH, tienen asumidas acciones de «reducción del riesgo y del daño», como alternativas a los programas de

desintoxicación, lo que permite reducir la incidencia de muertes prematuras, así como de enfermedades asociadas.

### **DATOS EPIDEMIOLOGICOS**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 38,6% de los casos de Sida aparecidos en Europa, están directamente relacionados con el uso de drogas por vía intravenosa, concretamente entre los UDIs que comparten los instrumentos de inyección.

Este porcentaje es actualmente el más elevado comparándolo con otras vías de transmisión; relaciones sexuales de penetración tanto entre hombres como entre hombres y mujeres. Estos porcentajes son especialmente alarmantes en países del sur de Europa, sobre todo en España e Italia, seguido por Francia. En España el 67% del total de los casos de Sida son por el UDI, y en algunas regiones alcanzan cifras entre el 75-80% del total de casos. El crecimiento en el número de casos ha ido en aumento desde el comienzo de la epidemia, hasta la actualidad en donde se percibe una reducción de las tasas de incidencia, de cualquier forma en estos momentos se calcula que más del 50% de los UDIs son portadores del VIH.

La relación UDIs con las prisiones es sobradamente conocida y viene a agravar substancialmente el problema de la infección por VIH, la incidencia de la Infección por VIH en las instituciones penitenciarias, ha pasado a ser un problema prioritario de salud, asociado a la hepatitis y más recientemente a la tuberculosis en las personas consumidoras de drogas.

Estos datos son incompletos si nos referimos a los casos directos o indirectos en relación con las drogas, ya que habría que sumar los porcentajes de:

—Casos por transmisión sexual, (Hombres y Mujeres), donde uno de los miem-

bros de la pareja se contagió por compartir instrumentos de inyección.

—Casos derivados de la relación droga-prostitución.

—Casos de transmisión de madre a hijo, la mayoría de los cuales son originados por madres UDIs. En España se concentra la mayor tasa europea de transmisión madre-hijo.

Es evidente que sumando estos otros casos la importancia de la relación Drogas/VIH es prioritaria. El problema además está adquiriendo una notable relevancia en otras regiones de Europa y del resto del mundo, en donde no existía en la última década. Así se observa que en algunos países del Este de Europa, está aumentando el uso de la heroína, lo que amenaza la estabilidad económica y social, al aparecer nuevas redes de narcotráfico. De igual forma han aumentado los casos de Sida en el «Triángulo de Oro», en Asia Oriental y Sur Oriental, siendo la infección por VIH uno de los más importantes problemas de salud pública, ya que además de las drogas habituales ha aumentado el uso de opio por vía intravenosa, llegando a estimarse que el 74% de los UDIs en Myanmar se han contagiado del VIH.

En la actualidad, en la Europa Comunitaria se está alertando a la población sobre la vuelta al mercado de heroína de gran pureza, por los posibles problemas que pueden generar.

Ante esta grave situación, se ha notado un importante cambio de actitudes en las tendencias sobre la prevención del uso de sustancias, incluso desde instancias, no sanitarias, como se puede comprobar en las declaraciones del Secretario General de la Interpol, Raymond Kendall, en las que defiende la necesidad de reconvertir los fondos destinados al problema de la droga, desviándolos hacia programas de educación y rehabilitación en detrimento

de la lucha contra el narcotráfico, defendiendo la descriminalización del uso de sustancias. Cita como ejemplo la política del Gobierno Sueco y las inversiones realizadas en programas educativos preventivos y en la atención sanitaria, habiéndose conseguido, una importante reducción en el número de drogodependientes y especialmente la reducción de la incidencia de infecciones por VIH en relación con el uso de drogas. Estas afirmaciones son coherentes con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), dentro de su programa de actuación sobre el abuso de sustancias, no así con las conclusiones de la última conferencia de Junio de 1998 sobre el tema de drogas que desde la ONU ha reunido a especialistas y Jefes de Gobierno de cara a acciones futuras. Se sigue insistiendo en la criminalización del uso de sustancias no declaradas legales, con todo lo que conlleva de represión e instrumentalización políticas de cara a las ayudas a países productores de materias primas.

### **EXPERIENCIAS ACTUALES**

La epidemia del VIH asociada al uso de drogas, ha ido generando alternativas novedosas y creativas con actuaciones que abarcan desde la prevención primaria, secundaria y terciaria, hasta programas diversificados de tratamientos eficaces para la atención de los UDIs infectados por el VIH.

De los programas actuales con mayor eficacia demostrada experimentalmente, y que se están generalizando a nivel internacional, cabe destacar:

—Programas multisectoriales e interdisciplinarios atendiendo a los procesos somáticos, psicológicos y sociales.

—Programas de intercambio de jeringuillas, e instrumentos de inyección.

—Promoción del condón.

—Entrenamiento de «Iguales» como agentes de salud.

—Servicios de «baja exigencia», fácilmente accesibles, con horarios flexibles

—Creación de casas de acogida

—Programas de metadona. Los programas de metadona, han evolucionado rápidamente, desde criterios de desintoxicación a otros criterios más flexibles y eficaces como son los de mantenimiento.

Se ha comprobado que los programas más liberales permiten un mayor contacto y de forma más prolongada con la población de UDIs, y han conseguido, poco a poco pero de forma sistemática, la reducción de la administración de droga por vía intravenosa, así como mejorar la situación sanitaria, de las personas atendidas mejorando la calidad de vida de los afectados por el VIH. La experiencia está siendo así mismo de gran eficacia dentro de las instituciones penitenciarias.

A continuación se resume la más reciente experiencia piloto, la de suministrar heroína pura inyectable, que se propuso hace tan sólo cuatro años, en la primera Conferencia de Europarlamentarios y Sida y que se ha desarrollado en Suiza desde 1994 a 1997.

La experiencia tomó como base otras similares que se desarrollaron en Gran Bretaña, y ya se pueden extraer algunas conclusiones.

Este tipo de experiencia tiene otros antecedentes previos a la aparición del VIH, en Gran Bretaña desde 1926 y en otros países posteriormente. Entre los años 1930 y 1960, se utilizó el mantenimiento con morfina para personas dependientes debido a las medicaciones utilizadas durante los periodos de guerras o que habían estado tratadas por intensos dolores. En la década de los 70, siguen manteniéndose programas similares ante el aumento de usuarios de heroína. La llega-



da de la epidemia por el VIH, ha relanzado estas experiencias con resultados hasta el momento muy favorables, dentro del marco de actuación de reducción del riesgo y del daño.

Según declaraciones de Zanetti, responsable del proyecto desarrollado en Zurich: «La política restrictiva en cuanto al uso de drogas, ha contribuido al fuerte índice de infecciones de los drogodependientes por el VIH, la hepatitis y otros problemas de salud. La heroína es una sustancia poco peligrosa y no tiene efectos secundarios cuando se toma en estado puro y en cantidades adecuadas, y puede considerarse que de todos los opiáceos es el menos peligroso.»

Como resultados en sólo el primer año de funcionamiento del programa, se observó que el estado de salud e higiene de los pacientes mejoró rápidamente, paralelamente el coste social en relación con la delincuencia disminuyó y al cabo de pocas semanas las personas incluidas en el programa pueden estar en condiciones de buscar empleo si no existen en el momento otras enfermedades previas.

La experiencia es defendida en estos momentos por los principales partidos políticos Suizos y abogan por la generalización a otros drogodependientes, argumentando que se eliminaría la adulteración, el gansterismo y la violencia relacionadas. Estas propuestas implicarían un cambio en la legislación en algunos países de la Comunidad Europea, ya que lo que sostiene estas tesis es la despenalización del consumo y evidentemente aunque no resolverían el problema si que lo reduciría y sobre todo en relación al VIH.

Estas propuestas se han concretado por medio de la Oficina Federal de la Salud de Berna en una petición de aumento de la importación de heroína pura, autorizada por las Naciones Unidas de 117 a 203 kg., para la distribución médica asistida, con

lo que se pretende doblar el número de heroínómanos atendidos.

Este tipo de programas es de vital importancia para aquellos heroínómanos infectados por el VIH, «inalcanzables» por los servicios socio-sanitarios habituales. Datos de la ciudad de Madrid, fácilmente extrapolables a otras ciudades europeas, de los responsables del suministro de metadona en unidades móviles, muestran que un 25% de heroínómanos no reciben ningún tipo de tratamiento, y que este porcentaje es el que sigue compartiendo instrumentos de inyección y no utilizan habitualmente el condón en sus relaciones sexuales.

## PROPUESTAS

Evidentemente las experiencias comentadas anteriormente se proponen como una de las bases para la prevención de la infección por VIH, así como para el tratamiento más eficaz posible, en la línea de la defensa de los derechos humanos de las personas drogodependientes que además sufren de la infección por el VIH o el Sida, además se sugieren otras acciones surgidas de las necesidades detectadas en diferentes países y que pueden ser consultadas en la bibliografía internacional, teniendo en cuenta la adaptación de cada acción a las necesidades y variables culturales de cada región europea.

—Acciones para promover un mayor conocimiento de las vías de contagio, sobre las pruebas específicas de anticuerpos anti-VIH, tratamientos y comportamientos preventivos.

—Entrenamiento en «counselling» al personal socio-sanitario para el abordaje específico de esta población, ya que los datos actuales nos sugieren que el trabajo con drogodependientes es uno de los factores que promueven y mantienen el desgaste (burn out), de las personas que les atienden, incluido el personal de prisiones.

—Independientemente de las acciones propuestas específicas para la intervención sobre drogodependientes infectados por el VIH, es importante mantener otro tipo de acciones para la prevención del abuso de sustancias en general, para ello remitimos al «Programme on Substance Abuse» de la Organización Mundial de la Salud.

### **ACCIONES POLITICAS**

Es importante que desde las más altas instancias políticas se siga alertando a la población general sobre los riesgos del VIH. En relación del VIH con las drogas, es necesario que se influya en las actitudes de diferentes sectores de la población para conseguir implementar las acciones propuestas:

- Población en general.
- Personal Socio-sanitario.
- Fuerzas de Seguridad.
- Fuerzas Armadas.
- Personal docente.

El Sida es un problema que afecta a toda la humanidad y por lo tanto a cada persona que vive en Europa. Para controlar sus efectos y promover alternativas eficaces será necesaria una estrecha colaboración política y técnica de los diferentes gobiernos, de los diferentes partidos políticos y de las organizaciones no gubernamentales, así como del sector privado, en cooperación con las agencias de las Naciones Unidas.

Aunque esta reflexión se enmarca dentro del Espacio Europeo, es obvio que hay que incluir estrategias de apoyo para los países en vías de desarrollo, ya que sin una visión global de la pandemia, no podremos combatirla.

### **A MODO DE CONCLUSION**

A mediados de los años 80, ya se sabía suficiente de la enfermedad como para prevenirla, y asegurar campañas eficaces

para reducir la incidencia de la infección, si hubiera habido una mayor sensibilización y voluntad por parte de las instancias políticas se hubiera evitado en gran medida la propagación de la enfermedad.

Cuando se reacciona con más fuerza es a finales de los años 80, cuando ya la infección azotaba a la mayor parte de los países del mundo, haciéndose «más urgente» los cuidados y tratamientos en detrimento de la prevención sistemática. Aquellos que supieron hablar claramente a la población del tema del Sida y desarrollaron programas específicos han reducido las muertes de los ciudadanos de sus comunidades, aquí cabe resaltar los esfuerzos realizados por los movimientos ciudadanos y de los colectivos de homosexuales, que lucharon por ser escuchados e iniciaron la alerta no sólo entre sus miembros sino a nivel de toda la población general.

Actualmente sigue progresando la incidencia en aquellos países, como ocurre en algunas regiones de Asia, en donde sigue habiendo dificultades, para aceptar que las preferencias sexuales son una prerrogativa personal y no algo que tiene que ser legislado, y en aquellas regiones en donde la criminalización del uso de sustancias impide a las personas adictas acceder a los servicios socio-sanitarios de una forma normalizada.

Se ha comprobado que en las zonas en las que existe una buena base informativa generada por los medios de comunicación y altos niveles educativos, se facilita la llegada de información y consejo permitiendo una adecuada percepción de riesgo que a su vez influirá en comportamientos preventivos, a diferencia de que ocurre en los países más pobres, pero también en los pobres de nuestros países.

Los nuevos tratamientos combinados están consiguiendo una reducción de los casos de Sida y de la mortalidad entre las personas infectadas, pero no es una oportu-

tunidad que sea igualitaria para todos los seres del planeta.

Las nuevas combinaciones de fármacos no deben de hacer que bajemos la guardia en cuanto a la prevención, y que el cambio de la percepción social del Sida, en cuanto a enfermedad crónica y no necesariamente mortal reduzca la percepción de riesgo real de transmisión.

Existen también peligros en cuanto a dejar pasar oportunidades de cambios sociales, así las propuestas descritas y los cambios positivos de actitudes ante el uso de sustancias (Metadona, jeringuillas, uso de la heroína, centros de baja exigencia etc), están siendo un progreso indudable, pero a las puertas del tercer milenio se impone otra reflexión, para no caer en una postura cómoda, ante lo que son los problemas de base.

Las necesidades sanitarias de los afectados y de las personas en riesgo que consumen sustancias, nos urge a prevenir secundariamente los efectos de un uso inadecuado, pero al mismo tiempo pueden hacer olvidar las variables psicosociales que influyen en la génesis de este uso inadecuado y tener a la población drogo dependiente «controlada», ya que el control social de estas personas puede estar unido a la prevención secundaria de la infección por VIH.

Sin otros planteamientos podemos conseguir dejar los centros urbanos de la clase media, tranquilos, con una reducción de la delincuencia asociada a las drogas, pasando de la represión legal más

absoluta a la represión social teñida del barniz del «beneficio sanitario».

Podemos encontrarnos con un panorama en donde los jóvenes afectados por la adicción se pasen el día buscando sus dosis, bien en el mercado negro, bien en los centros asistenciales, luego pasarán a tomar el bocadillo y el refresco en los centros de baja exigencia. Los que ingresen en prisión serán recogidos a la salida por los servicios socio sanitarios.

Existirá un buen nivel de satisfacción social y política, sin haber realizado una auténtica reflexión y cambios pertinentes para que exista una igualdad realista de oportunidades, de acceso a los medios educativos, a viviendas dignas y a una formación laboral adecuada. El uso inadecuado de sustancias y sus consecuencias sociales y sanitarias correlaciona con la pobreza, pobreza económica, educativa, laboral.....

La pobreza engendra pobreza, problemas sociales y de salud.

La falta de conocimientos engendra miedos irracionales y la desigualdad frustración y violencia.

Por todo lo anterior, quisiera acabar con esta reflexión sobre los aspectos psicosociales relacionados con la infección por VIH con el manifiesto ideológico que se genero desde el Grupo Salud y Counselling\* que hemos venido trabajando en equipo durante varios años en la formación del Personal Sanitario, con el de Servicios Sociales y el voluntariado así como directamente con los afectados por el VIH y el Sida.

---

\* Grupo Salud y Counselling: Pilar Arranz. Javier Barbero. Pilar Barreto. Ramón Bayés. José Luis Bimbela. Enrique García Huete. Carmen Gómez. Arnulfo González. José González Iglesias. Aida Gutiérrez. Carmen Tere Pitti.

## **MANIFIESTO IDEOLÓGICO GRUPO SALUD Y COUNSELLING**

### **NO HAY QUE HACER SIN IDEOLOGÍA**

Una buena práctica se sustenta en una buena teoría y una teoría, para ser válida, necesita ser verificada permanentemente por la realidad práctica. Pero no hay teoría, técnica ni expresión práctica que no conlleve fundamentos ideológicos, que nombren la realidad y su transformación de una determinada manera, la que sea. Práctica y teoría, realidad e ideología, son ejes que dimensionan nuestro trabajo.

Por ello, nuestro grupo quiere explicitar los presupuestos ideológicos que laten en las entrañas de su quehacer, como profesionales que somos y que utilizamos el counselling como herramienta de transformación y cambio. La confusión es nuestro certificado de defunción, por ello formulamos y reformularemos permanentemente quiénes somos y a dónde queremos ir.

### **CREEMOS**

#### **Herramientas**

En la interdisciplinariedad y en el trabajo en equipo como métodos de apoyo mutuo, de enriquecimiento desde la diferencia, de facilitación de aprendizajes e informaciones y de feedback permanente para una buena praxis.

En la formación como instrumento de ampliación de conocimientos, de mejora y entrenamiento de habilidades y de cambio de actitudes.

En el counselling como una herramienta de emancipación, de búsqueda y desarrollo de las capacidades secuestradas de la persona, como un elemento de persuasión racional, no manipulador ni coercitivo.

En la prevención como el modo más efectivo y eficiente para conseguir más salud y más libertad para más personas.

En nuestras propias personas como el mejor instrumento de facilitación del cambio, desde el modelado que supone la actualización permanente de actitudes como la aceptación incondicional, la empatía y la congruencia-autenticidad entre lo que pensamos, sentimos y actuamos.

### **CONSIDERAMOS**

#### **Conceptos Clave**

La salud como una manera de vivir autónoma, gozosa y solidaria que se opera en la apropiación del propio cuerpo en función del proyecto de felicidad biográfico que el ser humano se da a sí mismo.

El sufrimiento —ingrediente inherente a la condición humana— como el balance negativo entre la sensación de amenaza y la posibilidad de recursos de afrontamiento. Sufrimiento como realidad y provocación constantes que se convierte en indignación y tarea permanentes.

La calidad de vida y el bienestar como conceptos subjetivos que se definen y redefinen en la vida guiada por los valores.

La comunidad escenario vivo y factor de cambio donde se configuran la vida y la muerte, la responsabilidad y la indiferencia, la esperanza y la desesperación.

### **APOSTAMOS POR**

#### **Valores**

La solidaridad con los excluidos por principio y como un magnífico instrumento técnico de salud pública y de persecución del bien común tejido de cooperación y participación. Frente al «sálvese quien pueda», el «todos o ninguno».

La confianza en la persona y en sus recursos como el mejor elemento de cambio.

La justicia como una distribución y accesibilidad de los recursos sociales y sanitarios en función de la necesidad y no de los méritos, estableciendo un orden preferencial por los más excluidos.

La diferencia como un hecho, un derecho y una reivindicación permanente.

### **NOS DIRIGIMOS PREFERENTEMENTE A...**

Personas y colectivos con problemas de salud y/o exclusión social, entendiéndoles como sanadores heridos que son fin en sí mismo y nunca sólo medio, capaces de tomar decisiones autónomas —es decir,

informadas, intencionales, voluntarias y auténticas— sobre su salud y su proyecto vital.

Los agentes de salud y de integración social, como elementos dispuestos a promoverlas desde su competencia técnica y relacional.

Nuestra aportación desde el counselling —miscelánea de ciencia, técnica, arte, ideología y derechos humanos— probablemente es una contribución minúscula, sencilla, hasta poco relevante, para cambiar las cosas. Pero no quiere renunciar, con los pies en la tierra, a seguir construyendo la utopía.

## **BIBLIOGRAFIA**

BARBERO, J. «Afectado por el Sida»: Ed. Fundación CREFAT. Madrid 1997.

BAYES R. «Sida y Psicología». Ed. Martínez Roca. Barcelona 1995.

GARCÍA HUETE, E. «Intravenous drug use and HIV spread. Some proposals». Report of the 1993 Conference of European Community Parliamentarians on HIV/AIDS. The Commission of the European Communities. Londres 1993.

GARCÍA HUETE, E. «Uso de Sustancias e Infección por el VIH». 1995 Conference of European Community Parliamentarians on HIV/AIDS. The Commission of European Communities. Barcelona 1995.

GARCÍA HUETE, E. «El consejo al Paciente con Sida. Conselling» en: Del AZT al concepto de erradicación. Fundación Wellcome. Madrid 1997.

OLIEVENSTEIN C. «El toxicómano domesticado». Le Monde Diplomatique. Noviembre 1997.